http://dx.doi.org/10.22739/ipaid.2019.28.2.37

□■□□□□

일반논문「지역발전연구」제28권 제2호: 37~62 JRSD

강원도 한 농촌 지역의 노인 대상 커뮤니티케어 도입을 위한 교통환경 및 수요분석*

이재원
연세대학교

남은우
연세대학교

본 연구는 농촌지역 주민의 커뮤니티케어 요구도와 교통환경을 조사하여 커뮤니티케어 도입에 필요한 기본 정보를 제공하는 것을 목적으로 수행되었다.

본 연구의 대상은 강원도 한 농촌지역에 거주하는 65세 이상 경로당을 이용하는 노인이다. 조사지역의 특징을 알기 위하여 해당 지역의 버스노선과 커뮤니티케어 시설을 조사하였으며, 65세이상 경로당 이용 노인대상 커뮤니티케어 요구도 조사를 하였다. 조사지역은 강원도 원주시 흥업면이며, 흥업면에 위치한 31개 경로당 중 22개 경로당에서 조사가 진행되었다. 2018년 10월 중 조사지역에 직접 방문해 경로당 이용 노인 117명을 대상으로 설문조사 하였다.

커뮤니티케어 서비스 요구도는 예방접종과 치료서비스의 요구도가 가장 높았지만, 지역에 따른 요구도는 달랐다. 이에 지역 및 개인 맞춤형 커뮤니티케어 서비스가 필요한 것으로 나타났다. 또한, 서비스 제공기관이 많은 흥업면 사무소를 기점으로 버스노선을 조사한 결과 버스노선이 적고, 배차간격이 길어 서비스 이용이 힘든 것으로 나타났다.

결론적으로 농촌지역의 커뮤니티케어 사업을 실행하기 위해서는 지역 및 개인 맞춤 서비스를 구축해야 할 것이다. 이를 위해 기존 지역시설을 사용해 지역주민이 이용 가능한 서비스 개발을 하여 지속 가능한 사회보장제도로 만들어야 할 것이다.

[주제어: 커뮤니티케어, 노인, 농촌, 수요조사]

* 이 논문 또는 저서는 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (2018S1A5A2A03039636).

Ⅰ. 서론

우리나라는 2017년 8월 노령인구가 14% 이상을 차지하는 '고령사회'로 진입하였다(행정안전부, 2018)[1]. 노령인구의 증가 추세를 볼 때 2026년에는 초고령사회에 도달하며(한국생산성본부, 2015), 2060년에는 노령인구가 41.0%가 될 것으로 예상되어 다양한 노인복지정책이 요구된다(통계청, 2017).

노령인구가 많아지며 개인 장기요양 시설은 2008년 1,717개소에서 2017년 5,187개소로 9년 사이 3배 증가하였다(보건복지부, 2017). 이러한 요양시설 이용증가로 노인의 사회적 입원이 증가하고 있으며(보건복지부, 2018), 가정에서는 요양시설 이용에 의한 경제적 부담을 느끼고 있다(황정선, 2010).

또한, 노령인구의 증가는 의료비 증가와 돌봄서비스 필요도가 높아진다(국민건강보험공단, 2017; 유은정, 2018). 노인의료비는 2009년 125,442억원에서 2017년 276,533억원으로 8년간 2배 이상 증가하였고(한국보건사회연구원, 2016), 장기요양보험 금여 지출은 2010년 GDP 대비 0.29%에서 2040년에는 GDP대비 0.8%로 올라갈 것으로 예상 되어(한국개발연구원, 2010) 사회보장제도의 지속에 위협이 되고 있다. 늘어나는 노인 의료비 증가와 돌봄 서비스 요구도 증가로 보건복지부는 2018년 3월 12일 '커뮤니티케어(Community care)를 추진하기 위하여 "커뮤니티케어 추진본부"를 구성하고, 2018년 6월 7일 "커뮤니티케어 추진방향"을 발표하였다(보건복지부, 2018.6.7). 2018년 11월 20일 "노인커뮤니티케어 기본계획(안)"을 발표하였다(관계부처협동, 2018.11.20.).

커뮤니티케어는 전달체계를 바꾸어 물리적 접근성을 높이는 것이 아닌 서비스 이용 접근성을 높이는 방식으로(김승연, 2018), "돌봄을 필요로 하는 주민들이 자택이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하며 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하는 사회서비스 체계" 이다. 불필요한 입원을 줄이고 지역사회 중심의 건강관리와 사회서비스를 확충하여 돌봄이 필요한 사람이 지역사회 정착을 지원하는 것이 목표이다(보건복지부 커뮤니티케어 추진단, 2018.6.7.).

1) 전체인구 중 노령인구가 7% 이상이면 고령화사회, 14% 이상이면 고령사회, 20% 이상이면 초고령사회로 분류함.

2017 노인실태 조사결과 57.6%의 노인이 거동이 불편하게 되면 재가서비스를 받으며 현재 거주 중인 곳에서 계속 지내기를 원하고 있다(보건복지부, 2017). 커뮤니티케어는 이러한 노인이 자신이 살던 곳에서 노후를 보내는 Ageing in Place에 부합하고, 노인의 결정, 참여를 통해 돌봄을 받을 수 있는 정책모델이다(공선희, 2015).

정부는 커뮤니티케어를 추진하기 위해 명예 사회복지공무원을 총 35만명을 읍면동에 50명(인구 1만명 이하)에서 150명(인구 3만명 이상)을 배치하는 계획을 가지고 있다. 명예 사회복지공무원은 복지관 종사자, 집배원, 수도·가스 검침원 등으로 구성되며, 민관 복지협업으로 실행될 계획이다(보건복지부, 2018).

커뮤니티케어는 개개인의 욕구에 맞는 맞춤형 복지를 제공하며, 재정적인 문제를 해결 할 수 있을 것이다(보건복지부, 2018.6.7.). 본 연구는 외국의 커뮤니티케어 사례를 확인하고, 강원도 원주시 흥업면의 교통 및 수요조사를 통해 지역 및 개인에 맞는 커뮤니티케어 서비스를 개발하는데 정보를 제공하고자 한다.

Ⅱ. 영국, 일본, 한국의 커뮤니티케어

1. 영국의 커뮤니티케어의 특징

영국은 거주시설 서비스 증가에 따라 사회보장 지출 증가(김용득, 2006)로 인해 1990년 국민보건서비스와 커뮤니티케어법(National Health Service)제정으로 커뮤니티케어를 시작하였다.

영국의 커뮤니티케어 핵심 목표는 서비스가 필요한 사람들이 자신의 집에서 거주하며 살 수 있도록 복지서비스를 개발하는 것이다(Graham, 1994). 서비스는 각 지방의 의회가 자격을 심사후 의료, 복지서비스를 제공해준다. 제공기관은 공공기관이 아닌 민간기관이나 자선단체이다(Counsel and Care, 2010). 특히 노인 돌봄영역은 일차적으로 무보수 가족돌봄(Unpaid family care), 자원부문(Voluntary sector)로 돌봄 서비스를 제공해왔다(공선희, 2015).

커뮤니티케어 법 제정 이후 공공부문의 서비스가 중심이었지만 노인 재가서

비스를 지원하기위하여 지방정부가 민관기간에 보조금을 지원하면서 서비스 제공이 중앙정부에서 지방정부로 권한이 이전되었다(Means et al, 2002; Mathew, 2004). 정부의 계획대로 민간부문에 계약을 진행하며 민간 서비스 제공이 5%에서 2008년 80%를 넘겼다(NHS, 2005; NHS, 2008; 공선희, 2015; Filinson, 1998; Scourfield, 2005). 민간서비스가 늘어나며 케어인력이 증가하였으며 이로 인한 경기 활성화와 고용창출이 이루어 졌다(Rees, 1999; 이가옥, 우국희, 2005). 커뮤니티케어 서비스를 제공하기 위하여 케어매니저가 서비스 이용자의 욕구를 사정, 서비스 공급자 파악 등의 다양한 활동을 한다(Harris & Chou, 2001). 특히, 시민사회 조직이 노인서비스를 제공하고 있는데, 노인들이 직접 서비스를 제공하기 위해 욕구를 조사 및 여론을 형성하고 서비스를 제공받으며 웰빙(Well-being)을 위해 직접 활동하고 있다(박기남, 2011).

영국 정부는 사회복지 서비스에 시장의 논리를 도입하였지만, 끊임없이 소비자의 욕구에 반응하며 민간부문과 이용자의 참여를 유도하며 커뮤니티케어 서비스를 보완하고 발전시키고 있다(Pavolini & Ranci, 2008; 우국희, 2006; 김용득, 2006).

2. 일본의 지역포괄케어의 특징

1986년 노인보건법을 개정한 일본은 의도 하였던 방향과는 다르게 치매성 고령자 증가와 노인보건 시설 입소기간의 장기화등 다양한 문제(노지화, 2005)가 발생하여 2000년부터 개호보험 제도를 시작하였다.

지역포괄케어는 정부의 개입을 줄이고 시장원리를 도입하였으며 케어매니지먼트를 도입하였다. 이러한 서비스는 다양한 욕구를 가진 노인을 거주하고 싶은 장소에서 지낼 수 있게 하는 시스템의 필요성에서 시작되었다(한창완 et al, 2011; 임정미, 2018). 이러한 일본의 지역포괄케어의 기본개념은 '자조(自助)[2]·호조(互助)[3]·공조(共助)[4]·공조(公助)[5]이다(김원경, 2014; 니키 류, 2018;

2) 지역포괄케어의 초석이며 자신이 주체가되어 생활하는 마음가짐.
3) 자조(自助)를 지탱하며 서로 관계가 있는 사람들끼리 서로 도움(NPO, 자원봉사등).
4) 공조(共助): 제도화된 상호부조로 의료, 연금, 개호보험, 사회보험제도 등 피보험자의 상호도움.

도쿄도 이타바시구 홈페이지, 2018년 11월 26일 접속).

지역포괄케어는 홈헬프, 방문간호, 방문목욕, 주택 개조비 지원, 데이케어 등 다양한 서비스를 제공하고 있어 욕구에 따라 다양한 생활지원 서비스를 받을 수 있다(이건세, 2018; 오은환, 2017). 서비스를 제공하기 위하여 지역포괄 센터를 설치하여 다양한 욕구에 따른 서비스를 지속적으로 제공하고 있으며, 지역포괄센터는 시·정·촌에서 직영으로 운영하거나 위탁하여 제공하고 있다(岡田節子· 黃京蘭, 2008; 東洋大学福祉社会開発研究センター, 2011; 오영란, 2016; 서보경, 서은해, 2016). 이러한 서비스는 의료복지연계사가 서비스를 연계해 주고 있다(무토 마사키, 2018). 또한, 주민들이 직접 '지역만들기'사업을 진행하여 서로 교류하며 복지거점을 만들고 있다. 이를 이용하여 마을자치를 진행하며 복지서비스를 진행 중이다(히라노 다카유키, 2016).

이러한 지역포괄케어는 병원 완결형 의료체계를 지역 완결형 의료체계로 변경시키고 있으며(이규식, 2016), 질병이나 장애가 발생하기 전에 예방적인 접근을 시도하고 있다(Suzuki, 2006). 자발적인 참여로 지역포괄케어가 시작되어, 지역의 문제해결 능력 강화, 지역 기반 포괄적 지원 강화, 인재를 양성하여 활용하는 지역 공생 사회로 넘어가고 있다(노다 히로, 2016; 오은환, 2017; 히라노 다카유키, 2018).

3. 한국의 커뮤니티케어 특징

대한민국 정부는 '모두가 누리는 포용적 복지국가'를 국정전략으로 하여 추진 중에 있으며, 이를 이루기 위하여 '지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)'를 추진하려 한다. 커뮤니티케어를 추진하기 위하여 3월 12일 커뮤니티케어 추진본부를 구성·설치하였으며, 6월 7일 커뮤니티케어 추진방향을 발표하였다. 11월 20일은 1단계로 노인커뮤니티케어 기본계획(안)을 발표하였다(보건복지부, 2018.03.12.; 보건복지부, 2018.06.07.; 보건복지부, 2018.11.20.).

5) 자조(自助), 호조(互助), 공조(共助)로 대응 할 수 없는 사람들을 위해 생활보장해주는 사회복지 제도.

1) 노인 커뮤니티케어 4대 핵심요소

노인 대상 커뮤니티케어의 첫 번째 핵심요소는 '주거'로 어르신 맞춤형 케어 안심주택을 확충하는 것이다. 독립생활을 권장하기 위한 주택개조를 실시 하여 노인을 마을에서 거주하게 하고, 주민의 수입원을 만들어 마을 소멸에 대응한다. 또한, 주택개조를 통한 사회적 일자리 확충을 도모하고자 한다.

두 번째 핵심요소는 '건강의료'로 집으로 찾아가는 방문의료 서비스를 제공하고, 병원에 '지역연계실'을 설치하여 퇴원 후 노인의 지역복귀를 지원 하며 '주민건강센터'를 확충하고 지역사회에서 노인의 만성질환을 예방·관리 하는 것을 목표로 한다. 또한, 질병 관리를 위한 프로그램을 경로당 및 노인교실에서 실시하며 노인의 사회참여를 촉진 시키는 목표를 가지고 있다.

세 번째 핵심요소는 요양돌봄으로 커뮤니티케어에 맞춰 재가 의료급여 신설 등의 장기요양보험의 재구축, '종합재가센터'설치로 서비스 통합 제공 및 품질 향상을 도모하는 것이다. 재가 의료급여를 통해 장기입원 환자가 퇴원시 재택의료, 간병, 돌봄, 이동서비스를 통합적으로 제공하는 계획을 가지고 있다.

네 번째 핵심요소는 서비스 연계로 사람 중심의 민·관 서비스를 연계하여 통합 제공하려 한다. 서비스 연계를 위하여 읍면동에 '케어안내창구'를 신설하고 민간과 공공의 협력을 추진하며 분절화 된 서비스를 통합하는 플렛폼을 구축할 예정이다. '어르신 지역 돌봄 시범마을'을 선정하여 플렛폼을 확산시키고 민간 자원봉사자인 '명예 사회복지공무원'을 위촉하여 서비스를 제공하려 한다.

2) 커뮤니티케어 추진계획

2018년 11월 20일에 발표된 지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)을 통하여 노인 커뮤니티케어 3단계 추진계획을 발표하였다.

1단계 추진계획은 2022년까지 선도사업 실시·핵심인프라 구축으로 2019, 2020년에 커뮤니티케어 선도사업을 실시하고 커뮤니티케어 모델을 개발, 모니터링 및 연구를 진행하고 이를 통한 생활 SOC투자와 규제개혁을 통한 커뮤니티케어 인프라를 확보한다고 하였다. 법률 개정을 통하여 사업지침을 정비하며 '케어안심주택', '주민건강센터' 등 커뮤니티케어 시설을 대폭 확충할 예정이다.

2단계 추진계획은 커뮤니티케어 제공기반 구축단계로 2025년까지 커뮤니티케어 제공인력 양성, 케어매니지먼트 시스템 구축 등의 서비스 기반을 마련하며 장기요양보험 시스템을 개편할 예정이다.

3단계 추진계획은 커뮤니티케어 보편화로 2026년부터 진행하여 지역사회의 자율적 커뮤니티케어 실시를 진행한다는 계획이다.

커뮤니티케어의 실시로 노인이 정든 장소에서 맞춤형 돌봄 서비스를 받을 수 있으며, 커뮤니티케어 관련 15만개의 일자리가 확충될 것으로 예상된다. 또한, 지역사회의 자율성과 책임성이 강화되고 사회보장제도의 지속성이 확보될 것으로 기대된다.

Ⅲ. 연구방법

1. 조사지역의 특성 및 자료수집 방법

조사지역인 흥업면은 강원도 원주시에 위치하며, 흥업리, 매지리, 사제리, 대안리로 구성되어 있다. 흥업면에 있는 경로당은 흥업리 8개소, 매지리 10개소, 사제리 8개소, 대안리 5개소로 총 31개소이다. 흥업면의 경로당 위치는 〈그림 1〉과 같다.

〈그림 1〉 조사지역

흥업면의 커뮤니티케어 시설 개수를 살펴보면 〈표 1〉과 같다. 흥업면의 보건시설은 흥업리와 사제리에만 있으며, 병원과 약국은 흥업면에만 있었다. 또한, 대부분의 복지시설은 경로당으로 흥업면의 모든 지역에 있었으나 장기요양시설은 흥업리와 사제리에만 있었다.

〈표 1〉 흥업면 커뮤니티케어 시설 개수

구 분	커뮤니티케어 시설 개수				
	보건시설	병원, 약국	복지시설	장기요양 (재가)시설	복지용구점
흥업리	1	6	10	1	1
사제리	1	0	8	1	0
대안리	0	0	5	0	0
매지리	0	0	10	0	0

자료: 공공데이터포털, 흥업면 행정복지센터 홈페이지

커뮤니티케어 중심 시설인 흥업면 행정복지센터(구 흥업면 면사무소)는 흥업리에 소재하고 있다. 흥업면 행정복지센터를 기준으로 각 지역의 거리와 버스 노선을 살펴보면 〈그림 2〉과 같다.

〈그림 2〉를 살펴보면 매지리와 대안리의 외곽지역에 거주하는 주민은 커뮤니티케어 주요시설인 흥업면 행정복지센터와의 거리가 먼 것으로 보인다.

〈그림 2〉 흥업면사무소와의 거리

2. 연구방법

본 연구에 사용된 설문지는 2018년 9월 연세대학교 건강도시연구센터에서 개발하였다. 설문지는 2017 노인실태조사, 제3기 고양시 지역사회복지계획, 2011 평택시 사회복지요구조사, 찾기 쉬운 생활법령정보시스템(http://www.easylaw.go.kr)을 참조하여 수정·보완하였다. 커뮤니티케어 서비스는 보건(예방접종, 건강검진, 운동교육, 보건교육), 의료(진료 상담, 치료, 약 조제, 정신상담), 장기요양(방문간호, 방문목욕, 방문요양, 시설입소), 사회복지(직업지원, 취미활동, 가사지원, 장례지원), 생활지원(안부확인, 주거제공, 친구지원, 식사지원) 서비스로 구분하여 요구도 조사를 하였다.

흥업면에 위치한 경로당을 이용하는 65세 이상 노인을 대상으로 연구를 하였다. 흥업면의 경로당은 총 31개소로 지역별 분포에 맞춰 흥업리 6개소, 매지리 5개소, 사제리 6개소, 대안리 5개소 총 22개소의 경로당을 방문하여 조사하였다. 2018년 9월 흥업리에 위치한 경로당 2곳을 방문하여 65세 이상 노인 10명을 대상으로 예비조사를 하였으며, 이를 토대로 발견된 설문지의 문제점을 보완하여 2018년 10월 중 설문조사를 진행하였다. 설문조사는 연세대학교 건강도시연구센터 연구원 3명, 상지대학교 사회복지학과 학생 3명이 조사하여, 총 119부가 조사되었다. 부실 개재된 것을 제외하여 117부를 최종 분석 자료를 통계 분석에 사용하였다.

개발한 설문지의 커뮤니티케어 요구도 문항의 신뢰도 지수인 Cronbach's alpha 값은 0.866으로 신뢰도가 높았다. 수집된 자료는 통계프로그램 SPSS 25.0을 사용하여 빈도분석과 One-way ANOVA를 실시하였다.

3. 윤리적 고려

본 연구는 연세대학교 원주캠퍼스 생명윤리심의위원회의 승인(관리번호: 10418949-201810-SB-094-03)을 받았다.

Ⅳ. 분석결과

1. 조사자 특성 및 교통환경

본 연구는 강원도 한 농촌 지역의 커뮤니티케어 요구도 조사를 파악하기 위하여 강원도 원주시 흥업면에 위치한 경로당을 이용하는 65세 이상 노인을 대상으로 설문을 하였다. 조사대상자의 성별은 남자 24명(20.5%), 여자 91명(77.8%), 결측 2명(1.7%)이었으며, 연령을 범주화하여 보았을 때, 65세-69세 9명(7.7%), 70세-79세 61명(52.1%), 80세 이상 47명(40.2%)이었다. 거주지역은 흥업리 35명(29.9%), 사제리 30명(25.6%), 대안리 24명(20.5%), 매지리 28명(23.9%)이었다.

주거형태는 자가 92명(78.6%), 월세 11명(9.4%), 기타 10명(8.5%), 전세 3명(2.6%), 결측 1명(0.9%) 순이었으며, 기타의견으로 자녀의 집 4명, 정부 지원 주택 4명, 무응답 2명이었다.

〈표 2〉 일반적 특성

항목		응답자수 (명)	백분율 (%)
성별	남	24	20.5
	여	91	77.8
	결측	2	1.7
거주 지역	흥업리	35	29.9
	사제리	30	25.6
	대안리	24	20.5
	매지리	28	23.9
연령	65-69세	9	7.7
	70-79세	61	52.1
	80세 이상	47	40.2
주거 형태	자가	92	78.6
	전세	3	2.6
	월세	11	9.4
	기타	10	8.5
	결측	1	0.9

흥업면 행정복지센터와 연결되는 흥업면의 버스노선은 총 8개로, 매지리에서 연결되는 버스노선은 3개, 대안리에서 연결되는 버스노선은 1개, 사제리에서 연결되는 버스노선은 1개이며, 해당 노선의 정보는 〈표 3〉과 같다.

〈표 3〉 흥업면 행정복지센터 연결 버스노선

버스 번호	버스 방문 지역				운행 횟수	배차 간격
	흥업리	사제리	대안리	매지리		
8	O	X	X	X	9.5	80분
9	O	X	X	X	9.5	80분
30	O	X	X	O	30	25분
31	O	X	X	O	28	40분
33	O	O	X	X	5	1일 5회
34	O	X	X	O	71	20분
35	O	X	O	X	5	1일 5회
51	O	X	X	X	52	15분

자료: 원주시 교통정보센터 홈페이지, 원주시 버스정보안내

버스의 노선을 살펴보면 흥업면 행정복지센터와 연결되지만 배차간격이 크고, 노선의 수가 적었다. 또한, 흥업면의 모든 지역을 커버하지 못하는 것으로 보인다. 특히 사제리와 대안리를 지나는 버스는 운행횟수와 배차간격이 열악한 것으로 나타났다.

흥업면에 거주하는 노인들의 커뮤니티케어 서비스(보건, 의료, 복지 서비스)를 이용하기 위하여 사용하는 교통수단을 살펴보면 〈표 4〉와 같다.

〈표 4〉 커뮤니티케어 서비스(보건, 의료, 복지) 이용 시 사용하는 교통수단

구 분		지역				합계
		흥업리	사제리	대안리	매지리	
보건 서비스	자가용	6	0	7	7	20
	대중교통	2	12	11	18	43
	도보	20	13	3	3	39
	택시	4	3	2	0	9

	자전거	0	0	0	0	0
	기타	2	2	1	0	5
의료 서비스	자가용	6	1	8	5	20
	대중교통	10	20	12	20	62
	도보	16	1	1	2	20
	택시	2	5	2	1	10
	자전거	0	0	0	0	0
	기타	1	3	1	0	5
복지 서비스	자가용	2	0	4	6	12
	대중교통	8	9	11	18	46
	도보	17	18	3	2	40
	택시	1	1	2	1	5
	자전거	0	1	0	0	1
	기타	1	1	2	0	4

보건서비스 이용 시 사용하는 교통수단은 대중교통, 도보, 자가용, 택시, 기타 순으로 나타났으며, 기타의견으로는 이웃 주민의 자동차 1명, 오토바이 1명, 전동휠체어 1명으로 나타났다.

의료서비스 이용 시 사용하는 교통수단은 대중교통, 자가용, 도보, 택시, 기타 순으로 나타났으며, 기타의견으로 가족의 자동차 2명, 오토바이 1명으로 나타났다.

복지서비스 이용 시 사용하는 교통수단은 대중교통, 도보, 자가용, 택시, 기타, 자전거 순이었으며, 기타의견으로 오토바이 1명, 전동휠체어 1명으로 나타났다.

2. 흥업면의 커뮤니티케어 서비스 요구도

흥업면의 커뮤니티케어 서비스 요구도는 보건 서비스의 예방접종 서비스와 의료서비스의 치료서비스의 요구도가 가장 높았으며, 장기요양 서비스의 시설입소 서비스가 가장 낮은 요구도를 보였다.

〈표 5〉 커뮤니티케어 서비스 요구도

서비스종류		평균	표준편차	순위
보건	예방접종	4.03	1.12	1
	건강검진	3.92	1.18	5
	운동교육	3.39	1.29	7
	보건교육	3.61	1.32	6
의료	진료 상담	4.02	1.10	3
	치료	4.03	1.15	1
	약 조제	3.97	1.15	4
	정신건강 상담	3.00	1.48	12
사회 복지	직업지원	2.69	1.50	14
	문화활동	3.23	1.40	8
	가사지원	2.36	1.33	16
	장례지원	3.02	1.40	11
장기 요양	방문간호	2.53	1.44	15
	방문목욕	2.15	1.25	18
	방문요양	2.25	1.33	17
	시설입소	1.94	1.16	20
생활 지원	안부확인	2.78	1.48	13
	주거제공	2.15	1.24	18
	친구지원	3.15	1.37	10
	식사지원	3.21	1.47	9

3. 지역별 커뮤니티케어 서비스 요구도 차이

1) 보건 서비스

지역별 보건 서비스 요구도 차이를 분석한 결과는 〈표 6〉과 같다.

예방접종 서비스 요구도는 사제리 4.37±0.69, 매지리 4.32±0.67, 대안리 3.75±1.35, 흥업리 3.67±1.24 순이었으며, 지역별 예방접종 서비스 요구도 차이는 통계적으로 유의하였다($P<0.05$).

건강검진 서비스 요구도는 매지리 4.43±0.54, 대안리 4.04±1.30, 사제리

3.90±1.18, 흥업리 3.42±1.34 순이었으며, 지역별 건강검진 서비스 요구도 차이는 통계적으로 유의하였다(P〈0.01).

〈표 6〉 지역에 따른 보건서비스 요구도 차이

구 분			n	평균 (표준편차)	F (p-value)
보건	예방 접종	흥업리	33	3.67 (1.24)	3.396 (0.020) *
		사제리	30	4.37 (0.96)	
		대안리	24	3.75 (1.35)	
		매지리	28	4.32 (0.67)	
	건강 검진	흥업리	33	3.42 (1.34)	4.023 (0.009) **
		사제리	30	3.90 (1.18)	
		대안리	24	4.04 (1.30)	
		매지리	28	4.43 (0.54)	
	운동 교육	흥업리	33	3.18 (1.21)	2.274 (0.084)
		사제리	30	3.87 (1.27)	
		대안리	24	3.46 (1.44)	
		매지리	27	3.07 (1.17)	
	보건 교육	흥업리	33	3.58 (1.20)	1.296 (0.279)
		사제리	30	3.97 (1.29)	
		대안리	24	3.58 (1.44)	
		매지리	28	3.29 (1.38)	

* p〈.05, **p〈.01, *** p〈.001

2) 의료 서비스

지역별 의료 서비스 요구도 차이를 분석한 결과는 〈표 7〉과 같다. 조사결과 통계적으로 지역별 의료 서비스 요구도 차이가 유의한 서비스는 없었다.

〈표 7〉 지역에 따른 의료서비스 요구도 차이

구 분			n	평균 (표준편차)	F (p-value)
의료	진료 상담	흥업리	34	3.82 (1.19)	0.885 (0.451)
		사제리	30	4.10 (1.06)	
		대안리	24	3.92 (1.06)	
		매지리	28	4.25 (1.07)	
	치료	흥업리	34	3.76 (1.18)	1.749 (0.161)
		사제리	29	4.17 (1.16)	
		대안리	24	3.83 (1.23)	
		매지리	28	4.36 (0.98)	
	약 조제	흥업리	34	3.79 (1.29)	0.493 (0.688)
		사제리	29	4.03 (1.05)	
		대안리	24	3.96 (1.19)	
		매지리	28	4.14 (1.07)	
	정신 상담	흥업리	34	3.18 (1.50)	1.319 (0.272)
		사제리	30	2.60 (1.49)	
		대안리	24	3.33 (1.27)	
		매지리	28	3.00 (1.48)	

3) 장기요양 서비스

지역별 장기요양 서비스 요구도 차이를 분석한 결과는 〈표 8〉과 같다.

방문간호 서비스 요구도는 흥업리 3.09±1.31, 대안리 2.46±1.50, 사제리 2.31±1.53, 매지리 2.11±1.31 순이었으며, 지역별 방문간호 서비스 요구도 차이는 통계적으로 유의했다($P<0.05$).

방문목욕 서비스 요구도는 흥업리 2.63±1.21, 대안리 2.33±1.49, 사제리 1.86±1.27, 매지리 1.68±0.77 순이었으며, 지역별 방문목욕 서비스 요구도 차이는 통계적으로 유의했다($P<0.05$).

시설입소 서비스 요구도는 흥업리 2.40±1.24, 대안리 2.21±1.38, 사제리 1.70±1.05, 매지리 1.39±0.56 순이었으며, 지역별 시설입소 서비스 요구도 차이는 통계적으로 유의했다($P<0.01$).

〈표 8〉 지역에 따른 장기요양 서비스 요구도 차이

구 분			n	평균 (표준편차)	F (p-value)
장기요양	방문간호	흥업리	35	3.09 (1.31)a	2.895 (0.038) *
		사제리	29	2.31 (1.53)a	
		대안리	24	2.46 (1.50)a	
		매지리	28	2.11 (1.31)a	
	방문목욕	흥업리	35	2.63 (1.21)b	3.995 (0.010) *
		사제리	29	1.86 (1.27)a,b	
		대안리	24	2.33 (1.49)a,b	
		매지리	28	1.68 (0.77)a	
	방문요양	흥업리	35	2.69 (1.23)	2.524 (0.061)
		사제리	29	2.07 (1.51)	
		대안리	24	2.33 (1.40)	
		매지리	28	1.82 (1.05)	
	시설입소	흥업리	35	2.40 (1.24)b	5.278 (0.002) **
		사제리	30	1.70 (1.05)a,b	
		대안리	24	2.21 (1.38)a,b	
		매지리	28	1.39 (0.56)a	

* p〈.05, **p〈.01, *** p〈.001

4) 사회복지 서비스

지역별 사회복지 서비스 요구도 차이를 분석한 결과는 〈표 9〉과 같다. 조사결과 통계적으로 지역별 사회복지 서비스 요구도 차이가 유의한 서비스는 없었다.

〈표 9〉 지역에 따른 사회복지 서비스 요구도 차이

구 분			n	평균 (표준편차)	F (p-value)
복지	직업지원	흥업리	35	2.60 (1.21)	1.391 (0.249)
		사제리	30	3.13 (1.63)	
		대안리	24	2.67 (1.43)	
		매지리	28	2.36 (1.68)	
	문화	흥업리	35	3.26 (1.31)	1.291 (0.281)

	활동	사제리	30	3.60 (1.40)	
		대안리	24	3.13 (1.51)	
		매지리	28	2.89 (1.39)	
	가사 지원	흥업리	35	2.34 (0.99)	0.721 (0.542)
		사제리	29	2.55 (1.50)	
		대안리	24	2.50 (1.53)	
		매지리	28	2.07 (1.35)	
	장례 지원	흥업리	35	3.34 (1.25)	1.984 (0.120)
		사제리	29	2.52 (1.40)	
		대안리	24	3.17 (1.43)	
		매지리	28	3.00 (1.49)	

5) 생활지원 서비스

지역별 생활지원 서비스 요구도 차이를 분석한 결과는 〈표 10〉과 같다.

안부확인 서비스 요구도는 흥업리 3.29±1.31, 대안리 2.92±1.55, 매지리 2.48±1.60, 사제리 2.33±1.34 순이었으며, 지역별 안부확인 서비스 요구도 차이는 통계적으로 유의하였다(P〈0.05).

주거제공 서비스 요구도는 흥업리 2.57±1.19, 대안리 2.38±1.37, 사제리 1.83±1.17, 매지리 1.74±1.09 순이었으며, 지역별 주거제공 서비스 요구도 차이는 통계적으로 유의하였다(P〈0.05).

친구제공 서비스 요구도는 사제리 3.63±1.21, 대안리 3.29±1.57, 흥업리 3.11±1.18, 매지리 2.52±1.42 순이었으며, 지역별 친구제공 서비스 요구도 차이는 통계적으로 유의하였다(P〈0.05).

〈표 10〉 지역에 따른 생활지원 서비스 요구도 차이

구 분			n	평균 (표준편차)	F (p-value)
생활 지원	안부 확인	흥업리	35	3.29 (1.31)	2.83 (0.041) *
		사제리	30	2.33 (1.34)	
		대안리	24	2.92 (1.55)	
		매지리	27	2.48 (1.60)	

주거 제공	흥업리	35	2.57 (1.19)	3.415 (0.020) *
	사제리	30	1.83 (1.17)	
	대안리	24	2.38 (1.37)	
	매지리	27	1.74 (1.09)	
친구 지원	흥업리	35	3.11 (1.18)	3.412 (0.020) *
	사제리	30	3.63 (1.21)	
	대안리	24	3.29 (1.57)	
	매지리	27	2.52 (1.42)	
식사 지원	흥업리	35	3.20 (1.34)	1.702 (0.171)
	사제리	30	3.67 (1.34)	
	대안리	24	3.08 (1.50)	
	매지리	27	2.81 (1.64)	

* p<.05, **p<.01, *** p<.001

V. 결론

흥업면의 커뮤니티케어 도입을 위한 교통환경을 조사한 결과, 커뮤니티케어 중심 시설인 흥업면 행정복지센터까지 접근 교통 노선이 부족하였다. 특히, 사제리와 대안리의 버스노선은 1일 5회 배차로 부족하였다. 버스노선의 부족과 배차시간 등으로 인한 접근성의 문제가 큰 것으로 나타났다.

흥업면의 커뮤니티케어 수요조사 결과 보건서비스의 예방접종, 의료서비스의 치료 서비스가 가장 높은 요구도를 보였으며, 다음으로 의료서비스의 진료상담서비스가 높은 요구도를 보였다. 결론적으로, 흥업면의 커뮤니티케어 도입을 위해서는 교통망 증설 및 교통체계 개선이 우선 적으로 필요하며, 커뮤니티케어 수요 충족을 위하여 예방접종 및 진료상담 서비스가 우선사업으로 나타났다.

VI. 토의

본 연구는 농촌 지역의 경로당 이용 65세 이상 노인의 지역별 커뮤니티케어

서비스 요구도 차이를 파악하기 위해 22곳의 경로당을 방문하여 65세 이상 노인을 대상으로 설문조사 하였다. 또한, 지역적 특성을 확인하기 위하여 버스노선과 커뮤니티케어 서비스 시설을 조사하였다.

연구결과 흥업면의 커뮤니티케어 서비스 요구도가 높은 서비스는 보건 서비스 중 예방접종, 의료 서비스 중 치료로 나타났다. 이는 류애영(2007)의 연구결과인 경북 칠곡지역 노인의 의료서비스 요구도가 높은 것과 유사하게 나타났다. 하지만, 방문요양 서비스가 높은 연구결과(원은숙, 2005; 원은숙 et al., 2007)와는 다른 결과를 보였다. 이는 흥업면의 노인들이 거주하는 주택이 노후되어 의료·복지 요원이 집으로 오는 방문요양 서비스보다 직접 의료·복지 요원을 만나는 보건, 의료 서비스를 선호하는 것으로 보이며, 흥업면의 경우 자가주택이 많은 것으로 나타나 주택제공 서비스보다 주택수리 서비스를 추진해야 할 것으로 보인다. 또한, 보건, 의료 서비스의 수요도는 높지만, 보건·의료기관 이용 시 대중교통을 이용하는 것에 반해 교통수단이 열악한 것으로 나타나 흥업면에서 커뮤니티케어 서비스 추진 시에 대중교통 강화 사업을 진행해야 할 것이다. 대중교통 서비스가 불편하면 병원 방문빈도가 낮아지며 건강상태가 나빠진다는 연구결과(Arcury et al., 2005; Chan et al., 2006; Bello et al., 2012; 이유진, 김의준, 2015)에 따라 커뮤니티케어 서비스 추진 시 대중교통을 개선하면 주민들의 건강상태도 좋아질 것으로 보인다.

또한, 지역별 커뮤니티케어 요구도의 정도가 다른 서비스가 있는 것으로 나타나 지역, 개인별 맞춤형 커뮤니티케어의 필요성이 보인다. 맞춤형 커뮤니티케어를 위해서는 2018년 11월 20일에 발표된 커뮤니티케어 기본안과 기존연구(히라노 다카유키, 2006; 김찬우, 2013; 김원경, 2014; 오은환, 2017; 유은정, 2018)의 결과의 내용과 같이 지역사회 자원을 이용하고, 주민들의 참여를 독려하며 분절화 된 커뮤니티케어 서비스들을 통합해야 할 것이다.

본 연구는 강원도 한 농촌 지역의 경로당 이용 65세 이상 노인을 한정하여 거동이 불편하거나 요양시설을 이용하고 있는 노인을 포함하지 않았다. 추후 연구에서는 다양한 환경의 노인을 대상으로 조사하여 보완하여야 할 것이다.

참고문헌

고양시. (2014). 제3기 2015~2018년 고양시 지역사회복지계획.

공공데이터포털. (https://www.data.go.kr/).

공선희. (2015). 영국의 커뮤니티케어 정책의 역사적 변천과 쟁점: 노인케어의 혼합경제를 중심으로, 「한국노년학」, 35(1): 79-98.

공선희. (2015). 영국 캐머런 연립정부의 '큰 사회(Big Society)' 정책과 사회 서비스의 변화: 노인돌봄을 중심으로. 「유럽연구」, 33(3): 25-56.

김용득. (2006). 영국 커뮤니티케어와 이용자 참여 기제, 「월간복지동향」, 87: 12-16.

김원경. (2014). 지역포괄케어시스템의 구축배경과 추진방향. 「장기요양연구」 2(1). 6-31.

김찬우. (2013). 노인장기요양보험제도 실행에서의 한국형 케어매니지먼트 도입에 관한 고찰. 「보건사회연구」. 33(2), 219-242.

국민건강보험공단·(사)건강복지정책연구원. (2017). 고령사회를 대비한 노인의료비 효율적 관리방안.

노다히로. (2016). 일본에서의 『주민 중심의 지역 포괄 케어』의 실천 사례연구. 의료와사회, 3: 230-238.

노지화. (2005). 일본 노인보건시설의 이용실태에 관한 연구-개호보험 실시이후 입·퇴소현상을 통해서-. 대한건축학회 논문집 - 계획계, 21(3): 31-38.

니키류·정형선 편역. (2018). 지역포괄케어와 지역공생사회 일본의 커뮤니티케어. 북마크.

류애영. (2007). 농촌노인의 보건의료·복지통합서비스 욕구에 관한 연구 -경북 칠곡군을 중심으로- 계명대학교 정책대학원 석사학위논문.

도쿄도 이타바시구 홈페이지 - (http://www.city.itabashi.tokyo.jp/c_kurashi/079/079274.html) 2018. 11. 26. 접속

무토 마사키 저·남은우·정승용·김소형·신정우 역. (2018). 커뮤니티케어 일본의 의료와 개호. 계축문화사.

박기남. (2011). 영국의 노인 돌봄 정책과 시민사회 자원조직의 역할. 「한국사

회정책」. 18(1): 121-145.
보건복지부. (2018.3.12.). “재가·지역사회 중심으로 사회 서비스 제공” 커뮤니티케어(Community Care) 본격 추진.
보건복지부. (2018.6.7.). 커뮤니티케어 추진방향.
보건복지부. (2018.11.20.). -1단계:노인 커뮤니티케어 중심-『지역사회 통합돌봄 기본계획(안)』.
보건복지부. (2018). 2017 노인실태조사.
서보경·서은해. (2016). 한국형 재가노인복지서비스의 지역포괄케어시스템 구축을 위한 탐색적 연구 –일본 와코시 사례를 중심으로 -.「사회복지정책과 실천」. 2(1): 85-122.
오영란. (2016). 일본 노인장기요양서비스정책의 분석과 시사점: 지역포괄케어를 중심으로.「노인복지연구」. 71(4): 143-176.
오은환. (2017). 지역포괄케어에서 공생사회로의 전환.「지역발전연구」, 26(2): 71-88.
우국희. (2006). 영국 재가노인보호서비스 공급확대를 위한 민간영리부문의 참여와 한국에의 시사점.「노인복지연구」32: 223-245.
원은숙·김춘배·장세진·박종구·현숙정. (2007). 농촌지역 보건소 중심의 노인통합보건의료서비스 필요도.「농촌의학·지역보건」32(1), 27-39.
원은숙. (2005). 보건소 중심의 노인 통합보건의료서비스 필요도. 연세대학교 대학원 의학과 석사학위논문.
원주시 교통정보센터 홈페이지 - (http://its.wonju.go.kr/map/BusMap.do). 2018. 11. 26. 접속.
원주시 버스정보안내 홈페이지 - (http://its.wonju.go.kr/moBusroute/mBusTimetable.do). 2018. 11. 26. 접속.
유은정. (2018). 한국형 커뮤니티케어와 일본의 지역포괄케어: 일본 도쿄도 사례중심으로. 한국건강증진개발원. Khealth Issue. 53.
이가옥·우국희. (2005). 영국의 케어 제공자에 관한 정책 연구 : 보호자 권리와 유급고용의 질 강조.「한국사회복지학」57(2): 185-204.

이건세. (2018). 일본의 지역포괄 케어와 커뮤니티케어의 과제. 「월간 복지동향」, 238: 19-27.

이규식. (2016). 한국의 노인의료 및 장기요양 서비스 제공체계의 발전과 개혁 방향. 제 11회 연세대학교-일본복지대 한·일 정기 심포지엄. 연세대학교의료복지연구소.

이유진·김의준. (2015). 의료시설 접근성과 대중교통 접근성이 농촌 및 도시 지역 거주 노인의 주관적 건강상태에 미치는 영향 분석 – 일반화된 순서형 로짓 모형의 이용 - . 「한국지역개발학회지」, 27(1), 65-88.

임정미. (2018). 일본의 지역포괄케어시스템: 지역포괄지원센터를 중심으로. 「국제사회보장리뷰」. 5: 67-77.

찾기 쉬운 생활법령정보시스템(http://easylaw.go.kr)

통계청. (2018). 2017 고령자 통계.

통계청. (2018). 장래인구 추계.

평택시. (2012). 2011 평택시 사회복지욕구조사.

한국생산성본부. (2015). 초고령사회 진입에 대비한 지역정책 발전방향.

한국개발연구원. (2010). 노인장기요양보험의 현황과 과제.

한창완, Toshihiro Fukushima, Masafumi Ide & Etsuo Horikawa. (2011). 일본의 이용자 선택제도와 사회서비스 제공주체 구성 변화에 대한 연구-노인요양서비스와 장애인복지서비스에 대한 분석을 중심으로. 「사회서비스연구」. 2(2): 141-169.

황정선. (2010). 노인장기요양시설 이용자 실태분석, 「소비자정책동향」, (15), 한국소비자원.

행정안전부. 주민등록 인구통계. 2018.08.

히라노 다카유키. (2006). 일본의 고령화 사회에서의 지역케어 정책. 제 1회 연세대학교-일본복지대 한·일 정기 심포지엄. 연세대학교의료복지연구소.

히라노 다카유키. (2016). 일본 지역포괄케어시스템의 진화. 제 11회 연세대학교-일본복지대 한·일 정기 심포지엄. 연세대학교의료복지연구소.

히라노 다카유키. (2018). 지역공생사회 정책화와 지역복지. 제 13회 연세대학교-일본복지대 한·일 정기 심포지엄. 연세대학교의료복지연구소.

흥업면 행정복지센터 홈페이지. (http://www.wonju.go.kr/heungeop/index.do).

Arcury, T. A., Gesler, W. M., Preisser, J. S., Sherman, J., Spencer, J., & Perin, J. (2005). The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. Health services research, 40(1), 135-55.

Aminu K. Bello Brenda Hemmelgarn Meng Lin Braden Manns Scott Klarenbach Stephanie Thompson Matthew James Marcello Tonelli. (2012). Impact of remote location on quality care delivery and relationships to adverse health outcomes in patients with diabetes and chronic kidney disease. Nephrology dialysis Transplantation. 27(10), 3849-3855.

Chan, L. , Hart, L. G. and Goodman, D. C. (2006), Geographic Access to Health Care for Rural Medicare Beneficiaries. The Journal of Rural Health, 22, 140-146.

Counsle and Care. (2010). Community Care: understanding the system in England.

Filinson. (1998). The impact of the Community Care Act: view from the independent sector. Health and Social Care in the Community, 6(4): 241-250.

Graham Thornicroft.(1994). The NHS and Community Care Act, 1990: Recent government policy and legislation. Psychiatric Bulletin.

J Harris & Y-C Chou. (2001). Globalization or glocalization? Community care in Taiwan and Britain. European Journal of Social Work. 4(2): 161-172.

Mathew D. (2004). Commissioning home care: Changing Practice: Delivering Quality?. United Kingdom Home Care association (UKHCA).

Means R, Morbey H & Smith R. (2002). From community care to market care?: The development of welfare services for older people. Bristol University Press.

NHS. (2005). community care Statistics 2004: Home care services for adults, England. London: National Health Service.

NHS. (2009). community care Statistics 2004: Home care services for adults, England. London: National Health Service.

Pavolini E, Ranci C. (2008). Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. Journal of European Social Policy. 18: 246-259.

Peter Scourtfield. (2007). Social Care and the Modern Citizen: Client, Consumer, Service User, Manager and Entrepreneur. British Journal of Social Work. 37: 107-122.

Rees. (1999). Modernising the Social Care Workforce—The First National Training Strategy for England. Topss England.

Takao Suzuki. (2006). 일본 개호예방실시-동경도 사례와 일본의 동향, 21세기 지역노인복지사회안전망 구축방안. 2006년도 노인복지정책방향에 관한 국제 세미나 자료집.

岡田節子· 黃京蘭. (2008). 일본의 개호보험제도와 케어매니지먼트. 한국케어매니지먼트학회 1: 167-168.

東洋大学福祉社会開発研究センター. (2011). 地域におけるつながり・見守りのかたち—福祉社会の形成に向けて. 中央法規.

Abstract

A Study on the Traffic Environment and Need Assessment of Community Care for the Elderly in Gangwon Province

Jaewon Lee
Yonsei University, Korea

Eun Woo Nam
Yonsei University, Korea

The purpose of this study is a determination of the factors associated to difficulties in access to health, medical, and welfare services among elderly person in the rural area of Gangwon province and identify community care service need assessment and traffic environment. Study provides information for design of community care service in rural areas.

To fulfill the study, community survey was conducted among 117 elderly people who used services of senior citizen center located in Heungeop-myeon, Wonju City, One-way ANOVA analysis were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 version.

Need assessment of community care services were high in case of vaccination, and medical service. There was a difference between personal attribute of elderly person and area of living. Also, traffic services were lacking in case of Heungeop community center which is main facility to provide community care services.

[Key Words: Community care, Rural area, Need assessment, Transportation, Personalized]

논문접수일: 2019년 1월 16일
논문수정일: 2019년 4월 10일
게재확정일: 2019년 8월 27일

제1저자(주저자): 이재원(Lee, Jaewon)은 연세대학교에서 보건행정학 석사학위(2019)를 취득하였으며, 현재 연세대학교 의료복지연구소 건강도시연구센터의 연구원이다. 주요 관심분야는 커뮤니티케어, 보건행정, 국제보건 등이다(wowlifehappy2@gmail.com).

제2저자(교신저자): 남은우(Nam, Eun Woo)는 일본 Toho University에서 의학박사학위를 취득하였고, 연세대학교 보건행정학과 교수로 재직 중이다. 현재 연세대학교 의료복지연구소 건강도시연구센터(2005년 설립)의 센터장을 역임하고 있다. 주요 관심 분야는 보건행정, 커뮤니티케어, 건강도시, 국제보건 등이다. 주요 저서로는 건강증진학(2015), 커뮤니티케어:일본의 의료와 개호(2018), 오키나와 커뮤니티케어 리포트(2018) 등이 있으며, 주요 논문으로는 건강도시 양구의 아토피 없는 지역 만들기 프로젝트 사례 연구 : 3년간의 성과(2013), 건강도시에 대한 국내 연구동향 분석(1990-2014)(2015), Empowerment for Healthy Cities and Communities in Korea(2014) 등이 있다(ewnam@yonsei.ac.kr).