

독거노인의
장기요양 재가서비스 영향요인

연세대학교 보건대학원

역학건강증진학과

김 성 희

독거노인의
장기요양 재가서비스 영향요인

지도 남 정 모 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2011년 1월 일

연세대학교 보건대학원

역학건강증진학과

김 성 희

김성희의 보건학 석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 보건대학원

2011년 1월 일

감사의 말씀

이렇게 하나의 논문을 마무리하기까지, 제 자신의 한없는 부족함과 주변의 큰 도움과 사랑을 깨닫습니다. 부족한 저를 이끌어주시고 바쁘신 일정에도 세심한 지도와 말없이 제자 사랑을 느끼게 해주신 남정모 교수님께 진심으로 깊은 감사를 드립니다. 또 다정하고 따뜻한 말씀으로 조언과 지도를 해주신 김희진 교수님, 본 연구의 기틀을 잡아주시고 끝까지 세밀하게 검토해주신 박종연 교수님, 항상 자상하시고 열정적으로 연구를 일깨워주신 지선하 교수님께 깊은 감사드립니다.

연구의 처음과 끝을 함께 고민해주시고 일일이 내 일처럼 챙겨주신 이한길 선배님께 진심으로 감사를 드립니다. 뜻밖의 부탁에도 흔쾌히 들어주시고 격려 해주신 박병배 부장님, 직장과 학교생활을 병행할 수 있도록 배려해주시고 자상하게 챙겨주신 남상철 차장님, 오세경 차장님, 권영대 부장님, 정연홍 부장님께, 또 노인장기요양센터 식구들에게 감사드립니다.

학위과정 중 동고동락을 함께 하며 든든한 지원군이 되어주던 역학통계학과 강대희 선생님, 이미화 선생님, 이은경 선생님, 정지영 선생님, 조영기 선생님에게 또 김윤남 선생님에게 고마움을 전합니다. 모두 열거 할 수는 없지만, 관심을 갖고 지켜보면서 작은 것 하나까지도 신경 써 주시며, 이와 같은 결실을 맺을 수 있도록 도와주신 모든 분들께 감사의 인사를 전합니다.

마지막으로 직장과 학교생활을 할 수 있도록 옆에서 묵묵히 도와주고 한결 같이 지지해준 남편과 논문과 함께 출산한 딸 지윤이, 모든 뒷바라지를 해주며 큰 지원을 해주신 친정엄마에게도 고마움과 무한한 사랑을 전합니다.

2010년 11월

김 성 희 올림

차 례

국문요약

I. 서론

- 1. 연구의 배경 및 필요성 1
- 2. 연구의 목적 3

II. 독거노인의 실태와 장기요양제도의 과제

- 1 독거노인의 실태 4
- 2 독거노인을 위한 장기요양 서비스 8

III. 연구방법

- 1. 연구대상 설정 및 자료수집 17
- 2. 변수설정 17
- 3. 분석방법 20

IV. 연구결과

- 1. 독거노인 장기요양인정자 일반적 특성 및 재가서비스 이용 현황
..... 22
- 2. 독거노인 특성별 재가서비스 이용 차이 25
- 3. 독거노인 재가서비스 영향 요인 32

V. 고찰	38
VI. 결론	43
참고문헌	45
Abstract	49

표 차 례

<표 1> 가구주의 연령/가구구성별 추계가구 수(1인 가구 기준)	4
<표 2> 노인의 가구형태의 변화	5
<표 3> 독거노인 생활관리사 파견사업 주요 서비스 이용률	7
<표 4> 등급상태상 및 등급기준	10
<표 5> 장기요양급여의 종류	11
<표 6> 장기요양급여 이용자 현황	13
<표 7> 독립변수	18
<표 8> 독거노인 장기요양 인정자의 특성	23
<표 9> 재가서비스 이용 현황	25
<표 10> 일반적 사회적 특성에 따른 재가서비스 이용 차이	26
<표 11> 건강적 특성에 따른 재가서비스 이용 차이	27
<표 12> 일반적 사회적 특성에 따른 방문요양서비스 이용 차이	28
<표 13> 건강적 특성에 따른 방문요양서비스 이용 차이	29
<표 14> 일반적 사회적 특성에 따른 방문요양 이외 재가서비스 이용 차이	30
<표 15> 건강적 특성에 따른 방문요양 이외 재가서비스 이용 차이	31
<표 16> 재가서비스 영향 요인	33
<표 17> 방문요양서비스 영향 요인	35
<표 18> 방문요양 이외 재가서비스 영향 요인	37

그림 차례

<그림 1> 연구의 틀	20
--------------------	----

국 문 요 약

독거노인의 장기요양 재가서비스 영향요인

우리나라는 고령인구가 급속히 증가하는 가운데 혼자 사는 노인가구가 2010년 100만 가구를 넘어섰다. 노인장기요양보험 도입 이후 노인 또는 가족 수발자의 장기요양서비스 이용에 영향을 미치는 요인에 관한 연구는 있었지만, 독거노인만을 대상으로 한 노인장기요양 서비스 이용 요인에 관한 연구는 거의 없다. 본 연구는 독거노인의 장기요양보험 재가서비스 이용실태, 이용의 차이 및 영향요인을 분석한 것이다. 연구의 대상은 국민건강보험공단의 인정조사자료에서 장기요양인정 유효기간에 2010.1.1일 시점이 포함된 등급인정자 중 전국 65세 이상 독거노인 27,004명이었고, 빈도분석, 카이제곱검정, 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

분석 결과 독거노인 장기요양 인정자 중 재가서비스를 이용한 경우는 29.2%였으며, 방문요양서비스는 27.2%, 방문요양서비스를 제외한 재가서비스는 17.9%가 이용하였다. 사회적 특성별 재가서비스 이용 여부를 분석한 결과, 건강보험대상자인 경우, 주수발자가 가족인 경우 재가서비스 이용률이 높았고, 주수발자가 간병인·자원봉사자인 경우 재가서비스 이용률이 낮았다. 건강 특성에 따라서는 치매, 중풍 및 문제행동이 있는 경우, 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)이 20점 이상인 경우, 관절구축이 7점 이상인 경우 서비스 이용률이 낮았고, 만성질환수가 1개 이상, 수단적일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)이 23점 이상, 상하지운동장애가 6점 이상인 경우 재가서비스 이용률이 높았다. 방문요양 서비스 이용 여부에 영향을 미치는 결정요인은 재가서비스 이용여부에 영향을 미치는 결정

요인과 별 차이가 없었다. 방문요양서비스를 제외한 재가서비스에 대해서는 사회적 특성 중 경감대상자인 경우 서비스 이용률이 낮았으며, 농어촌에 있는 대상자일수록 서비스 이용률이 높았다. 건강 특성에서는 치매, 3등급 및 문제 행동이 있는 경우, ADL이 23점 이상, 관절구축이 9점 이상인 경우 서비스 이용률이 낮았으며 만성질환수가 3개 이상, IADL이 23점 이상, 상하지운동장애가 6점 이상인 경우 서비스 이용률이 높았다.

결론적으로 독거노인의 경우 건강 특성이 장기요양 재가서비스 이용에 큰 영향을 미친다는 점을 알 수 있었고, 주수발자 형태가 재가서비스 이용의 주요 결정요인으로 작용하는 점, 일반대상자와는 다르게 건강보험자격에 따른 본인부담금의 문제가 서비스 결정요인으로 작용하지 않음을 시사하였다. 이러한 결과는 독거노인의 장기요양 서비스 요구도 특성을 일부 보여주는 것으로서, 향후 노령화의 진전과 독거노인의 증가에 따른 정책 방향 설정시 고려할 만한 점이다.

핵심어 : 독거노인, 노인장기요양보험, 재가서비스, 방문요양

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

우리나라는 경제수준 및 의료서비스의 향상으로 인한 평균수명의 연장과 출산을 감소 등으로 급속도로 고령인구가 증가하고 있다. 이미 65세 이상 노인 인구비율이 7.2%를 넘어 고령화사회(aging society)로 진입하였고 이어 2018년에는 14.3%인 고령사회(aged society)에, 2026년에는 20.8%인 초고령사회(super-aged society)로 진입할 것으로 전망되고 있다. 이런 고령화사회가 급속히 진행되면서 혼자 사는 노인 가구도 2010년 처음 100만 가구를 넘어섰다(통계청, 2005).

독거노인의 증가는 결과적으로 다양한 사회적 문제를 초래해 그에 따른 사회적 대책을 요구하게 되는데 가장 큰 문제는 노인의 수발과 관련된 문제이다. 일반적으로 노인들은 정상노화에 따른 쇠약과 질병에 따른 손상이 복합적으로 초래되어 점차적으로 일상생활에 많은 불편을 겪게 되며 의존성이 증가하는데 특히 독거노인의 경우엔 절대적으로 누군가의 도움에 의존할 수밖에 없어 수발 욕구가 높은 취약한 대상이 된다. 취약한 상태의 독거노인은 예기치 않은 다양한 상황에서 노인 개인뿐만 아니라 의료적, 사회적 손실을 초래하므로 예방적 차원에서도 중요하게 다뤄져야 한다(안수연, 2007). 또한 독거노인 세대의 급격한 증가는 노인들의 부양문제를 일차적으로 책임질 가족이 없거나 같이 살고 있지 않다는 점에서 날로 사회적 부담을 증가시키는 요인이 되고 있다.

독거노인은 자신의 경제적, 신체적, 정신적 능력의 결함 때문에 스스로 문제를 해결하지 못할 개연성이 높아, 비독거노인들에 비해 보다 많은 사회적 지

원을 필요로 하게 된다. 또한 인구의 고령화와 가족가치관 등 사회경제 여건의 변화에 따라 노인들의 보건복지 욕구가 증대되고 있으며 다양화, 고도화되어 가고 있다. 이에 대처하기 위해서는 노인이 지역사회에서 받는 생활 수혜 정도에 따라 지역 사회와 더불어 차별화된 재가 복지서비스, 보건의료와 복지서비스가 연계될 수 있는 방안이 필요하다(이경옥, 2005). 독거노인에게 있어 재가서비스 및 보건의료와 복지서비스가 적절히 이루어져야 함에도 불구하고 독거노인 지원서비스는 서비스 제공기관별로 분리되어 있어 서비스 접근도 낮을 뿐만 아니라 서비스 누락 또는 중복의 문제가 야기되고 있어 서비스 전달체계간의 연계성이 취약한 실정이다.

2008년 7월부터 시행되고 있는 노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양서비스를 제공하여 노인의 삶의 질을 향상시키고, 가족의 부양부담을 덜어주기 위한 제도이다. 하지만 이 제도의 도입에도 불구하고 대상자의 범위가 너무 중증 노인에 국한되어 있고, 급여 종류가 제한적이라는 등의 비판이 있다. 이러한 제한된 범위로 노인장기요양보험 제도가 출발하였기에 사회보장제도로서 정착하고 발전하기 위해서는 대상자 규모 및 급여서비스 항목 확대와 더불어 급여서비스 제공 등의 인프라 확충이 필요하다.

특히 독거노인의 증가 추이를 고려한 장기요양 서비스의 개선이 필요한데 이를 위한 기초자료가 미흡하다. 노인 또는 가족수발자의 장기요양서비스 이용에 영향을 미치는 요인에 관한 연구(김지영, 2008; 김복남, 2009; 이윤경, 2009)는 있었지만, 독거노인만을 대상으로 한 노인장기요양 서비스 이용 요인에 관한 연구는 거의 이루어지지 않고 있다. 따라서 노인장기요양 서비스 이용자 중 전국 독거노인을 대상으로 이들의 재가서비스 이용의 영향요인들

을 파악하여 노인장기요양보험 확대 실시와 독거노인들을 위한 지역적인 다양한 서비스 연계 및 효과적인 서비스 제공을 위한 정책적 고려가 시급한 실정이다.

2. 연구의 목적

이 연구는 급속한 고령화 과정에서 독거노인이 증가하는 가운데, 독거노인의 독립적인 생활 영위를 위한 정책적 시사점을 도출하기 위한 것이다. 특히, 노인장기요양보험 재가서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 밝힘으로써 정책적 방향 설정의 근거를 찾아보고자 한다. 이 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 노인장기요양보험 대상자 중 독거노인들의 재가서비스 이용 현황을 파악하고자 한다.

둘째, 독거노인의 특성에 따른 재가서비스 이용의 차이를 분석한다.

셋째, 노인장기요양보험 대상자 중 독거노인의 재가서비스 이용의 결정요인을 분석한다.

Ⅱ. 독거노인의 실태와 장기요양제도의 과제

1. 독거노인의 실태

우리나라는 급속한 인구고령화, 핵가족화, 교육이나 직장에 따른 지역이동, 전통적 부양의식 쇠퇴 등으로 독거노인이 증가하고 있다. 독거노인 가구는 2009년 97만 5,937가구에서 4만 5,071가구가 늘어 2010년 102만여 가구, 2015년에는 125만여 가구로 증가할 것으로 추계되고 있다(표 1).

<표 1> 가구주의 연령/가구구성별 추계가구 수(1인 가구 기준)

(단위 : 가구)

가구주 연령	2000	2005	2010	2015
65~69세	185,417	234,217	254,646	289,311
70~74세	169,903	235,776	303,637	333,162
75~79세	116,569	177,206	261,783	327,271
80~84세	51,359	93,994	138,059	205,134
85세 이상	20,274	35,803	62,883	95,914
계	543,522	776,996	1,021,008	1,250,792

자료: 통계청, 2005

고령화가 급속히 진행되면서 노인가구의 구조적 특성도 변화시켜 노인만으로 구성된 노인독거가구나 노인부부가구가 늘어나고 있는 양상을 보이고 있다. 2008년도 노인생활실태조사 따르면 65세 이상 노인 중 자녀동거가구의 비

율과 노인독거가구의 비율은 1994년 각각 55.9%, 16.2%에 비해 2008년도에는 각각 28.6%, 26.7%로 자녀동거가구는 감소하는 반면, 노인독거가구의 비율은 지속적으로 증가하고 있음을 보여주며(표 2) 이러한 격차는 앞으로도 노인부양의식의 약화, 여성의 사회진출 증가 등으로 더욱 더 가속화될 전망이다.

<표 2> 노인의 가구형태의 변화

(단위 : %)

구분	자녀동거가구	노인부부가구	노인독거가구	기타가구
1994년	55.9	22.8	16.2	5.1
1998년	53.2	21.6	20.1	5.1
2004년	43.5	26.6	24.6	5.4
2008년	28.6	39.7	26.7	5.0

자료: 한국보건사회연구원. 「2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사」, 「2008년도 노인생활실태조사」

이는 장기요양보호를 필요로 하는 노인인구도 급속히 증가함을 시사한다. 노년기에 홀로 사는 경우는 개인적·가족적·경제적 배경에 따라 다양하게 나타날 수 있으나, 독거노인은 가족동거노인에 비해 상대적으로 가족의 경제적 지원이나 신체적 질병에 대한 보호나 간호, 정서적인 유대감 형성 등 부양기능을 제대로 제공받지 못하는 취약한 상태에 놓여있는 계층이며, 가사서비스 원조 및 재가보호 등의 지원이 가장 필요한 집단이다(이재법, 2004; 이경옥, 2005).

노인개인이 독립적이고 질적으로 향상된 삶을 유지하기 위한 기본적인 필수적인 요건은 양호한 건강 및 신체기능이며 이는 생활만족도와 밀접한 관

런이 있다. 독거노인은 노인 중에서도 부부나 다른 가족과 함께 사는 노인에 비해 신체 유질환 비율이 높다. 독거노인의 만성질환 상태를 살펴보면 독거노인의 96.0%가 만성질환을 한 가지 이상 앓고 있는 것으로 나타났다. 이는 노인부부(88.3%) 또는 자녀동거(90.2%) 노인의 만성질환 유병률에 비하여 약 6~8%p 더 높은 수준이다. 특히 세 가지 이상의 만성질환을 앓고 있는 비율(68.2%)이 노인부부(48.1%)와 자녀동거(52.5%)에 비하여 매우 높게 나타나고 있어 노인독거가구가 상대적으로 건강 취약계층임을 짐작할 수 있다. 또한 만성질환이 있는 독거노인의 어려운 점을 살펴보면, 일상생활수행의 제한이 42.6%로 가장 많으며, 그 다음 치료비로 인한 경제적 어려움 21.8%, 외로움·소외감·자존감 상실 등 19.1%, 사회활동의 제한 14.0% 등의 순으로 노인부부 또는 자녀동거 노인에 비하여 외로움·소외감·자존감 상실 등에 대한 어려움을 더 많이 호소하고 있어 정신건강이 취약한 것으로 나타났다(오영희 외, 2005).

과거 1년간 낙상사고율이 독거노인은 21.7%로 노인부부(12.6%)와 자녀동거노인(13.9%)에 비하여 낙상사고의 비율이 매우 높은 수준이다. 한편, 독거노인의 경우 낙상사고가 가정 내 사고였다는 비율이 29.0%로 노인부부(20.7%) 또는 자녀동거(24.3%) 보다 높은 경향이다(오영희 외, 2005). 이 점에서 독거노인에 대한 재가복지서비스 중 일상생활지원 등이 우선적으로 요구된다고 하겠다.

하지만 독거노인의 복지서비스 이용률은 매우 낮다. 보건복지부에 따르면 독거노인 생활관리사 파견사업의 12 가지 서비스 항목 중 경로식당(14.6%)을 제외하고 나머지 서비스를 이용하는 경우가 최고 4% 미만으로 이용률이 저조하며 지역사회에 거주하는 독거노인 중 서비스를 전혀 이용하지 않는 경우가 85.4%였다(표 3).

<표 3> 독거노인 생활관리사 파견사업 주요 서비스 이용률

서비스	빈도(회)	이용률(%)
경로식당	34,992	14.6
밑반찬배달	7,861	3.3
가정봉사원방문	3,086	1.3
방문간호	1,648	0.7
방문보건사업	2,529	1.1
건강음료배달	2,955	1.2
노인돌보미바우처	377	0.2
주거개선	760	0.3
간병도우미	511	0.2
안부전화, 안전확인	3,488	1.5
이동목욕	868	0.4
종교, 민간단체 봉사	2,425	1.0

자료 : 보건복지가족부. 「독거노인 생활관리사 파견사업 정착화 방안, 2008」

독거노인에게 있어 단순한 재가복지서비스의 제공만으로는 이들의 욕구와 문제가 완화·해결되는 것이 아니므로 대상자의 욕구와 이에 걸맞는 서비스를 연결시키는 과정이 필요하다. 이를 통해 대상자에게 필요한 서비스를 효과적으로 전달할 때 대상자의 욕구를 충족시키고 문제를 완화·해결하는 사회복지사업의 목적을 달성할 수 있게 된다(송인옥, 1999).

2. 독거노인을 위한 장기요양 서비스

가. 노인장기요양보험제도 도입의 의의

노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등으로 인하여 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이들에게 신체활동이나 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하기 위해 도입되었다. '노인요양'이란 만성적 질환 등의 원인으로 기능적 활동능력(functional ability)을 상실하여 독립적으로 생활하기가 어려운 노인에게 장기간에 걸쳐 제공되는 서비스를 말한다. 여기서 말하는 '기능적 활동능력'이란 몸을 움직이는 것, 화장실을 이용하는 것, 식사하는 것, 시장을 보러 가는 것 등 일상생활에 필요한 활동능력을 말한다. 그리고 여기서 말하는 서비스는 신체적, 정신적, 건강의 관리와 재활훈련 등을 위한 건강보호 서비스(health care service)도 있고 대상자의 일상생활상의 욕구를 해결해주기 위한 사회적 서비스(social service)도 있다.

노인장기요양의 정책목표는 체계론적 관점에서 살펴보면 요양대상자에 대한 목표, 장기요양서비스체계의 목표, 재정체계의 목표로 나누어 볼 수 있다(국민건강보험공단, 2010).

첫째, 대상자에 대한 정책목표는 ①장기요양대상자인 노인이 기능적 활동능력을 최대한 발휘하여 독립성(independence)을 유지하도록 하는 것, ②장기요양대상자인 노인이 인간으로서의 존엄성을 유지하고 삶의 질을 확보하면서 살아가도록 하는 것, ③노인을 수발하고 있는 가족의 수발부담을 덜어 주는 것 등이다.

둘째, 서비스체계의 정책목표는 ①장기요양대상자에게 양질의 서비스를 제공하도록 하는 것, ②필요한 사람들이 모두 필요한 서비스를 쉽게 이용할 수 있도록 하는 것 등이다.

셋째, 재정체계의 목표는 ①필요한 재원을 사회적으로 형평하게 조달하는 것, ②재정을 절약하여 가급적 최소한의 비용으로 장기요양서비스를 이용할 수 있도록 하는 것이다.

이러한 장기요양제도의 도입에 따라 노인들의 건강과 삶의 질을 향상시킬 뿐만 아니라, 가족의 부양 부담이 크게 줄어들어 여성 등 가족의 경제활동과 사회생활 참여가 가능해지고 가정파탄 등 심각한 사회문제를 해결해 줄 것으로 보인다. 또한 이 제도의 도입은 기존의 의료보장과 사회복지서비스 부문의 사회보장체계를 재편한다는 의미를 갖고 있다. 무엇보다 저소득층 중심의 매우 제한된 대상에 대한 공적부조사업을 제외하고는 가족, 친지 등 사적 영역에 방임되어 왔던 고령, 치매, 중풍 등 장기간병, 장기요양 문제를 사회연대 원리에 따라 국가와 사회가 분담하게 되었다는 점에서 의의가 크다(박종연 외, 2008).

나. 노인장기요양보험 급여

65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성질환자로서 국민건강보험공단의 등급판정조사 결과 장기요양인정자로 판정받은 자는 재가서비스, 시설서비스 및 가족요양비 등의 장기요양보험급여를 받을 수 있다.

즉 장기요양인정 절차는 두 단계로 이루어지는데, 심신의 기능상태와 관련된 52개 항목을 가지고 1차 인정점수를 구하고 2차로 의료·보건·복지 분야의 전문가 등으로 구성된 등급판정위원회에서 각종 지표를 통해 개개인의 요양필요도(수준)를 판단하여 최종 장기요양등급을 결정(2차판정)한다.

<표 4> 등급상태상 및 등급기준

장기요양등급	장기요양인정점수	수준
장기요양1등급	95점 이상	○ 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자
		- 거의 움직이지 못하고 누워있는 상태 - 식사, 옷입기, 씻기 등의 신체활동에 다른 사람의 완전한 도움 필요 - 종종 치매로 기억, 판단력이 흐려져 주위 사람들에게 문제행동을 자주 보이는 상태
장기요양2등급	75점~95점 미만	○ 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당부분 다른 사람의 도움이 필요한 자
		- 먹고, 입고, 씻는 등의 일상생활의 기본 행동을 할 때 다른 사람의 완전한 도움이 필요한 상태 - 치매로 기억, 판단력이 흐려져 주위사람들에게 문제행동을 가끔 보이는 상태
장기요양3등급	55점~75점 미만	○ 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자
		- 먹고, 입고 씻는 등의 일상생활의 기본적인 행동에 다른 사람의 부분적인 도움을 받아야 가능 - 가사일이나 집밖의 활동을 할 때 다른 사람의 도움을 받아야 하는 상태

자료 : 국민건강보험공단, 2008

노인장기요양보험에서 급여가 되는 서비스는 재가급여와 시설급여, 그리고 특별현금급여로 구분된다. 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 복지용구 대여·구입의 6종의 서비스가 있고, 시설급여는

요양에 필요한 시설과 설비 및 전문인력을 갖추고 있는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정에 장기간 입소하여 신체활동 지원 등을 제공받는 서비스이다. 현금급여에는 가족요양비(법 제24조), 특례요양비(법 제25조), 요양병원간병비(법 제26조)의 세 종류가 있으나, 현재 가족요양비만 시행되고 있다. 가족요양비는 지리적 여건이나 장기요양요원으로부터 서비스를 받기 싫어하는 등 장기요양기관으로부터 방문요양급여 등을 받을 수 없는 수급자가 불이익을 받는 것을 방지하기 위한 것이다.

<표 5> 장기요양급여의 종류

구분		서비스 내용
시설급여	노인요양시설	치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 자를 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 장기요양급여
	노인요양공동생활가정	치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 자에게 가정과 같은 주거 여건과 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 장기요양급여
특별현금급여	가족요양비	1. 도서·벽지 등 방문요양기관이 현저히 부족한 지역에 거주하거나, 2. 천재지변이나 그 밖에 이와 유사한 사유로 인하여 장기요양기관에서 장기요양급여를 이용하기 어려운 자 3. 신체·정신 또는 성격 등 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 수급자에게 현금으로 지급

(계속)

구분		서비스 내용
재가급여	방문요양	요양보호사가 수급자의 집을 방문해서 목욕, 배설, 화장실 이용, 옷 갈아입기, 머리감기, 취사, 생필품 구매, 청소, 주변정돈 등을 도와주는 급여
	방문목욕	목욕설비를 갖춘 차량을 이용하여, 수급자의 가정을 방문하여 목욕을 제공하는 급여
	방문간호	방문간호사가 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생을 제공하는 급여 ※ 방문간호를 이용하고자 하는 수급자는 사전에 의료기관에서 방문간호지시서를 발급받고, 이를 방문간호 급여 이용시 기관에 제출
	주·야간보호	수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 목욕, 식사, 기본간호, 치매관리, 응급서비스 등 심신기능의 유지향상 위한 교육, 훈련 등을 제공하는 급여
	단기보호	부득이한 사유로 일시적으로 가족적 보호를 받을 수 없는 수급자에게 일정기간 동안 단기보호시설에 보호하여 목욕, 식사, 기본간호, 치매관리, 응급서비스 등 심신기능의 유지향상 위한 교육, 훈련 등을 제공하는 급여
	복지용구 대여·구입	수급자의 일상생활, 신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 급여

자료: 국민건강보험공단, 2008

다. 노인장기요양 이용 및 만족도

2008년도 노인실태조사에 따른 노인장기요양보험에 대한 노인의 인지율을 살펴보면 조사대상 중 장기요양보험을 알고 있다고 응답한 비율은 26.4%였으며, 이 중 65~69세 노인 중 31.7%가 80~84세 노인 중 16.5%, 85세 이상 노

인 중 11.5%가 알고 있다고 응답하였다. 또한 여성노인(20.5%)에 비해 남성노인(35.1%)의 인지도가 훨씬 높았으며 노인부부가구(30.2%), 자녀동거가구(26.9%), 기타가구(21.4%), 노인독거가구(18.0%) 순으로 나타났다. 노인독거가구에서 장기요양보험에 대한 인지도가 가장 낮았는데 이는 장기요양서비스 이용에도 영향을 미칠 것으로 보인다.

장기요양보험 인정자는 2009년 6월 말 전체 인정자가 268,980명이었으며 2010년 6월말 312,138명으로 매년 증가 추세에 있다. 장기요양 이용자를 살펴보면 2010년 6월 말 전체 인정자 312,138명 중 93.7%인 292,405명이 장기요양 급여를 이용하였다. 이 중 1년간 1회 이상 재가급여를 받은 자는 220,964명이며 1년간 1회 이상 시설급여를 받은 자는 91,910명이었다. 2010년 상반기 공단이 지급한 요양급여비 총액은 1조 1,192억원으로 월평균 요양급여비 1,865억원이며 전년도 상반기 월평균 1,220억원 대비 1.53배 증가하였다. 이 중 재가급여는 6,702억원, 시설급여는 4,731억원이었다(국민건강보험공단, 2010).

<표 6> 장기요양급여 이용자 현황

(단위 : 명)

구분	계	1등급	2등급	3등급
합계	292,405	52,406	79,144	177,012
재가급여	220,964	28,247	44,440	158,821
시설급여	91,910	27,348	41,482	27,469

주: 지급기준이며 합계는 중복건 제외.

자료: 국민건강보험공단 「2010년 상반기 장기요양보험 주요통계」

노인장기요양보험이 도입된 이후 장기요양서비스 이용자가 꾸준히 증가하고 있다(권진희 외 2008, 2009). 이러한 서비스 이용자에 대한 만족도 조사 결과 2008년 시설서비스에 대한 보호자의 만족비율은 88.4%, 이용자의 만족비율은 68.9%, 2009년 보호자의 전반적 만족도는 89.6%였다. 2008년 재가서비스의 만족도는 보호자의 경우 만족비율이 90.6%(매우 그렇다 34.9%,그렇다 55.7%), 이용자의 만족비율은 95.0%(매우 그렇다 51.0%, 그렇다 44.0%), 2009년 보호자의 만족비율은 93.4%(매우 만족 38.7%, 만족 54.7%), 이용자의 만족비율은 93.3%(매우 만족 46.1%, 만족 47.2%)로 재가서비스의 경우 보호자보다 이용자의 만족비율이 높게 나왔음을 알 수 있다.

이와 같이 노인장기요양보험 서비스 이용자의 증가와 더불어 서비스의 만족도 역시 높아 노인장기요양보험이 우리나라 사회보장제도의 한 축으로 안정적으로 정착하고 있음을 보여주고 있다. 그러나 재가서비스의 경우 보호자보다 이용자의 만족도가 더 높아 독거노인에게 더욱 필요한 서비스임을 알 수 있다.

라. 독거노인의 특성을 고려한 장기요양서비스

노인들에게 있어 자신의 생활공간인 집은 단순한 거주 공간 이상의 의미로 사회적 정체감을 부여해 줄 뿐 아니라 자신의 삶을 스스로 통제할 수 있는 능력으로 받아들여지기 때문에 대부분의 선진국 노인들은 문화적 전통에 따라 자녀를 독립시킨 이후 노인부부 혹은 노인독신으로 혼자 생활하기를 원하며 그것을 하나의 자긍심으로 여기고 있다. 또한 건강이 좋지 못하더라도 가능한 오래도록 시설이 아닌 자신이 살아오던 집에서 생활하기를 원하기 때문에 대부분의 선진 국가에서는 재가복지 서비스 구현이 노인복지정책의 중요한 목표로 강화되고 있다(이경우, 2007).

우리나라의 경우에서도 요양시설 이용보다는 재가서비스 이용을 선호하는 경향이 나타나고 있다. 보건복지부(2009)와 오영희 외(2005)의 연구에서 살펴보면 특히 독거노인이 다른 가구형태의 노인에 비해 주로 재가복지서비스에 대한 향후 이용욕구가 높은 것으로 나타났다.

시설보호서비스 이용의 경우 답답함과 소외감, 버려진 느낌과 같은 부정적 인식 그리고 개인의 다양한 욕구에 개별적으로 대응하거나 특수한 서비스 제공이 어려울 뿐 아니라 개인의 독립적 생활을 보장하는데 한계가 있어 환자의 의식이 없거나 중증치매 환자인 경우, 수시로 의료처치가 필요한 경우에 한하여 시설서비스를 이용하겠다는 인식이 있다. 반면 재가서비스는 자신들이 살고 있던 친숙한 환경, 즉 살던 집에서 편안하게 서비스 이용이 가능하고 가족이 옆에 있다는 점에서 환자와 보호자에게 심리적 안정감과 안도감 등을 주어 매우 긍정적인 인식을 갖고 있다(박종연 외, 2009).

이러한 재가서비스는 시설서비스보다 적은 비용이 소요되고 재정운영의 효율성을 높일 수 있어 노인장기요양보험제도의 지속가능한 발전 기반이 될 뿐만 아니라 기존의 가정과 지역사회에 기반을 두어 이용자 중심으로 필요한 서비스를 제공받을 수 있다는 장점이 있다. 일상생활의 틀을 깨뜨리지 않고 계속적으로 제공될 수 있는 서비스로 노인들의 요구 반응에 보다 많은 융통성을 발휘할 수 있고 노인의 자활성과 독립성 유지에 유리하다는 측면이 있다(홍봉선, 1999). 또한 자존감 유지, 사생활 보호라는 긍정적 측면은 재가서비스 이용에 만족을 느끼게 하며 고령인구의 증가, 특히 독거노인의 증가에 따른 대안으로 재가서비스 꼽을 수 있다.

1981년 노인복지법이 제정된 이후 노인복지제도는 매우 빠르게 확대되었음에도 불구하고 노인복지제도에서는 노인인구를 하나의 단일한 집단으로 간주하여 정책을 입안하고 추진함으로써 다양한 하위집단의 욕구 충족과 생활문제

를 해결할 수 있는 전문화된 서비스를 제공하지 못하였다(오영희 외, 2005). 특히 독거노인을 위한 독자적인 노인복지정책이 개발되어 추진되지 못하였다. 2008년 7월부터 시행되고 있는 장기요양보험제도에서도 독거노인의 특성을 고려하거나 독거노인을 위한 서비스는 별도로 구체화되지 못하였다. 또 현재의 장기요양 재가서비스 이용 구조는 방문요양이 80% 이상을 차지하고 있어 단순한 가사지원과 신체수발 중심의 단순서비스가 중심이다(박종연 외, 2009). 이런 대상자의 특성을 고려하지 않은 단순 서비스만으로는 독거노인의 증가에 따른 대안으로 적절치 못하며, 노인들의 보건복지 욕구의 증대 및 욕구의 다양화, 고도화를 만족시키지 못한다.

따라서 독거노인이 가정에 머물면서 잔존능력을 유지·향상시킬 수 있고 이들의 다양한 욕구 충족을 위한 즉, 독거노인의 특성을 고려한 전문화된 다양한 재가서비스의 확대 및 발전방안이 마련되어야 할 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 자료

본 연구의 자료는 국민건강보험공단에서 노인장기요양보험의 급여를 위해 시행하고 있는 인정조사 자료이다.

노인장기요양보험 요양인정 유효기간은 등급판정을 받은 다음날로부터 1년 이므로 유효기간은 대상자마다 각기 차이가 있다. 본 연구의 대상으로는 유효기간에 2010.1.1일 시점이 포함된 장기요양 등급 인정자(유효기간 기산점이 2009.1.2~2010.1.1까지)를 선정하였으며 이 중 전국 65세 이상 독거노인 27,004명을 추출하여 최종 분석대상으로 하였다.

2. 변수설정

가. 종속변수

종속변수는 장기요양 재가서비스(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구 대여 및 구입)의 이용 유무와 방문요양 서비스 이용 유무, 방문요양을 제외한 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구 대여 및 구입 서비스의 이용 유무로 하였다. 서비스 이용은 2009.7.1~2010.6.30일까지 공단이 지급한 급여내역으로 확인하며 급여청구에 대해 심사결정 후 지급하였으면 재가서비스 이용, 지급한 내역이 없으면 미이용으로 본다.

나. 독립변수

본 연구의 독립변수는 일반적 특성, 사회적 특성, 건강적 특성으로 구분하였다.

<표 7> 독립변수

변수		변수설명
일반적 특성	성	남, 여
	연령	65~75세 미만 75~85세 미만 85세 이상
사회적 특성	건강보험자격	건강보험대상자, 의료급여수급권자, 경감대상자, 기초생활보장자
	거주지	대도시, 중소도시, 농어촌
	주수발자	없음 가족(배우자, 자녀, 부모, 손자녀, 친척) 간병인, 자원봉사자 친구·이웃, 기타
	하루종일 혼자여부	예, 아니오
건강적 특성	등급	1등급, 2등급, 3등급
	치매	유, 무
	중풍	유, 무
	만성질환수	없다, 2개 이하, 3개 이상
	문제행동	있다. 없다.
	간호처치	있다. 없다.
	ADL(13~39점)	13~19점, 20~22점, 23점 이상
	IADL(10~33점)	10~22점, 23~27, 28점 이상
	상하지운동장애(4~12점)	4~5점, 6점, 7점 이상
	관절구축(6~18점)	6점, 7~8점, 9점 이상

사회적 특성에서 주수발자는 '없음', '가족', '간병인·자원봉사자', '친구·이웃·기타' 등 4가지 요인으로 나누었으며 '가족'에는 배우자, 자녀, 손자녀, 부모, 친척이 포함되었다.

건강적 특성에 만성질환수는 혈압, 당뇨병, 관절염(퇴행성, 류마티스), 요통·좌골통(디스크탈출증, 척수관협착증), 골절·탈골 등 사고로 인한 후유증, 골다공증, 암, 기타로 8개 질환 중 노인이 가지고 있는 질환수를 '없다', '2개 이하', '3개 이상'으로 나누어 측정하였다.

일상생활수행욕구(ADL)는 옷벗고 입기, 세수하기, 양치질하기, 목욕하기, 식사하기, 체위변경하기, 일어나 앉기, 옮겨 앉기, 방 밖으로 나오기, 화장실 사용하기, 대변조절하기, 소변조절하기, 머리감기 등 13개 각 항목별로 자립도를 완전자립(1점), 부분도움(2점), 완전도움(3점)으로 측정하여 합을 구한 후 구간을 나누며, 점수범위는 13~39점으로 '13~19점', '20~22점', '23점 이상' 등 세 구간으로 측정하였다.

수단적일상생활영역(IADL)은 집안일하기, 식사준비, 빨래하기, 금전관리, 근거리 외출하기, 몸 단장하기, 약 챙겨먹기 등의 각 항목에서 완전자립(1점), 부분도움(2점), 완전도움(3점)으로 자립도를 측정하였으며 물건사기, 전화하기, 교통수단이용하기 등의 각 항목에서는 완전자립(1점), 적은부분도움(2점), 많은부분도움(3점), 완전도움(4점)으로 자립도를 측정하였고 총 10개의 항목이며 점수범위는 10~33점으로 '10~22점', '23~27점', '28점 이상' 등 세 구간으로 측정하였다.

문제행동은 피해망상, 환각·환청, 우울증, 수면장애, 도움에 저항, 배회, 공격적 행동 등 16개 항목으로 증상이 있으면 '유' 없으면 '무'로 측정하였다.

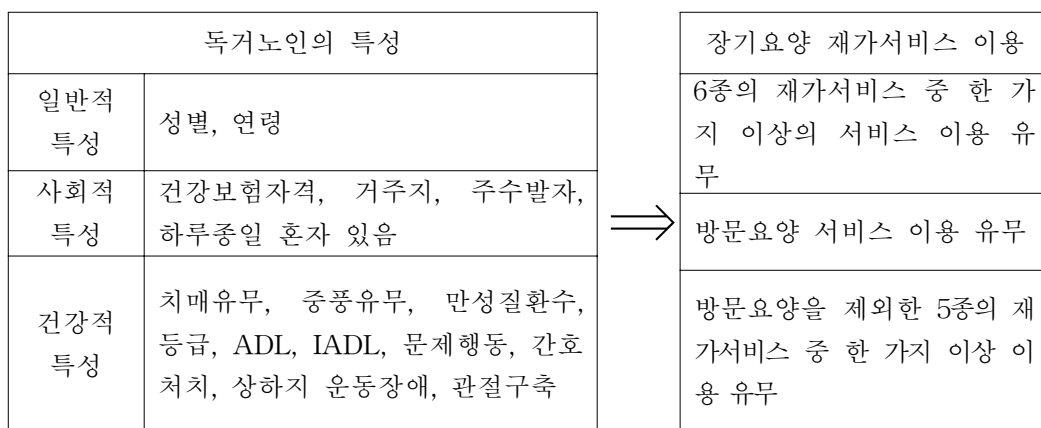
간호처치는 기관지 절개관 간호, 흡인, 산소요법, 욕창 간호, 경관영양, 암성통증 간호, 도뇨관리, 장루 간호, 투석 간호, 당뇨발 간호 10가지 항목을 보았으며 이 중 한 가지라도 있으며 '유', 없으면 '무'로 측정하였다.

상하지운동장애는 우측상지, 좌측상지, 우측하지, 좌측하지의 각 부위별로 운동장애없음(1점), 불완전운동장애(2점), 완전운동장애(3점)로 구분하고, 점수범위는 4~12점이며 '4~5점', '6점', '7점 이상'으로 나누어 측정하였다.

관절구축은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목 및 수지관절, 고관절, 무릎관절, 발목관절의 각 부위별로 제한없음(1점), 한쪽관절제한(2점), 양관절제한(3점)으로 구분하고 점수범위는 6~18점으로 '6점', '7~8점', '9점 이상'으로 나누어 측정하였다.

3. 분석방법

본 연구는 노인장기요양보험 대상자 중 독거노인의 재가서비스 이용에 영향을 미치는 요인으로 일반적 특성에 성, 연령, 사회적 특성에 건강보험자격, 거주지, 주수발자, 하루종일 혼자 있음을 포함하였다. 건강적 특성으로 등급, 치매 유무, 중풍 유무, 만성질환수, ADL, IADL, 문제행동, 간호처치, 재활영역으로 세분화 하였다.



<그림 1> 연구의 틀

본 연구에서 자료의 처리는 SAS 9.2 통계프로그램을 사용하였고, 모든 분석의 유의수준은 5%로 설정하였으며 다음과 같이 처리하였다.

- 1) 조사대상자의 특성 및 재가서비스 이용 현황을 파악하기 위하여 빈도분석을 사용하였다.
- 2) 조사대상자의 일반적 특성, 사회적 특성, 건강적 특성 요인에 따른 서비스 이용 여부 차이를 알아보기 위해 카이제곱 검정(Chi-square test)을 실시하였다.
- 3) 조사대상자의 재가서비스 이용 결정 영향 요인을 알아보기 위하여 다중로지스틱 회귀분석(multiple logistic regression analysis)을 실시하였다.

IV. 연구결과

1. 독거노인 장기요양인정자 특성 및 재가서비스 이용 현황

가. 독거노인 장기요양인정자의 일반적 특성

일반적 특성, 사회적 특성, 건강적 특성을 중심으로 독거노인의 일반적 특성을 살펴보았다(표 8). 조사 대상자는 여성이 85.8%로 많았으며, 연령분포는 65~75세 미만인 24.9%, 75~85세 미만인 51.4%, 85세 이상이 23.7%였다. 건강보험자격으로 기초생활보장자는 37.8%, 경감대상자는 10.6%, 의료급여수급권자가 1.5%이었으며 건강보험대상자는 50.2%였다. 거주지는 대도시가 37.0%, 중소도시 35.0%, 농어촌 28.0%였다. 주수발자의 형태를 보면 가족이 34%, 간병인, 자원봉사자가 18.8%, 친구·이웃·기타가 19.4%, 주수발자가 없는 대상자는 전체 27.8%였다. 주수발자가 있더라도 하루 종일 혼자 있는 경우가 43.3%, 그렇지 않은 경우가 56.7%로 주수발자가 있더라도 하루종일 혼자 있는 독거노인들이 절반가량을 차지하는 것을 볼 수 있다.

건강적 특성을 봤을 때 치매가 없는 대상자가 78.7%, 치매 있는 대상자가 21.3%였으며 중풍이 있는 대상자는 23.3%, 중풍이 없는 대상자는 76.7%였다. 만성질환이 없는 대상자는 8.3%였으며 1~2개는 50.1%, 3개 이상은 41.6%였다. 인정등급은 1,2,3등급이 각각 5.0%, 12.0%, 83.0%으로 3등급 대상자가 대부분이었다. 간호처치가 없는 대상자는 91.2%, 간호처치가 하나라도 필요한 대상자는 8.8%였다. 문제행동이 없는 대상자는 66%, 문제행동이 하나라도 있는 대상자는 34%였다.

<표 8> 독거노인 장기요양 인정자의 특성

(n=27,004)

구분		빈도	백분율(%)
성별	남	3,823	14.2
	여	23,181	85.8
연령	65~74세	6,723	24.9
	75~84세	13,893	51.4
	85세 이상	6,388	23.7
건강보험자격	기초생활보장자	10,196	37.8
	경감대상자	2,852	10.6
	의료급여수급권자	397	1.5
	건강보험대상자	13,559	50.2
거주지	대도시	9,997	37.0
	중소도시	9,453	35.0
	농어촌	7,554	28.0
주수발자	없음	7,512	27.8
	가족	9,193	34.0
	간병인·자원봉사자	5,064	18.8
	친구·이웃·기타	5,235	19.4
하루종일 혼자 유무	아니오	15,323	56.7
	예	11,681	43.3
치매	무	21,246	78.7
	유	5,758	21.3
중풍	무	20,705	76.7
	유	6,299	23.3
만성질환수	없다	2,243	8.3
	1~2개	13,532	50.1
	3개 이상	11,229	41.6
장기요양 등급	1등급	1,348	5.0
	2등급	3,246	12.0
	3등급	22,410	83.0
간호처치	무	24,625	91.2
	유	2,379	8.8
문제행동	무	17,822	66.0
	유	9,182	34.0

(계속)

구분		빈도	백분율(%)
ADL	13~19점	10,443	38.7
	20~22점	7,809	28.9
	23점 이상	8,752	32.4
IADL	10~22점	8,826	32.7
	23~27점	9,540	35.3
	28점 이상	8,638	32.0
상하지운동장애	4~5점	9,352	34.6
	6점	7,964	29.5
	7점 이상	9,688	35.9
관절구축	6점	9,718	36.0
	7~8점	8,538	31.6
	9점 이상	8,748	32.4

나. 재가서비스 이용 현황

독거 대상자 27,004명 중 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주간보호, 단기보호, 복지용구 서비스를 2009.7.1~2010.6.30 사이에 한 번 이상 이용한 경우는 7,878명으로 전체 대상자의 29.2%였으며 서비스를 이용한 적이 없는 대상자는 19,126명으로 70.8%였다. 방문요양 이용자는 7,336명으로 27.2%였으며 방문요양을 제외한 재가서비스(방문목욕, 방문간호, 주간보호, 단기보호, 복지용구) 이용자는 4,830명으로 전체 대상자의 17.9%였으며 방문요양서비스를 제외한 재가서비스를 한 번도 이용하지 않은 대상자는 22,174명으로 82.1%였다. 이 중 방문목욕 이용자는 1,698명으로 6.3%, 방문간호 이용률은 0.8%, 주야간보호 이용률은 1.3%, 단기보호 이용률은 0.9%, 복지용구 구입 및 대여 이용률은 12.6%였다.

<표 9> 재가서비스 이용 현황

(n=27,004)

구분	서비스 이용	
	이용자수	이용율(%)
방문요양서비스	7,336	27.2
방문목욕서비스	1,698	6.3
방문간호서비스	211	0.8
주간보호서비스	355	1.3
단기보호서비스	230	0.9
복지용구 구입 및 대여	3,410	12.6

2. 독거노인 특성별 재가서비스 이용 차이

가. 재가서비스

일반적, 사회적 특성에 따른 재가서비스 이용 차이를 보면 성별에서 남자가 28.3%, 여자가 29.3%의 이용률을 보였으며 연령은 65~74세가 28.1%, 75~84세가 29.4%, 85세 이상이 29.8%의 이용률을 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다(표 10).

사회적 특성에서 건강보험자격에서 기초생활보장자가 26.2%, 경감대상자가 27.9%, 의료급여수급권자가 28.2%, 건강보험대상자가 31.7%의 이용률을 보여 통계적으로 유의하였으며 주수발자의 형태도 유의하였다. 거주지와 하루 종일 혼자 있는가 하는 변수에서는 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 10> 일반적 사회적 특성에 따른 재가서비스 이용 차이

구분		서비스 이용		χ^2 값	p-value
		이용자수	이용율(%)		
성	남	1,082	28.3	1.6	0.201
	여	6,796	29.3		
연령	65~74세	1,890	28.1	5.3	0.070
	75~84세	4,082	29.4		
	85세 이상	1,906	29.8		
건강보험자격	기초생활보장자	2,671	26.2	88.6	<.001
	경감대상자	795	27.9		
	의료급여수급권자	112	28.2		
	건강보험대상자	4,300	31.7		
거주지	대도시	2,957	29.6	1.3	0.514
	중소도시	2,743	29.0		
	농어촌	2,178	28.8		
주수발자	없음	2,123	28.3	99.6	<.001
	가족	2,969	32.3		
	간병인·자원봉사자	1,242	24.5		
	친구·이웃·기타	1,544	29.5		
하루종일 혼자 유무	아니오	4,521	29.5	1.9	0.170
	예	3,357	28.7		

건강적 특성에 따른 재가서비스 이용 차이를 보면 치매가 없는 대상자는 30.1%, 치매가 있는 대상자는 25.8%의 이용률을 보였으며 중풍이 없는 대상자는 29.7%, 중풍이 있는 대상자는 27.6%를 보였으며 통계적으로 유의하였다(표 11). 간호처치를 제외한 만성질환수, 등급, 문제행동, ADL, IADL, 상하지운동장애, 관절구축에서 통계적으로 유의하였다.

<표 11> 건강적 특성에 따른 재가서비스 이용 차이

구분		서비스 이용		X ² 값	p-value
		이용자수	이용율(%)		
치매	무	6,395	30.1	41.4	<.001
	유	1,483	25.8		
중풍	무	6,142	29.7	10.4	0.001
	유	1,736	27.6		
만성질환수	없다	574	25.6	22.3	<.001
	1~2개	3,897	28.8		
	3개 이상	3,407	30.3		
장기요양 등급	1등급	368	27.3	16.9	0.001
	2등급	858	26.4		
	3등급	6,652	29.7		
간호처치	무	7,182	29.2	0.0	0.926
	유	696	29.3		
문제행동	무	5,490	30.8	67.5	<.001
	유	2,388	26.0		
ADL	13~19점	3,201	30.7	24.6	<.001
	20~22점	2,280	29.2		
	23점 이상	2,397	27.4		
IADL	10~22점	2,464	27.9	14.3	0.001
	23~27점	2,905	30.5		
	28점 이상	2,509	29.0		
상하지 운동장애	4~5점	2,568	27.5	22.4	<.001
	6점	2,439	30.6		
	7점 이상	2,871	29.6		
관절구축	6점	3,032	31.2	65.0	<.001
	7~8점	2,570	30.1		
	9점 이상	2,276	26.0		

나. 방문요양서비스

일반적, 사회적 특성에 따른 방문요양서비스 이용 차이를 보면 성별에서 남자가 26.1%, 여자가 27.3%의 이용률을 보였으며 연령은 65~74세가 26.3%, 75~84세가 27.4%, 85세 이상이 27.5%의 이용률을 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다(표 12).

사회적 특성에서 건강보험자격에서 기초생활보장자가 24.8%, 경감대상자가 26.4%, 의료급여수급권자가 26.2%, 건강보험대상자가 29.2%의 이용률을 보여 통계학적으로 유의하였으며 주수발자의 형태도 유의하였다. 거주지와 하루 중 일 혼자 있는가 하는 변수에서는 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 12> 일반적 사회적 특성에 따른 방문요양서비스 이용 차이

구분		서비스 이용		X ² 값	p-value
		이용자수	이용율(%)		
성	남	996	26.1	2.8	0.095
	여	6,340	27.3		
연령	65~74세	1,770	26.3	3.2	0.201
	75~84세	3,808	27.4		
	85세 이상	1,758	27.5		
건강보험자격	기초생활보장자	2,526	24.8	57.6	<.001
	경감대상자	753	26.4		
	의료급여수급권자	104	26.2		
	건강보험대상자	3,953	29.2		
거주지	대도시	2,765	27.7	2.2	0.333
	중소도시	2,526	26.7		
	농어촌	2,045	27.1		
주수발자	없음	2,030	27.0	138.9	<.001
	가족	2,763	30.1		
	간병인·자원봉사자	1,064	21.0		
	친구·이웃·기타	1,479	28.3		
하루종일 혼자 유무	아니오	4,120	26.9	1.4	0.238
	예	3,216	27.5		

건강적 특성에 따른 방문요양서비스 이용 차이를 보면 치매, 중풍, 만성질환수, 등급, 문제행동, ADL, IADL, 상하지운동장애, 관절구축에서 통계적으로 유의하였으며 간호처치에서도 통계적으로 유의한 차이를 보였다(표 13).

<표 13> 건강적 특성에 따른 방문요양서비스 이용 차이

구분		서비스 이용		χ^2 값	p-value
		이용자수	이용률(%)		
치매	무	6,044	28.4	82.7	<.001
	유	1,292	22.4		
중풍	무	5,740	27.7	13.9	<.001
	유	1,596	25.3		
만성질환수	없다	511	22.8	39.4	<.001
	1~2개	3,592	26.5		
	3개이상	3,233	28.8		
장기요양 등급	1등급	295	21.9	54.9	<.001
	2등급	751	23.1		
	3등급	6,290	28.1		
간호처치	무	6,732	27.3	4.2	0.041
	유	604	25.4		
문제행동	무	5,184	29.1	97.8	<.001
	유	2,152	23.4		
ADL	13~19점	3,030	29.0	50.6	<.001
	20~22점	2,162	27.7		
	23점 이상	2,144	24.5		
IADL	10~22점	2,335	26.5	24.7	<.001
	23~27점	2,763	29.0		
	28점 이상	2,238	25.9		
상하지 운동장애	4~5점	2,352	25.1	33.2	<.001
	6점	2,306	29.0		
	7점 이상	2,678	27.6		
관절구축	6점	2,785	28.7	52.1	<.001
	7~8점	2,421	28.4		
	9점 이상	2,130	24.3		

다. 방문요양서비스를 제외한 재가서비스

일반적, 사회적 특성에 따른 방문요양서비스를 제외한 재가서비스 이용 차이를 보면 일반적 특성에서 성과 연령은 통계적으로 유의하지 않았으며 사회적 특성에서는 하루 종일 혼자 있는가에 대해서는 아니오가 18.4%, 예가 17.2%의 이용률을 보여 통계적으로 유의하였으며 주수발자 형태도 유의하였다(표 14). 그 외 건강보험자격, 거주지에서는 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 14> 일반적 사회적 특성에 따른 방문요양 이외 재가서비스 이용 차이

구분		서비스 이용		X ² 값	p-value
		이용자수	이용률(%)		
성	남	658	17.2	1.4	0.240
	여	4,172	18.0		
연령	65~74세	1,147	17.1	4.3	0.119
	75~84세	2,515	18.1		
	85세 이상	1,168	18.3		
건강보험자격	기초생활보장자	1,809	17.7	7.6	0.055
	경감대상자	462	16.2		
	의료급여수급권자	74	18.6		
	건강보험대상자	2,485	18.3		
거주지	대도시	1,762	17.6	2.6	0.267
	중소도시	1,671	17.7		
	농어촌	1,397	18.5		
주수발자	없음	1,290	17.2	16.9	0.001
	가족	1,762	19.2		
	간병인·자원봉사자	852	16.8		
	친구·이웃·기타	926	17.7		
하루종일 혼자유무	아니오	2,825	18.4	7.3	0.007
	예	2,005	17.2		

건강적 특성에 따른 방문요양서비스를 제외한 재가서비스 이용 차이를 보면 치매, 만성질환수, 간호처치, 문제행동, IADL, 상하지운동장애, 관절구축에서 통계적으로 유의하였으며 중풍, 등급, ADL에서 통계적으로 유의하지 않아 재가서비스 이용과 방문요양서비스 이용에서의 차이를 보였다.

<표 15> 건강적 특성에 따른 방문요양 이외 재가서비스 이용 차이

구분		서비스 이용		χ^2 값	p-value
		이용자수	이용률(%)		
치매	무	3,945	18.6	31.6	<.001
	유	885	15.4		
중풍	무	3,728	18.0	0.9	0.355
	유	1,102	17.5		
만성 질환수	없다	348	15.5	19.9	<.001
	1~2개	2,352	17.4		
	3개이상	2,130	19.0		
장기요양 등급	1등급	272	20.2	5.6	0.060
	2등급	592	18.2		
	3등급	3,966	17.7		
간호처치	무	4,351	17.7	9.0	0.003
	유	479	20.1		
문 제 행 동	무	3,388	19.0	45.1	<.001
	유	1,442	15.7		
ADL	13~19점	1,853	17.7	0.9	0.645
	20~22점	1,384	17.7		
	23점 이상	1,593	18.2		
IADL	10~22점	1,486	16.8	10.0	0.007
	23~27점	1,746	18.3		
	28점 이상	1,598	18.5		
상하지 운동장애	4~5점	1,545	16.5	18.2	<.001
	6점	1,481	18.6		
	7점 이상	1,804	18.6		
관절구축	6점	1,789	18.4	11.0	0.004
	7~8점	1,574	18.4		
	9점 이상	1,467	16.8		

3. 독거노인 재가서비스 영향 요인

가. 재가서비스의 영향 요인

독거대상자들이 재가서비스(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주간보호, 단기보호, 복지용구) 이용에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과이다(표 16).

재가서비스 이용에 영향을 미치는 요인으로 사회적 특성에서는 건강보험자격과 주수발자가 서비스 이용 여부에 통계적으로 유의하였다. 건강보험자격에서 기초생활보장대상자에 비해 건강보험대상자가 서비스 이용할 확률이 1.261배 높으며 주수발자가 없는 대상자에 비해 주수발자가 가족인 대상자는 서비스 이용할 확률이 1.117배 높으며 주수발자가 간병인과 자원봉사자인 대상자는 재가서비스 이용할 확률이 0.829배로 낮았다.

건강적 특성에서는 치매, 중풍, 만성질환수, 문제행동, ADL, IADL, 상하지 운동장애, 관절구축이 서비스 이용 여부에 통계적으로 유의하였다. 치매가 없는 대상자에 비해 치매가 있는 대상자는 서비스를 이용할 확률이 0.869배로 낮으며, 중풍이 없는 대상자에 비해 중풍이 있는 대상자는 서비스를 이용할 확률이 0.925배로 낮았다. 만성질환수에서는 만성질환이 없는 대상자에 비해 만성질환수가 1~2개인 대상자는 서비스를 이용할 확률이 1.13배 높으며 3개 이상인 대상자는 1.202배 높았다. 문제행동이 없는 대상자보다 문제행동이 있는 대상자가 재가서비스를 이용할 확률이 0.819배 낮았다.

<표 16> 재가서비스 영향 요인

구분		OR	신뢰구간		p-value
			하한	상한	
성(남)	여	0.993	0.918	1.075	0.871
연령(65~74세)	75~85세	1.021	0.956	1.091	0.537
	85세 이상	1.053	0.972	1.140	0.205
건강보험자격 (기초생활보장자)	경감대상자	1.045	0.950	1.148	0.365
	의료급여수급권자	1.091	0.871	1.366	0.450
	건강보험대상자	1.261	1.188	1.338	<.001
거주지(대도시)	중소도시	0.962	0.903	1.024	0.219
	농어촌	0.965	0.902	1.032	0.302
주수발자(없음)	가족	1.117	1.034	1.207	0.005
	간병인·자원봉사자	0.829	0.756	0.910	<.001
	친구·이웃·기타	1.043	0.958	1.135	0.334
하루종일 혼자 (아니오)	예	0.967	0.908	1.029	0.292
치매(무)	유	0.869	0.802	0.942	0.001
중풍(무)	유	0.925	0.866	0.989	0.022
만성질환수(없음)	1~2개	1.130	1.018	1.255	0.021
	3개 이상	1.202	1.079	1.340	0.001
징기요양 등급 (1등급)	2등급	0.930	0.803	1.078	0.338
	3등급	0.934	0.806	1.083	0.367
간호처치(무)	유	1.026	0.930	1.132	0.608
문제행동(무)	유	0.819	0.766	0.875	<.001
ADL (13~19점)	20~22점	0.870	0.813	0.931	<.001
	23점 이상	0.776	0.711	0.847	<.001
IADL (10~22점)	23~27점	1.166	1.089	1.247	<.001
	28점 이상	1.249	1.147	1.361	<.001
상하지운동장애 (4~5점)	6점	1.177	1.099	1.260	<.001
	7점 이상	1.213	1.129	1.302	<.001
관절구축 (6점)	7~8점	0.905	0.848	0.966	0.003
	9점 이상	0.739	0.689	0.793	<.001

나. 방문요양서비스 영향 요인

독거대상자들이 방문요양서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과이다(표 17). 방문요양서비스 결정에는 사회적 특성에서 건강보험자격과 주수발자가 서비스 이용에 영향을 미치는 요인으로 통계적으로 유의하였다. 건강보험자격에서 기초생활보장자에 비해 건강보험대상자가 서비스 이용할 확률이 1.212배 높았으며 주수발자에서 주수발자가 없는 대상자보다 가족이 있는 대상자가 방문요양서비스 이용할 확률이 1.129배 높았고 간병인·자원봉사자는 0.769배 높았다.

건강적 특성에서는 치매, 중풍, 만성질환수, 문제행동, ADL, IADL, 상하지 운동장애, 관절구축이 서비스 이용 여부에 통계적으로 유의하였다. 치매가 없는 대상자에 비해 치매가 있는 대상자는 방문요양서비스를 이용할 확률이 0.825배로 높으며, 중풍이 없는 대상자에 비해 중풍이 있는 대상자는 서비스를 이용할 확률이 0.916배로 높았다. 만성질환수 항목에서는 만성질환이 없는 대상자에 비해 만성질환수가 1~2개인 대상자는 서비스를 이용할 확률이 1.138배 높으며 3개 이상인 대상자는 1.23배 높다. 문제행동이 없는 대상자보다 문제행동이 있는 대상자가 방문요양서비스를 이용할 확률이 0.808배 높았다.

<표 17> 방문요양서비스 영향 요인

구분		OR	신뢰구간		p-value
			하한	상한	
성(남)	여	0.995	0.918	1.079	0.912
연령(65~74세)	75~84세	1.019	0.952	1.090	0.592
	85세 이상	1.041	0.960	1.129	0.335
건강보험자격 (기초생활보장자)	경감대상자	1.043	0.947	1.148	0.391
	의료급여수급권자	1.067	0.847	1.344	0.583
	건강보험대상자	1.212	1.140	1.288	<.001
거주지(대도시)	중소도시	0.941	0.883	1.003	0.064
	농어촌	0.956	0.892	1.024	0.199
주수발자(없음)	가족	1.129	1.043	1.221	0.003
	간병인·자원봉사자	0.769	0.699	0.847	<.001
	친구·이웃·기타	1.069	0.981	1.165	0.128
하루종일 혼자 (아니오)	예	1.006	0.944	1.072	0.8497
치매(무)	유	0.825	0.759	0.897	<.001
중풍(무)	유	0.916	0.855	0.981	0.012
만성질환수(없음)	1~2개	1.138	1.021	1.268	0.020
	3개 이상	1.230	1.099	1.376	<.001
장기요양 등급 (1등급)	2등급	1.021	0.872	1.195	0.797
	3등급	1.070	0.915	1.251	0.399
간호처치(무)	유	0.963	0.869	1.066	0.466
문제행동(무)	유	0.808	0.755	0.865	<.001
ADL (13~19점)	20~22점	0.876	0.818	0.938	<.001
	23점 이상	0.773	0.707	0.845	<.001
IADL (10~22점)	23~27점	1.181	1.102	1.265	<.001
	28점 이상	1.230	1.127	1.343	<.001
상하지운동장애 (4~5점)	6점	1.210	1.128	1.297	<.001
	7점 이상	1.253	1.165	1.348	<.001
관절구축 (6점)	7~8점	0.921	0.862	0.985	0.016
	9점 이상	0.752	0.700	0.809	<.001

다. 방문요양서비스 제외한 재가서비스 영향 요인

독거대상자들이 방문요양서비스 제외한 재가서비스(방문목욕, 방문간호, 주간보호, 단기보호, 복지용구)이용에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과이다(표 18). 방문요양서비스 제외한 재가서비스 이용에는 사회적 특성에서 건강보험자격과 거주지가 서비스에 영향을 미치는 요인으로 통계적으로 유의하였다. 건강보험자격에서 기초생활보장자에 비해 경감대상자가 서비스 이용할 확률이 0.861배 높았으며 거주지에서 대도시에 있는 대상자보다 농어촌에 있는 대상자가 서비스를 이용할 확률이 1.091배 높았다.

건강적 특성에서는 치매, 만성질환수, 등급, 문제행동, ADL, IADL, 상하지 운동장애, 관절구축이 서비스 이용 여부에 통계적으로 유의하였다. 치매가 없는 대상자에 비해 치매가 있는 대상자는 서비스를 이용할 확률이 0.843배로 높으며, 만성질환수 항목에서는 만성질환이 없는 대상자에 비해 만성질환수가 3개 이상인 대상자는 1.218배 높았다. 등급이 1등급인 대상자에 비해 3등급인 대상자가 서비스를 이용할 확률이 0.787배 높았으며 문제행동이 없는 대상자에 비해 있는 대상자가 서비스를 이용할 확률이 0.830배 높았다.

<표 18> 방문요양 이외 재가서비스 영향 요인

구분		OR	신뢰구간		p-value
			하한	상한	
성(남)	여	1.007	0.917	1.106	0.882
연령(65~74세)	75~84세	1.061	0.981	1.148	0.138
	85세 이상	1.077	0.981	1.183	0.121
건강보험자격 (기초생활보장자)	경감대상자	0.861	0.768	0.964	0.009
	의료급여수급권자	1.031	0.795	1.336	0.818
	건강보험대상자	1.000	0.933	1.073	0.994
거주지(대도시)	중소도시	1.008	0.936	1.086	0.827
	농어촌	1.091	1.008	1.181	0.030
주수발자(없음)	가족	1.079	0.984	1.183	0.107
	간병인·자원봉사자	0.913	0.819	1.017	0.099
	친구·이웃·기타	0.975	0.882	1.079	0.628
하루종일혼자 (아니오)	예	0.929	0.863	1.001	0.053
치매(무)	유	0.843	0.766	0.928	0.001
중풍(무)	유	0.979	0.905	1.059	0.595
만성질환수(없음)	1~2개	1.104	0.974	1.251	0.121
	3개 이상	1.218	1.071	1.386	0.003
장기요양 등급 (1등급)	2등급	0.889	0.754	1.049	0.163
	3등급	0.787	0.666	0.929	0.005
간호처치(무)	유	1.115	0.998	1.247	0.055
문제행동(무)	유	0.830	0.768	0.898	<.001
ADL (13~19점)	20~22점	0.951	0.878	1.031	0.222
	23점 이상	0.900	0.811	0.997	0.044
IADL (10~22점)	23~27점	1.118	1.031	1.212	0.007
	28점 이상	1.167	1.054	1.292	0.003
상하지운동장애 (4~5점)	6점	1.130	1.042	1.225	0.003
	7점 이상	1.133	1.041	1.232	0.004
관절구축 (6점)	7~8점	0.946	0.876	1.022	0.158
	9점 이상	0.812	0.747	0.882	<.001

V. 고찰

노인복지서비스 및 노인장기요양보험 서비스 이용의사 및 이용의향 등에 관한 기존의 연구에서는 실제 서비스 이용에 미치는 영향 요인에 대한 연구는 많지 않고 노인장기요양보험의 서비스 영향 요인 중 독거대상자들만을 대상으로 한 연구는 없다. 이에 본 연구에서는 독거노인의 급속한 증가에 따른 사회 문제 대두를 염두에 두고 노인장기요양보험 재가서비스 이용 영향 요인을 분석하고자 하였다.

본 연구는 장기요양 등급인정자 중 65세 이상 독거노인 27,004명을 대상으로 한 연구로 독거노인의 재가서비스 이용행태 및 서비스 이용 영향요인을 분석한 연구이다.

독거노인들은 노인들 중에서도 다양한 형태의 서비스 수혜에 대한 욕구를 가지고 있으나 제공받지 못할 개연성이 높은 집단이다. 따라서 이들은, 사회적 지원망의 사각지대에 있는 대상자들로서 일반노인들과 달리 독거노인의 특수성을 인정하고 차별화된 재가서비스의 구축이 필요하고, 일반적인 노인복지 이외에 독거노인의 특수한 복지수요를 반영한 정책과제를 수립을 위한 실증적 근거를 제시하고자 한다는데 본 연구의 의의가 있다 할 것이다.

그런데 현재의 노인장기요양 재가서비스 구조는 방문요양에만 과도하게 편중되어 있으며 나머지 다른 재가서비스는 활성화되지 못하고 있는 실정이다. 본 연구에서는 종속변수를 재가서비스 이용 유무, 방문요양서비스 이용 유무, 방문요양서비스를 제외한 재가서비스 이용 유무로 나눠 방문요양을 제외한 여타의 재가서비스 이용의 영향요인을 분석함으로써 방문요양을 제외한 재가서비스 활성화를 위한 기본적인 자료 구축이 되었다 할 것이다.

독거노인 인정자 중 시설서비스를 받고 있는 대상자를 제외하지 못한 아쉬움이 있지만 독거노인 장기요양인정자 대부분이 3등급으로 83%를 차지한다. 이는 1,2등급이 시설급여 또는 재가급여를 받을 수 있는 반면 3등급은 별도의 사유로 급여 종류 내용변경이 되지 않고는 재가급여만을 받을 수 있다. 또 김복남(2009)의 연구가 독거노인을 제외한 비독거노인만을 대상으로 연구하였지만 충분한 자료의 부족으로 비독거노인에 대한 비교분석의 미비가 아쉬움으로 남는다. 본 연구는 서비스 이용 유무 기간이 2009.7.1~2010.6.30일까지였으며 이 기간에 서비스 이용자와 미이용자로 확인하였다. 조사 대상자는 요양인정 유효기간이 2010.1.1일 시점이 포함된 독거대상자로 인정 유효기간에 따라 조사된 서비스 기간은 차이가 있을 수 있다. 또한 본 연구의 자료는 국민건강보험공단에서 실시한 인정조사 자료에 따른 분석으로 가족수발자의 수발상황, 서비스 이용에 대한 인식, 경제수준 등의 서비스 결정에 영향을 미칠 수 있는 요인들에 대한 다양한 분석에 한계가 있다.

분석결과 독거노인의 노인장기요양보험 재가서비스 이용(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주간보호, 단기보호, 복지용구)과 방문요양서비스 이용과는 비슷한 양상으로 사회적 요인에서는 건강보험자격과 주수발자에 의해 건강적 요인에서는 치매, 중풍, 만성질환수, 문제행동, ADL, IADL, 상하지운동장애, 관절구축에 의해 결정됨을 볼 수 있었다. 방문요양서비스를 제외한 재가서비스에서는 건강보험자격, 거주지, 치매 유무, 만성질환수, 등급, 문제행동, ADL, IADL, 상하지운동장애, 관절구축이 유의할만한 영향요인임을 볼 수 있었다.

연구 결과를 중심으로 독거노인의 노인장기요양보험 재가서비스 이용 발전 방안을 다음과 같이 제시할 수 있다.

첫째, 독거노인의 91.7%가 만성질환을 가지고 있었으며 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구(오영희 외, 2005)에서도 독거노인의 96.0%가 만성질

병을 가지고 있었다. 만성질병으로 독거노인의 가장 어려운 점은 일상생활수행의 제한이 42.6%로 이는 수발 욕구가 높은 취약한 집단임을 알 수 있다. 하지만 독거노인의 복지서비스 이용률은 대체로 매우 낮으며 노인장기요양 재가서비스 이용현황 역시 전체 인정자의 29.2%로 이용률이 저조한 것을 볼 수 있다. 따라서, 독거노인에게 있어 재가복지서비스의 설치만으로는 독거노인의 욕구와 문제가 완화·해결되는 것이 아니므로 서비스와 대상자의 욕구를 연결시키는 일련의 과정이 필요하다고 하겠다. 또한 노인장기요양보험제도 인지도 역시 독거노인 경우 18%로 낮게 나타나 노인장기요양 인지도를 취약계층에 있어 높여야 할 필요가 있다.

둘째, 건강보험자격이 일반대상자인 경우 기초대상자보다 재가서비스 이용 확률이 증가하였는데 이는 일반노인일 경우 기초대상자보다 서비스 이용이 낮다는 이윤경(2009), 김지영(2008)의 연구결과와 대비된다. 이는 본 연구가 일반노인이 아닌 독거대상자만을 대상으로 하였기 때문으로 보인다.

기초생활수급자와 경감대상자, 의료급여대상자는 노인장기요양서비스 이용 시 본인부담금의 경감혜택이 있음에도 불구하고 오히려 건강보험대상자가 재가서비스 이용 확률이 더 높은 것은 독거대상자에게서 재가서비스 이용이 본인부담금의 문제가 아닌 다른 요인에 기인하는 것으로 보인다. 그 중 주요한 요인으로 서비스의 비효율적인 연계를 꼽을 수 있다.

따라서, 건강보험공단에서는 장기요양급여시 이용지원을 통해 독거노인의 심신상 기능 상태와 생활환경, 주거상태 등 사회문화적인 상황을 종합적으로 고려하고 개별적 욕구 등을 반영하여 보험급여 혜택을 받기 위한 계약행위와 보험급여를 받는 과정에서 일어나는 문제를 해결하고 지원하는 옹호자로서의 역할과 더불어 독거노인 등 서비스 연계 취약 대상자에 대하여는 이들과 지역사회자원을 포괄적으로 지원하는 '케어매니지먼트(care management)'의 역할이 필요 하겠다.

셋째, 이윤경(2009), 김지영(2008)의 연구에서는 주수발자의 형태에 따라서 서비스 이용 결정에 영향을 미치지 못했으며, 김지영(2008)의 연구에서 주수발자가 배우자일 경우 방문요양서비스 이용의사만 높아지는 것으로 나타났다. 비독거노인을 대상으로 한 김복남(2009)의 연구에서는 배우자가 있는 경우, 돌봄자의 성별이 남성인 경우 재가서비스를 이용하는 것으로 확인되었으나 본 연구에서는 주수발자가 가족일 경우 재가서비스 이용은 증가하나 간병인, 자원봉사자인 경우 재가서비스 이용은 감소하는 것으로 확인하였다.

외부의 사회적 접촉이나 연락이 부족한 노인일수록 서비스의 부재가 사회적 문제로 크게 대두될 수 있어 노인의 사회적 관심 및 고립상태 방지체계 구축이 필요하다. 현재 노인돌봄서비스에서의 독거노인관리서비스는 그 내용 자체가 안부확인에 치우쳐 있어 좀 더 적극적인 대처가 필요하겠다.

넷째, 건강적 요인에서 치매, 중풍, 문제행동, ADL, 관절구축 정도는 재가서비스 이용을 감소시키고 만성질환수, IADL, 상하지운동장애 정도는 재가서비스 이용을 증가시켰다. 비독거노인을 대상으로 한 김복남(2009)의 연구에서는 인정등급이 낮을수록 재가서비스 이용이 증가하고 인정등급이 높을수록, 주수발자가 행동제한 부담을 크게 느낄수록 시설서비스를 이용하는 것으로 나타났다. 이윤경(2009)에서는 요양등급, ADL, 인지기능 장애 등 기능상태가 나쁠수록 서비스에 대한 이용은 증가하는 영향을 보였다. 이는 서비스 이용의 종속변수가 재가서비스와 시설서비스를 구분 없이 본 것으로 이는 재가서비스 이용의 증가와는 다르며 김지영(2008)에서도 ADL과 문제행동 장애가 심할수록 요양시설급여 이용은 증가하는 것으로 보였다. 본 연구에서 치매, 중풍, 문제행동, ADL, 관절구축 정도는 재가서비스 이용의 감소가 시설서비스 이용에 영향을 미치는 지는 확인할 수 없으나 이러한 기능제한이 서비스 이용과 관련성이 있다는 것은 기존 연구와 일치한다고 볼 수 있다.

치매와 문제행동이 있을수록, 중풍과 관절구축이 있을수록, ADL점수가 높을수록 재가서비스 이용의 감소는 독거노인에게 있어 더 이상 독립적으로 혼자서 지내기가 어려움을 뜻할 수 있다. 따라서 치매 및 중풍치료에 중점적인 전문화된 서비스 및 사전적인 관절구축 예방을 위한 재가 서비스 제공이 필요함을 시사한다. 또 만성질환수, IADL, 상하지운동장애 정도에 따른 재가서비스 이용의 증가는 만성적인 질환을 갖고 있음에도 재가서비스를 받으면서 혼자서 독립적인 생활이 가능한 것으로 해석할 수 있다. 따라서 기능적 제한으로부터의 회복 및 증진을 위해서는 재가서비스의 급여 중 재활치료체계의 구축이 필요하다.

일본의 개호보험제도에서는 독립적인 생활을 위한 기능의 자립을 지원하기 위해서 급성기적으로 필요한 기능재활서비스를 비롯하여 회복기 및 유지기 재활서비스까지 갖추어져 있으며 치매관련 서비스 또한 제공되고 있다. 하지만 현재 우리나라의 재가서비스는 단순한 가사지원이나 신체수발을 제공하는 정도이며 재가서비스도 6종류에만 그치고 있다. 따라서 치매대상자를 위한 서비스와 재활서비스를 제공함으로써 재가서비스를 의료나 보건에 있어서도 전문성을 띠는 전문화된 서비스 영역 확립이 중요하다 할 것이다.

VI. 결론

본 연구는 독거노인의 일반적 특성, 사회적 특성, 건강적 특성에 따른 요인을 통하여 서비스 대상자의 일반적 특성을 파악하고 재가서비스, 방문요양서비스, 방문요양을 제외한 재가서비스 결정요인을 분석한 연구이다. 국민건강보험공단 인정조사 자료를 가지고 SAS 9.2를 이용하여 빈도분석, 카이제곱검정, 다중 로지스틱 회귀분석을 하였으며 주요 결과는 다음과 같다.

1) 독거노인 장기요양 인정자 중 재가서비스를 이용한 경우는 29.2%였으며, 방문요양서비스는 27.2%, 방문요양서비스를 제외한 재가서비스는 17.9%가 이용하였다. 이 중 방문목욕 이용은 6.3%, 방문간호는 0.8%, 주간보호 1.3%, 단기보호 0.9%, 복지용구 12.6%였다.

2) 재가서비스 이용여부에 영향을 미치는 요인은 사회적 특성에서는 건강보험대상자인 경우, 주수발자가 가족인 경우 재가서비스 이용률이 높았고, 주수발자가 간병인·자원봉사자인 경우 재가서비스 이용률이 낮았다. 건강 특성에서는 치매, 중풍 및 문제행동이 있는 경우, ADL이 20점 이상인 경우, 관절구축이 7점 이상인 경우 서비스 이용률이 낮았고, 만성질환수가 1개 이상, IADL이 23점 이상, 상하지운동장애가 6점 이상인 경우 재가서비스 이용률이 높았다.

3) 방문요양 서비스 이용여부에 영향을 미치는 요인은 사회적 특성에서는 건강보험대상자인 경우, 주수발자가 가족인 경우 재가서비스 이용률이 높았고, 주수발자가 간병인·자원봉사자인 경우 재가서비스 이용률이 낮았다. 건강적 특성에서는 치매, 중풍 및 문제행동이 있는 경우, ADL이 20점 이상, 관절구축이 7점 이상인 경우 재가서비스 이용률이 낮았고, 만성질환수가 1개 이상,

IADL이 23점 이상, 상하지운동장애가 6점 이상인 경우 재가서비스 이용률이 높았다.

4) 방문요양서비스를 제외한 재가서비스 이용여부에 영향을 미치는 요인은 사회적 특성에서 경감대상자인 경우 서비스 이용률이 낮았으며 농어촌에 있는 대상자일수록 서비스 이용률이 높았다. 건강적 특성에서는 치매, 3등급 및 문제행동이 있는 경우, ADL이 23점 이상, 관절구축이 9점 이상인 경우 서비스 이용률이 낮았으며 만성질환수가 3개 이상, IADL이 23점 이상, 상하지운동장애가 6점 이상인 경우 서비스 이용률이 높았다.

본 연구를 통해 재가서비스 활성화를 위한 기본적 고려사항을 확인 및 사회적 지원망의 사각지대에 있는 독거노인들의 고립상태를 방지, 독거노인들의 욕구에 맞는 적절한 서비스의 효율적인 연계가 필요함을 시사하였다. 또한 향후 장기요양급여의 종류를 다양화시키는 것, 특히 치매나 재활서비스를 위한 치료체계의 구축을 통해 대상자의 욕구에 따라 적절하게 활용할 수 있도록 하는 것이 중요할 것이다.

앞으로 추후 연구를 통해 재가서비스의 급여, 시설급여 종류뿐만이 아니라 적절한 서비스 제공 시간과 양을 제안하여 비용효과적인 서비스의 구축을 도모하고 독거노인 뿐 아니라 노인부부세대 등 취약계층에 대한 다양한 연구를 통해 대상자의 복합적인 욕구과악이 이뤄져야 할 것이다. 또한 독거노인과 같은 취약계층에 있어 등급내자 뿐만이 아니라 등급외자의 지역복지서비스의 효율적인 연계 방안도 모색되어야 할 것이다. 앞으로 서비스 접근을 용이하게 하기 위한 서비스의 복합체 형식을 갖추므로 즉, 의료·보건·복지 분야에서 의 통합적 접근 방법으로 소외되는 계층 없이 대상자의 삶의 질 향상과 만족도를 높여야겠다.

참고문헌

- 강임옥, 박종연, 권진희, 김경하. 노인장기요양보험 대상자의 서비스 이용 현황 및 코호트 구축 방안-시범사업 대상자를 중심으로-. 국민건강보험공단. 2007.
- 권진희, 강임옥, 한은정. 2009년 노인장기요양서비스 만족도 조사. 국민건강보험공단. 2009.
- 권진희, 이정석, 강임옥, 한은정, 박종연. 노인장기요양서비스 이용행태 및 만족도 조사. 국민건강보험공단. 2008.
- 국민건강보험공단. 2010 신입직원 입문과정Ⅲ. 2010.
- 국민건강보험공단. 2010년 상반기 장기요양보험 주요통계. 2010.10.
- 김복남. 노인장기요양보험 대상자들의 서비스 이용 결정요인. 연세대학교 대학원. 박사학위논문. 2009.
- 김영숙, 정국인, 박소라. 재가노인 사례관리의 욕구사정 정확도 향상을 위한 욕구추출 알고리즘 개발-데이터 마이닝 분석기법을 활용하여-. 한국사회복지학회 2008; 60(1): 187~209.
- 김지영. 장기요양급여 선택과 결정에 영향을 미치는 요인 분석. 이화여자대학교 대학원. 석사학위논문. 사회복지학과. 2008.
- 니끼류. 일본의 개호보험과 보건의료복지복합체, 청년의사, 2006.
- 박종연, 강임옥, 김경하. 한국형 노인건강, 수발관리체계를 위한 서비스 연계방안. 국민건강보험공단. 2006.

- 박종연, 권진희, 이정석, 강임옥, 이운환, 김도훈. 노인장기요양 대상자 및 서비스 확대 방안 연구. 국민건강보험공단. 2008.
- 박종연, 최인덕, 권진희, 강임옥, 이은미. 장기요양급여 이용행태 분석을 통한 재가서비스 활성화 방안. 국민건강보험공단. 2009.
- 보건복지가족부. 2008년도 노인실태조사-전국노인생활실태 및 복지욕구조사-. 2009.
- 보건복지가족부. 노인장기요양보험 시행 1년의 주요 통계 현황. 2009. 6. 26.
- 보건복지가족부. 독거노인 생활관리사 파견사업 정착화 방안. 2008.
- 석재은. 독거노인의 실태와 정책과제. 월간 복지동향 2007; 102: 37~40.
- 선우덕, 오영희, 이수형, 오지선, 이석구. 노인건강정책의 현황과 향후 추진과제 - 일상생활기능의 자립향상을 중심으로-. 한국보건사회연구원. 2009.
- 송다영. 가족부양자의 재가복지서비스 이용의사의 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한국사회복지학 2003; 53: 105~28.
- 송인옥. 독거노인 재가복지서비스의 실태와 개선방안. 대구대학교 대학원. 석사학위논문. 1999.
- 신홍권. 노인의 요양보호 서비스 선호 결정 요인. 경원대학교 대학원. 박사학위논문. 2005.
- 안수연. 독거노인의 일상생활능력과 인지정도. 노인간호학회 2007; 9(1): 68~75.
- 안희란. 노인의 장기요양서비스 1이용에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 광주대학교 사회복지전문대학원. 석사학위논문. 2009.
- 오영희, 석재은, 권중돈, 김정석, 박영란, 임정기. 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구-여성·농어촌·독거노인의 생활실태를 중심으로-. 한국보건사회연구원. 2005.

- 유진영. 주 부양부담자의 노인장기요양보호서비스 요구와 이용의사 결정요인. 인제대학교 보건대학원. 석사학위논문. 2004.
- 원시연. 독거노인 100만 돌파; 진단과 대책. 이슈와 논점. 2010.
- 이경옥. 농촌지역 독거노인의 생활문제와 사회복지 방안에 관한 연구. 동국대학교 사회과학대학원. 석사학위논문. 2005.
- 이경우. 재가 독거노인들의 공적 지원체계에 관한 연구. 서강대학교 공공정책대학원. 석사학위논문. 2007.
- 이윤경. 노인장기요양서비스 이용 결정요인 분석. 보건사회연구 2009; 29(1): 213-35.
- 이인정. 노인복지서비스 이용의사에 영향을 미치는 요인. 덕성여자대학교 대학원. 석사학위논문. 2007.
- 이재법. 농촌지역 독거노인의 서비스 실태 및 만족도에 관한 연구. 대구대학교 사회복지대학원. 석사학위논문. 2004.
- 홍봉선. 재가노인복지의 과제와 전망. 고령화사회와 노인복지 1999; 4(1): 121~59.
- Andersen RM, Newman JF. Societal and individual predictors of medical care utilization in the United State, The Millbank Quarterly 1973; 51: 95~124.
- Andersen RM, Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter, Journal of Health and Social Behavior 1995; 36(1): 1~10.
- Bass DM, Noelker LS. The influence of family caregivers on elder's use of in-home service, An expanded conceptual framework, Journal of Health and Social Behavior 1987; 28: 184~96.

KOSIS 국가통계포털 Korean Statistical Information Service > 주제별통계

[http://kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp\(Korea\)](http://kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp(Korea))

노인장기요양보험 [http://www.longtermcare.or.kr/portal/site/nydev/\(Korea\)](http://www.longtermcare.or.kr/portal/site/nydev/(Korea))

ABSTRACT

Determinants Of Long Term Care Home Service For Elderly Living Alone

Kim, Sung Hee
Graduate School of Public Health
Yonsei University

(Directed by Professor Chung-Mo Nam, Ph.D)

As the elderly population increases rapidly in Korea, the elderly living alone households also exceeded one million as the first time in 2010. Even if some studies were performed on factors affecting long term care services for the elderly or family caregivers, almost no studies on determinants to use the long term care services for elderly living alone were done yet. Thus, this study is to investigate the status of receiving the home service of long term care insurance for elderly living alone, the differences of using these services and affecting factors. Subjects of this study were 27,004 elderly living alone who were over 65 years old and were selected among registered recipients as of 2010.01.01 and frequency analysis, Chi-square test, multiple logistic regression analysis were performed.

Results of this study showed that 29.2% received the home service among registered recipients eligible for long term care service and 27.2% received the home help service and 17.9% received the home service except home help service. Results of analysis to determine whether home service was used according to social characteristics showed that in case of

recipients of health insurance, usage of home service increased when family were caregivers. However, in case main caregivers were caregivers for the sick or volunteers, the usage of home service decreased. In characteristics of health, in case of dementia, stroke, and behavioral problems, ADL (Activity of Daily Living) of 20 points or more, the joint construction of 7 points or more, the usage of service decreased. But in case someone had 1 or more of the chronic diseases, IADL (Instrumental Activities of Daily Living) of 23 points or more and upper and lower motor impairment of 6 points or more, usage of home service increased. Determinants affecting home help service were the exactly same as those for home service. Determinants affecting the usage of the home service excluding home help service according to social characteristics are dependent on the status of recipients. In case of recipients who get financial help from government, the usage of the service decreased. In case of rural recipients, the usage of the service increased. According to characteristics of health, in case of dementia, and class 3 and behavioral problems, ADL of 23 points or more, the joint construction of 9 points or more, the usage of service decreased. But in case someone has 3 or more of the chronic diseases, IADL of 23 points or more and upper and lower motor impairment of 6 points or more, usage of service increased.

In conclusion, this study demonstrated that the determinants of elderly living alone using home service were health characteristics and suggested that the status of main caregivers were important factors and personal share of the expenses according to eligibility for health insurance was not a determinant to use the service unlike the general recipients.

Key Words : Elderly living alone, Long term care insurance, Home service, Home help service