

# 노인 돌봄의 연속성 측면에서 바라본 의료·보건·복지 서비스의 이용과 연계

전 용 호

(인천대학교)

커뮤니티케어가 중요한 정책으로 시행되면서 노인의 욕구 변화에 따라 맞춤형으로 적합한 서비스를 제공하는 것이 중요해지고 있다. 본 연구의 목적은 노인 돌봄의 연속성 측면에서 의료·보건·복지 영역의 서비스가 노인의 욕구 변화에 따라 적절하게 제공되고, 필요한 서비스의 연계가 이뤄지는 지를 탐색적으로 분석하는데 있다. 이를 위해 문헌고찰과 소규모 면담을 실시했다. 본 연구결과에 따르면, 의료·보건·복지의 각 영역에서 노인의 욕구 변화에 따른 적절한 서비스가 제공되지 않고, 영역 간에 서비스의 적절한 연계가 이뤄지지 않는 것으로 나타났다. 구체적으로, 의료 영역은 만성질환의 예방과 관리를 하는 지역단위 시스템이 제대로 구축되지 않았다. 보건 영역은 보건소가 저소득층 중심의 방문돌봄 서비스를 제공하는데 그치고 있고, 재가에서 이용 가능한 간호서비스가 취약하고 만성적인 간호인력 부족 문제를 겪는 것으로 나타났다. 복지 영역은 저숙련의 가사수발 중심의 서비스 위주로 제공되고, 서비스 급여량이 적어서 노인의 욕구 충족에 한계가 있다. 이와 함께, 공급주체의 영리추구 경향, 분절화된 전달 체계, 연계를 위한 정부의 미흡한 역할 등으로 인해 의료·보건·복지의 각 영역 내 및 영역 간에 서비스의 연계가 매우 미흡한 것으로 나타났다.

주요 용어: 장기요양, 노인, 커뮤니티케어, 돌봄의 연속성

이 논문은 2017년 한국노인복지학회 춘계학술대회에서 발표한 논문을 대폭 수정한 것임.

■ 투고일: 2018.4.30    ■ 수정일: 2018.9.20    ■ 게재확정일: 2018.9.27

## I. 서론

정부가 커뮤니티케어(community care, 지역사회보호)를 중요한 정책 아젠다로 제시하면서(보건복지부, 2018) 보건의료와 복지 서비스에 대한 관심이 커지고 있다. 커뮤니티케어가 강조되는 것은 그간 아동, 노인, 장애인 등을 위한 의료, 보건, 복지 영역 등에서 다양한 서비스가 제도화되면서 대상자의 욕구에 맞는 포괄적이고 통합적인 서비스를 제공하는 시스템을 구축할 필요성이 커졌기 때문이다. 특히, 노인인구가 늘면서 탈시설화를 통한 의료비용 급증에 대응하고 노인 희망대로 최대한 집과 지역사회에서 노후를 보낼 수 있는 실질적인 여건을 조성하는 것이 중요해졌다(보건복지부, 2018).

그간 정부는 노인을 위한 의료·보건·복지 서비스의 중요성을 인식하고 서비스를 확대했다. 의료서비스의 보장성을 꾸준히 늘렸고 병원과 의원의 양적확대를 통해 접근성을 제고했다(정경희 등, 2016). 보건소의 만성질환 관리와 영양 등 건강증진사업을 확대했고, 지역 맞춤형 서비스 제공을 위해 각 보건소의 자율성을 강화했다(김동진, 2017). 복지영역도 노인장기요양보험, 노인돌봄종합서비스, 노인돌봄기본서비스 등 여러 서비스를 확대 제공되고, 치매국가 책임제 실시로 치매노인의 돌봄도 중요해지고 있다(전용호, 2017).

노인을 위한 의료·보건·복지 서비스가 늘어나면서 ‘돌봄의 연속성(continuum of care)’이 중요한 개념으로 부상하고 있다(Liebowitz & Brody, 1970). 이 개념은 여러 가지로 정의되지만 본 연구는 노인의 기능과 욕구 상태의 변화에 대응해서 개별 노인에게 맞춤형으로 서비스가 적절하게 제공되는 것으로 정의할 수 있다(정경희 등, 2016; 김남순 등, 2017). 여기에서 적절성은 여러 측면에서 논의될 수 있는데 노인의 다양한 욕구 충족에 필요한 사항으로 적절한 종류의 ‘서비스’, ‘전달체계’, ‘제공인력’, ‘서비스 품질’, ‘자격기준’ 등이 해당된다(박세경 등, 2015; 정경희 등, 2016). 특히, 노인은 고령이 되면서 노쇠해지거나 각종 만성질환 등으로 인해 욕구의 변화와 그에 따른 서비스가 필요해지는 것이 일반적으로 경험하는 과정이라는 점을 감안할 때, 돌봄의 연속성은 중요하다. 만약에 돌봄의 연속성이 담보되지 않고 노인 욕구에 부적합한 서비스가 분절적으로 제공된다면, 노인이 시설에 입소하지 않고 최대한 집과 지역사회에서 삶을 누릴 수 있는 커뮤니티케어의 실현은 현실적으로 어려울 것이다. 따라서, 돌봄의 연속성은 커뮤니티케어가 현장차원에서 제대로 실현되기 위한 중요한 사항이다.

지금까지의 연구는 주로 의료, 보건, 복지의 '각 영역 내에서 서비스 제공이나 전달체계 등이 이뤄졌다. 그러나, 노인의 입장에서 복합적인 욕구를 충족하는데 필요한 의료·보건·복지 영역의 서비스를 종합적으로 다루면서 돌봄의 연속성의 측면에서 분석한 연구는 거의 없다. 1990년대 후반에 보건복지사무소 시범사업이 사실상 실패한 이후에 연계나 통합의 이슈는 일부 지자체에서만 시도됐고 중앙정부의 중요 정책으로 다뤄지지 않았다(박세경 등, 2015). 물론 최근에 보건의료와 복지의 양 영역 간에 연계를 시도하는 연구가 일부 이뤄졌다(예, 윤영호 등, 2014; 박세경 등, 2015; 황도영 등, 2016; 김남순 등, 2017). 그러나, 이 연구들도 의료·보건·복지의 세 영역의 서비스를 종합적으로 진단하지 못한 한계는 여전하다.

이같은 맥락에서 본 연구의 목적은 노인 돌봄의 연속성 측면에서 의료·보건·복지의 서비스가 노인에게 적절히 제공되는지를 탐색적으로 분석하는데 있다. 이를 위해 건강한 노인부터 시설에 입소한 중증의 노인까지 서비스 영역별로 노인을 네 집단으로 구분하는 '분석틀'을 만들어서, 주요 이슈를 분석했다. 아울러, 소규모 면담을 실시해서 서비스 연계에 대해 파악했다. 본 연구의 질문은 다음과 같다.

첫째, 의료·보건·복지영역의 서비스가 노인 욕구에 맞게 적절하게 제공되는가?

둘째, 의료·보건·복지서비스의 '영역 내와 '영역 간'에 노인 욕구에 맞게 서비스의 연계가 적절히 이뤄지는가?

## II. 이론적 논의와 연구 분석틀

### 1. AIP와 돌봄의 연속성

노인이 집과 지역사회에서 살면서 시설의 입소를 최대한 늦추도록 하는 중요한 개념은 Aging in place(이하 AIP)다. AIP는 한국어로 정확히 표현하기 어려운데 “정주형 주거”, “삶터 요양”, “정들고 익숙한 환경에서 나이듦”과 같은 여러 표현(박영란, 박경순, 2015, p.136)으로 불리고 있다. 본 연구는 AIP를 ‘노인의 지역사회 계속 거주’(이윤경, 강은나 등, 2017, p.24)라는 용어를 사용하고자 한다. 이 용어는 “노인이 익숙한 집

또는 지역사회에서 가능한 한 오랫동안 사람들과의 관계를 유지하면서 생활하는 것”으로 정의된다. 이 정의는 노인이라는 대상을 명시적으로 제시하고, 시간성, 공간성, 관계성 등 AIP가 지향하는 내용에 충실하다. 이 과정에서 노인이 스스로 지역사회 계속 거주를 선택하고, 삶의 통제권을 갖는 것이 보장될 때 실질적인 의미가 있을 것이다(이윤경, 강은나 등, 2017, p.24).

AIP는 기본적으로 서구에서 나온 개념으로 기존의 시설화 정책에 대한 반성에서 비롯됐다(Vasunilashorn et al., 2012). 요양시설이나 병원에 노인을 입소시켜서 각종 서비스를 제공했지만 노인과 장애인의 자율성에 측면에서 삶의 질이 훼손되고 과도한 의료처방과 사회적 입원 등으로 건강 악화와 학대 등의 문제가 지속적으로 제기됐기 때문이다. 국가 입장에서도 입소시설 운영 및 서비스 비용이 갈수록 부담이 되었다. 이를 개선하기 위해 영국을 비롯한 서구 국가들은 ‘탈시설화(de-institutionalisation)’를 국가정책으로 적극 추진했고 노인이 재가와 지역사회에서 최대한 거주하도록 커뮤니티케어 시스템 구축을 위해 노력했다.

AIP는 대부분의 노인들이 시설에 입소하는 것을 싫어하거나 심지어 두려워하고, 독립성과 자율성을 유지하면서 집에서 살수 있다는 측면에서 긍정적인 평가를 받았다(Hooyman & Kiyak, 2011). 더욱이 성공적 노화나 적극적 노화의 개념과 연결되면서 노인복지의 중요한 지향점으로 논의되고 있다(이윤경, 강은나 등, 2017). 정부 입장에서도 재가에서 노후를 보내는 것이 국가의 보건과 복지 예산을 절감할 수 있어 바람직한 정책으로 선호되었다(Vasunilashorn et al., 2012).

그러나, AIP가 현실에서 실현되려면 여러 조건이 충족되어야 한다. 노인이 주로 집에서 안전하게 생활하고 욕구 변화에 대응할 수 있도록 주택(housing), 의료, 돌봄 등 여러 서비스가 적절히 제공되어야 한다(Wiles et al., 2011). 노인들도 스스로 AIP의 성공요건으로 이들 서비스와 집의 관리(home maintenance)가 필요하다고 주장한다(Davey, 2006). 주택은 노인의 기능 악화에 대응해서 공동생활주택(congregate housing)과 지역사회주택(community housing)과 같은 새로운 형태의 주택이 발전해 왔다(Vasunilashorn et al., 2012).

이 과정에서 돌봄의 연속성(continuum of care)은 중요한 개념으로 부각됐다. 지난 1970년대부터 노인에게 연속적인 돌봄을 제공하기 위해 필요한 연구와 실천을 통합하기 위한 개념으로 사용되기 시작했다(Liebowitz & Brody, 1970). 지금은 개념의 범위가

확장되어 다양한 세팅에서 활용되는데 인생 주기상 시간, 장소, 돌봄의 수준, 역할, 관계, 삶의 방식 등과 연관되어 활용되고 있다. 본 연구에서는 돌봄의 연속성을 노인의 욕구 변화에 따라 필요한 의료·보건·복지 서비스가 적절하게 제공되어 노인의 복합적인 욕구가 충족되도록 여러 서비스가 연계되는 것을 의미한다(Kerber et al, 2007, p.1359).

본 연구는 노인이 재가와 지역사회에서 계속 거주할 수 있도록 보건의료와 복지 영역의 재가와 지역사회의 서비스를 중심으로 분석하되, 요양병원이나 요양원과 같은 시설에 입소한 노인에게도 적합한 서비스의 제공 여부도 포함해서 분석한다. 왜냐하면 증증이나 말기 상태의 일부 노인은 시설 입소가 불가피하기 때문에 돌봄의 연속성 측면에서 점검하는 것이 필요하다. 노인의 욕구에 따라 적합한 의료, 보건, 복지의 서비스에 대한 접근성과 이용은 노인의 AIP와 커뮤니티케어가 실현되기 위한 가장 기본적인 토대이다(정경희 등, 2016; 우국희, 2017; 이윤경, 강은나 등, 2017). 앞에서 언급한 노인의 계속 거주를 위한 여러 요건을 현실에서 마련하지 못하거나 노인 돌봄의 연속성이 충분히 고려되지 않으면 노인은 적절한 보호를 받지 못하고 오히려 고립, 불편함, 소외, 외로움 등의 우울한 현실에 직면할 수 있기 때문이다(우국희, 2017; 이윤경, 강은나 등, 2017).

## 2. 서구의 의료·보건·복지의 통합적인 커뮤니티케어 구축

서구 선진국에서는 건강한 노화에 정책의 초점을 맞추고 있다. 세계보건기구(WHO, 2015, p.28)는 건강한 노화(healthy ageing)를 “노년기에 행복할 수 있도록 기능적인 능력을 개발하고 유지하는 과정”이라고 정의했다. WHO는 공공 보건 정책의 목표를 세우는 측면에서, 건강한 노화는 단순히 질병의 유무에 있지 않고 생애주기와 기능적인 관점에서 전체적인 방식으로 접근해야 한다고 강조했다. 서구는 건강한 노화를 위해 재가와 지역사회에서 의료서비스를 효과적으로 이용하도록 병원중심의 집중 치료시스템을 ‘지역사회 중심의 통합서비스 시스템’으로 전환했다(최권호, 2015). 집중적인 치료가 필요한 급성기 질환보다는 만성질환이 많은 노인인구가 증가하면서 만성질환의 예방과 관리가 더욱 중요해졌기 때문이다(선우덕, 2016). 만성질환의 체계적 관리는 건강수명을 연장하는 장수의 핵심 기제로 금연, 절주, 운동, 적절한 식습관을 위한 보건교육과 질병예방 시스템의 구축이 중요하다(황나미 등, 2013; 오유미, 2017).

서구의 지역사회중심 통합서비스 시스템은 두 가지 방향으로 이뤄졌다(이규식,

2017). 지역의 주치의(GP)를 중심으로 한 1차 의료기관이 노인의 만성질환 예방과 관리를 위한 상담과 안내를 하고 필요한 서비스를 2차, 3차 의료기관에게 의뢰하는 문지기 역할을 한다. 이와 함께, 의료서비스와 돌봄 서비스를 연계 및 통합(integration of health and social care)해서 최대한 집과 지역사회에서 노인이 의료와 복지서비스를 함께 이용하도록 했다. 기존의 의료·보건·복지간 경계를 허물고 전달체계 간 연계와 통합을 강화했다(Genet et al., 2011). 미국은 1970년대부터 보건과 복지서비스 연계를 포함한 ‘관리 의료(managed care)’를 도입했고(최권호, 2015, p.372), 영국은 1990년대 이후에 NHS(국민보건서비스)의 관리를 지방정부의 권한으로 일부 이양하고 보건과 복지의 ‘조인트 커미셔닝(Joint commissioning)’을 실시하고 보건복지위원회(Health and Well-being Board)를 각 지방에 설치해서 영역간 협조를 도모했다(강창현, 2013).

이 과정에서 노인의 집에 직접 방문해서 각종 보건의료서비스를 제공하는 간호사의 역할이 중요해지고 있다. 핀란드를 비롯한 서구 선진국들은 의사가 수행하던 사정이나 진단 기능의 일부를 간호사에게 이양하고 있다. 집에서 간호사가 병원에서 입원한 것과 비슷하게 다양한 의료와 관련된 서비스를 제공한다(이규식, 2017). 동시에 요양보호사와 같은 돌봄 인력이 일상생활의 신체수발이나 가사서비스를 제공한다. 노인이 병원에 입원하는 기간을 최소화해서 조기 퇴원시키고 의료와 복지서비스를 통합적으로 제공해서 집에서 거주하도록 했다.

### 3. 우리나라 노인의 건강 실태와 의료·보건·복지 서비스 확대

우리나라 국민의 기대수명은 2015년을 기준으로 82.1세로 높은 수준이지만(통계청, 2016), 활동의 제한 기간을 제외한 ‘건강수명’은 73.2세(World Health Organization, WHO, 2016)로 약 9년의 격차가 있다. 한국의 기대수명은 오는 2030년에 여성 90.8세, 남성 84.1세로 세계 최고 수준으로 늘어날 것으로 예상되면서 건강수명 연장이 노인 삶의 질 개선의 관건이 되고 있다(오미영, 2017).

‘2017년 노인 실태조사 결과에 따르면(정경희 등, 2017), 전체 조사 노인의 89.5%가 만성질환이 있고, 1개의 만성질환 보유 노인이 16.5%, 2개 22.0%, 3개 이상도 51.0%로 나타났다. 노인의 우울증상도 전체 조사 노인의 21.1%가 우울증상이 있고, 여성노인(24.0%)이 남성노인(17.2%) 보다 다소 높은 우울증상을 보이고 있다. 65-69세 연령군

의 우울증상은 15.1%, 70-74세 연령군의 18.2%, 75-79세 연령군의 23.6%, 80-84세 연령군의 30.7%, 85세 이상 연령군의 33.1%로 높은 수준을 보였다. 현재 흡연을 하는 노인은 전체 노인의 10.2%로 나타났고, 1주일에 7잔 초과와 알코올을 섭취하는 과음주 노인의 비율은 10.6%다. 노인의 영양관리는 매우 취약한데 39.3%의 노인은 영양관리 주의, 19.5%는 영양관리 개선이 필요했다. 특히 여성노인(22.7%)이 남성노인(15.1%)보다, 연령이 높을수록 (85세 이상 노인 34.6%) 영양관리개선이 필요했다.

노인의 병원, 의원, 보건소, 한의원, 치과 등 보건의료기관의 이용 현황을 살펴보면, 전체 노인의 77.4%가 지난 1개월 동안 의료기관을 이용한 경험이 있고 평균 방문횟수는 2.4회로 나타났다(정경희 등, 2017). 그러나, 지난 1년간 병·의원의 치료(치과제외)가 필요하지만 진료를 받지 못한 노인의 비율도 8.6%나 됐다. 미치료율은 고연령자가 높았는데 85세 이상 연령군이 11.9%로 가장 높다.

이같은 노인의 건강상태에 대응해서 의료·보건·복지 서비스가 지속적으로 확대되고 있다. 첫째, 의료영역은 국민건강보험의 보장성이 확대됐고 진료비 부담을 경감하기 위해 외래진료비 본인부담 정액제가 실시됐다. 국민건강보험공단의 노인 의료비 통계에 따르면, 65세 이상 노인 의료비가 전체 의료비에서 차지하는 비율이 지난 20년간 (1996-2015년) 12.9%에서 37.8%로 약 3배 증가했다(정경희 등, 2016). 같은 기간에 전체 의료비가 7.6% 증가한 것과 비교하면 노인 의료비가 빠르게 늘고 있다. 노인인구의 증가와 의료서비스 접근성이 향상됐기 때문이다.

둘째, 보건 분야도 보건소를 통해 노인은 2년에 1회 일반검진과 암 검진을 받고 있다. 특히 지역사회의 ‘통합건강증진사업’이 발전하면서 지역의 고유한 여건에 맞게 자율적으로 사업을 추진하도록 했다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2017a). 치매관리, 만성질환 관리, 방문건강관리사업 등이 시행되고 있다.

셋째, 사회복지 영역은 후발주자로서 지난 2007년에 노인돌봄종합서비스, 2008년에 노인장기요양보험이 도입되면서 ‘돌봄의 사회화(socialisation of care)’가 본격화 되고 있다(전용호, 2015). 가정봉사원파견사업의 후신인 재가노인지원서비스가 사각지대 노인을 위해 있고, 독거노인의 안부확인을 하는 노인돌봄기본서비스가 제공된다. 등급외자 A, B 경증상태 노인 대상의 노인돌봄종합서비스도 제공되고 있다.

#### 4. 보건의료와 복지서비스의 연계에 대한 선행연구

우리나라는 1995년부터 1999년까지 시범적으로 보건복지사무소를 설치하여 사회복지서비스와 보건의료서비스를 통합하는 시도를 했다. 그러나, 보건과 복지서비스 업무를 담당하는 부서가 각각의 서비스 모델에 의해 분리 운영되면서 통합의 효과는 미흡했고 결국 실패했다(노길희, 김창기, 2008). 이후에 국내에서 보건의료서비스와 사회복지서비스를 연계하려는 시도는 일부 있었으나 전반적으로 미흡했다.

그러나, 최근에 서비스가 확대 제공되면서 연구가 이뤄지고 있다. 먼저, 보건소와 사회복지의 서비스를 지역차원에서 연계하는 연구가 이뤄졌다. 이상영 등(2012)은 사회복지시설에서 보건소 건강증진서비스가 이용자 욕구에 비해 연계는 미흡했지만 사회복지시설 종사자 대다수는 연계의 필요성을 인식하고 있다고 밝혔다. 이를 위해 '지역건강증진위원회'와 포인트 제도를 신설해서 대상자 의뢰나 사례관리에 참여한 민간사회복지기관은 건별로 점수를 주고 재정을 지원하는 방안을 제시했다.

지역의 공공의료기관, 보건, 복지 서비스의 연계 모델 개발도 시도됐다. 윤영호 등(2014)은 세 가지 형태의 통합지원센터 모델을 제시했다. 공통적으로 공공병원 중심의 방안을 제시했는데 초기에는 공공병원의 공공의료팀이 중심이 되어 연계하되, 장기적으로는 사회복지공무원의 파견과 방문보건사업을 병원에서 위탁하는 것을 제시했다. 즉, 1) 공공의료팀 중심모델, 2) 공공의료팀과 사회복지공무원 파견 모델, 3) 공공의료팀, 사회복지공무원, 방문보건사업 위탁 모델을 제시했다.

노인과 장애인을 위한 보건의료와 복지 서비스의 통합을 위한 연구도 이뤄졌다. 박세경 등(2015)은 노인과 장애인 서비스들이 공급자 중심의 제도 설계, 자원의 한계, 전문가 집단 배타성, 재원 및 부처간 칸막이 때문에 전달체계가 매우 분절적이고 파편적이라고 지적했다. 노인 모든 대상자를 위한 모든 서비스의 통합 또는 모든 대상자를 위한 일부 서비스의 통합이 가능하다고 밝혔다. 황도경 등(2016)은 국민건강보험의 요양병원과 노인장기요양보험의 요양원의 역할과 기능의 중복을 연구했다. 이들은 노인통합케어센터를 중심으로 요양과 장기요양서비스 제공기관간의 연계를 통한 통합 서비스 제공을 주장했다. 김남순 등(2017)은 현재 다양한 보건의료와 복지 프로그램의 내용이 유사하고 사업자가 중복되어 효율성이 낮다고 지적하고, 지역사회 차원의 노인 친화적인 서비스



제공방안이 필요하다고 주장했다. 개별법령의 제정보다는 기존 법령을 활용하고, 헌법의 기본권 보장 측면에서 보건의료와 복지 서비스 전반의 상호 연계와 조정이 이뤄져서 통합적인 서비스 이용을 주장했다.

## 5. 연구방법론: 연구 범위와 분석틀

본 연구는 <표 1>의 분석틀에서 제시한 것처럼 노인의 건강과 돌봄과 직결되는 의료·보건·복지 영역의 주요한 서비스를 연구대상으로 한다. 본 연구의 범위에서 첫째, 의료 영역은 주로 병원, 의원 등에서 제공하는 치료와 관리 등 의료서비스다. 1차, 2차, 3차 의료기관에서 제공하는 의료서비스로 국민건강보험이 적용되는 사업이다. 둘째, 보건 영역은 건강의 예방과 검진, 건강의 관리 및 치료 지원 서비스로 주로 보건소 서비스가 해당된다. 노인을 위한 건강검진과 건강증진과 함께, 지역보건법과 관련 기타 법률에 따라 지역주민에게 보건기관에서 제공하는 서비스다(박세경 등, 2016). 보건소에서 간호사는 중요한 역할을 수행하므로 분류의 편리상 본 연구는 '각종 간호서비스'도 보건의 일부로 포함시킨다. 간호서비스는 후술할 3대 재가 간호서비스를 포함한다. 셋째, 복지 영역은 노인의 사회적 안녕과 삶의 질을 제고하기 위한 각종 사회 복지서비스로 노인장기요양보험의 서비스와 노인장기요양보험의 등급외자 서비스가 해당된다.

표 1. 주요 분석 대상: 노인의 욕구에 따른 주요 의료·보건·복지 서비스

노인의 욕구별 분류				욕구 사정 결과
(4) 중증노인	(3) 경증노인	(2) 허약노인	(1) 건강노인	
장기요양 1-2등급 노인	장기요양 3-5등급 노인	장기요양 등급외 A, B 노인	장기요양 등급외 C 노인	
- (요양)병원(다수): 주로 2차, 3차 의료기관		- 주로 1차, 2차 의료기관		의료
- 의료가정간호(병원 파견) - 방문간호(장기요양)		- 보건소서비스(건강증진, 방문간호사서비스 등)		보건
- 시설서비스 (공동생활가정, 요양원)		- 등급외자서비스: 노인돌봄종합서비스(등급외A, B 대상), 노인돌봄기본서비스(독거노인 대상), 재가노인지원서비스(저소득층 사각지대 노인 대상) 등		복지
- 재가서비스 (방문요양, 주간보호, 단기보호 등)				

본 연구는 <표 1>처럼 노인을 주로 노인장기요양보험의 욕구 사정 결과에 따라 네 집단으로 나누고, 이들이 주로 이용하거나 필요하다고 판단되는 의료·보건·복지서비스를 중심으로 분석한다. 구체적으로, (1) 만성질환이 있어도 독립적 활동이 가능한 ‘건강노인’, (2) 노인장기요양보험의 등급외자(A,B)의 ‘허약노인’, (3) 장기요양 주로 3-5등급의 ‘경증노인’, 마지막으로 (4) (요양)병원(주로 중증 질환자)이나 요양원(주로 장기요양 1-2등급자) 등에 입소해서 지속적으로 보건의료와 복지서비스가 필요한 ‘중증노인’으로 분류했다. (3)과 (4)의 장기요양등급에 따라 경증과 중증의 구분은 기존연구(이윤경, 2018)에 근거했다.

이처럼 분석을 위해 노인 욕구별로 주요한 서비스를 <표 1>에 제시했지만 노인이 실제 사용하는 서비스는 본 연구에서 제시한 것과 다른 경우가 있다는 점을 인식할 필요가 있다. 일반적으로 경증노인이 재가서비스를 이용하지만 실제로 이용자의 선택권 행사에 의해서 시설서비스를 이용하는 경우도 많고(이윤경, 2018), 허약한 노인도 갑자기 건강이 나빠지면 3차 의료기관이나 요양원에 입원할 수 있다. 그리고, 본 연구에서 요양병원을 포함시켰지만 국민건강보험에 의해 급여가 제공되므로 본 연구처럼 반드시 장기요양 등급을 받을 필요는 없다. 고령이나 중증의 질환만 있으면 요양병원 이용이 가능하지만 돌봄의 연속성 측면에서 많은 노인이 이 서비스를 이용하므로 본 연구 범위에 포함시켰다. 호스피스 서비스는 말기노인에게 필요하지만 연명의료결정법 시행이 초기이므로 분석 대상에서 제외했다.

본 연구는 의료, 보건, 복지 분야의 광범위한 문헌을 체계적으로 고찰했다. 정부의 보고서와 관련 도서와 논문 등을 종합적으로 점검하면서 노인의 관점에서 필요한 서비스 제공의 실태에 대해 세부적으로 분석했다. 아울러, 본 연구는 영역간 서비스의 연계의 실태를 파악하기 위해서 지역의 보건의료와 복지를 담당하고 잘 알고 있는 공무원을 추천 받아서 2018년 7~8월에 보건복지부 공무원 1명, 수도권 지역의 장기요양 담당 구청 공무원 4명과 면담을 실시하고 그 내용을 분석했다. 공무원을 선정한 이유는 관련 정책을 다루고 여러 민원 등을 통해 일반인보다는 다양한 정책적 실천적 경험을 했을 것으로 기대됐기 때문이다. 공무원과의 면담은 동의하에 실시되었고 인터뷰를 녹음해서 전사작업을 실시한 이후에 분석했다.

### III. 분석 결과

본 연구의 분석 결과는 다음의 <표 2>와 <표 3>에 요약 제시됐다. 먼저, 첫 번째 연구 질문인 노인 대상자별로 의료, 보건, 복지 서비스 제공의 적절성에 대한 분석 결과를 제시했다. 다음으로, 두 번째 연구 질문인 의료, 보건, 복지의 각 영역 내와 영역 간에 서비스의 연계 실태를 제시했다.

표 2. 분석 결과 I : 노인의 욕구별 의료·보건·복지 영역별 주요 이슈

노인의 욕구 / 서비스 영역	(1) 의료 (병원, 의원 등)	(2) 보건 (보건소, 간호, 재활 등)	(3) 복지 (사회적 돌봄)
1. 만성질환 보유 건강 노인 (장기요양 등급의 C)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1차 의료기관의 주치의 시스템 과 만성질환관리시스템의 취약</li> <li>1차, 2차, 3차 의료기관의 구분 과 역할이 불분명: 경쟁관계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역사회통합건강증진사업: 일 반인을 대상으로 하되 저소득 취약계층이나 건강관리군 등 주요 대상</li> <li>노인의 생애주기검진은 66세 이후에도 필요함</li> </ul>	
2. 허약노인 (장기요양 등급의 A, B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>왕진제도 부재</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>저소득층 중심의 제한적인 방문 건강관리서비스와 재가서비스</li> <li>보건소 방문간호사 인력부족으 로 진단, 상담 위주 기본서비스 제공</li> <li>예방적 기능 수행 한계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>단순 안부확인 과 가사수발 중심 획일적 서비스 제공</li> <li>저소득층 중심 서비스</li> <li>전달체계의 분절성과 혼잡 성으로 접근성 문제</li> </ul>
3. 경증 노인 (장기요양 등급3-5등급)	<ul style="list-style-type: none"> <li>의료서비스 이용 제한적: 요양 원의 촉탁의 활용의 한계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>요양원 부적절한 대상자 서비스 이용</li> <li>노인의 높은 욕구에도 방문간호 서비스 축소</li> <li>재가에 적절한 간호서비스 제공 의 취약성: 고난도치료욕구(욕 창, 노노, 경관관리등) 많지만 상담 위주 서비스 제공</li> <li>재활, 영양서비스 비급여</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>가사수발 중심의 질 낮은 서 비스</li> <li>빈곤과 복지 급여의 부족으 로 많은 노인의 영양 부실</li> <li>요양보호사의 높은 이직률 과 인력의 부족 문제</li> </ul>
4. 중증 노인 (장기요양 등급1-2등급)	<ul style="list-style-type: none"> <li>요양병원의 부적절한 대상자의 서비스 이용</li> <li>요양병원의 서비스 질 문제</li> <li>요양병원 인력과 제도의 문제점</li> <li>높은 외래환자 입원일수로 고의 료 비용</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>의료기관의 재가가정간호 서비 스 비활성화. 병원에서 퇴원 후 에 지속적인 간호서비스 제공 의 필요에 비해 부족한 서비스 공급</li> </ul>	

## 1. 건강한 노인을 위한 의료·보건·복지 서비스의 문제점

앞에서 언급한대로 건강한 노인은 만성질환의 예방과 관리가 중요한데 노인들의 의료 서비스에 대한 접근성은 개선됐지만, 노인의 만성질환 유병률 추이는 일부 악화됐다(정경희 등, 2016). 노인의 고혈압 유병률은 지난 2004년에 40.8%에서 2014년은 56.7%로 크게 늘었고, 당뇨병 유병률도 같은 기간에 13.8%에서 22.6%로 증가했다. 만성질환의 증가를 막기 위해 적절한 의료와 보건 서비스 제공 시스템의 구축이 중요한데 그렇지 않아서 여러 문제가 발생하고 있다.

첫째, 노인 만성질환의 예방과 관리에 적합한 의료서비스가 많이 부족하고 그나마 제공되는 서비스도 분절적이다(김윤, 2013). 의료 영역에서 우리나라는 서구와 달리 의료시스템이 여전히 급성기 질환의 집중치료 시스템 중심으로 운영되어서 만성질환을 체계적으로 관리하기 위한 예방시스템이 매우 취약하다. 서구는 지역의 주치의가 만성질환에 대한 상담과 정보 제공 등의 다양한 의료서비스를 제공하는데 우리는 그런 시스템이 사실상 부재하다(이윤경, 정형선 등, 2017). 현재 우리 의료시스템은 급성기, 아급성기, 요양으로 이어지는 포괄적인 의료와 보건서비스가 제공되지 않는 것은 질병의 중증도에 따라 1차, 2차, 3차 의료기관의 역할과 기능이 명확하게 구분되지 않기 때문이다(황나미 등, 2013; 황도경 등, 2016). 의료법에 따르면, 의원은 주로 외래환자를, 병원은 입원환자를 대상으로 각각 의료행위를 해야 하지만 기관 간에 경쟁구도가 형성되어서 외래와 입원 환자를 서루 유치하기 위한 의료행위를 하고 있다. 더욱이 1차 의료기관을 거치지 않고, 3차 대형병원에서 건강검진이나 응급실, 가정의학과에서 진료를 받고 의사소견서 없이 바로 의료서비스를 이용하기도 한다. 1차 의료기관 대신 대형병원을 선호해서 감기 같은 기본 서비스도 2,3차 의료기관을 이용해 의료자원 낭비가 심하다(이진용, 2014).

둘째, 보건 영역에서 보건소를 비롯한 지역의 보건기관이 질병예방과 건강증진 사업을 실시했지만 저소득층 중심으로 이뤄져서 지역의 보편적인 서비스로는 한계가 있다. 공공 지역보건의료기관을 통한 질병예방과 건강증진사업은 전달체계가 일반 병원이 아닌 주로 보건소에 국한되어서 사각지대가 많고 그 대상자가 주로 저소득층에 국한되어서 중산층을 포함하는 종합적인 건강증진서비스 시스템으로는 취약하다(이상영 등, 2012). 특히, 지역 보건소의 건강증진 인프라가 취약하고 인력과 예산도 부족해서 충실

한 사업 수행에 한계가 있다. 더욱이 건강증진사업은 공공과 민간에서 여러 지역에서 사업이 분절적으로 진행되고, 사업 내용이 서로 비슷하고 중복적이고 기관들 간의 정보 공유와 연계가 미흡하다(이상영 등, 2012; 백종환 등, 2016). 정부는 이같은 문제에 대응하고 중앙 주도 방식의 건강증진사업을 개선하기 위해 ‘지역사회 통합건강증진사업’을 2013년에 도입해서 각 지자체의 여건에 맞게 사업의 자율적 운영을 강화했다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2017a). 금연, 절주, 영양, 비만, 심뇌혈관질환예방관리, 치매관리, 방문건강관리 등의 사업을 일반 대중을 대상으로 건강증진사업을 실시하고 있다. 이 중에서 지역사회중심재활사업, 영양플러스사업, 치매검진사업 및 예방적 건강관리사업을 필수적으로 실시하도록 했다. 그러나 노인과 직접 연관되는 방문건강관리사업을 비롯한 사업이 기초생활보장수급자와 차상위 계층 중심으로 제공되어(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2017b) 여전히 선별적이다.

이와 함께, 보건소의 ‘생애전환기 건강진단’ 사업은 노인의 질병 및 만성질환을 조기에 찾아내는 중요한 서비스다. 이 사업은 현재 40세와 66세에 딱 2번만 제공된다. 1차 검진에서는 진찰, 상담, 골밀도 검사, 노인신체기능검사 등을 하고 2차 검진에서는 고혈압, 당뇨 확진검사, 우울증, 인지기능장애검사 등을 한다(박세경 등, 2016, p.57). 그러나, 노인의 평균수명이 80세가 넘는 현실을 감안할 때 66세에 한번만 생애전환기 건강검진을 받는 것은 부족하다(선우덕, 2016). 생애주기가 길어지는 것을 고려해서 생애전환기 건강검진을 늘려서 질병에 취약한 노인을 위한 사전 건강검진의 기능을 강화할 필요가 있다.

## 2. 허약한 노인을 위한 의료·보건·복지 서비스의 문제점

허약한 노인들은 만성질환이나 질병으로 일상생활 수행에 일부 지장이 있어 다른 사람의 도움이 필요하거나(등급외 A, B) 독거노인이나 저소득층으로 은둔 상태를 보이거나 우울증이 있는 노인 등도 포함시켜서 분석했다. 이들을 위해 적절한 보호 서비스를 제공해서 건강상태를 회복하고 독립적인 일상생활 지원으로 장기요양등급으로 진입하지 못하도록 예방이 필요하다. 그러나, 현재 우리나라에서 허약한 상태의 노인을 위해 제공되는 의료와 보건 서비스는 제한적이고, 요양보호사나 생활관리사 중심의 사회적 돌봄의 복지서비스가 주로 제공되고 있다.

첫째, 의료 영역에서 허약한 노인을 위한 왕진제도가 부재해서 재가에서의 적절한 의료서비스 제공이 매우 미흡한 것으로 나타났다. 의료법 제 33조에 따르면, 의사는 개설된 의료기관 내에서 의료업을 해야 하고 일부 대상자에게 왕진이 이뤄진다. 하지만 왕진은 진찰료나 진료비만 수가에 산정되고 교통비 등은 노인 환자가 지불하고 그 외 비용은 수가에 산정하지 않으므로(이윤경, 정형선 등, 2017, p.180) 의사들은 병원 내의 의료행위가 수입이 더 좋고, 결국 왕진은 이뤄지지 않는 경우가 많다. 재가에서 의사를 통한 왕진과 다양한 보건복지 서비스의 통합적 제공을 강조하는 서구와 비교할 때, 우리 재가 의료서비스는 크게 뒤쳐져 있다.

둘째, 보건의 간호영역에서 노인을 위한 방문 간호서비스도 매우 제한적인 것으로 나타났다. 재가간호서비스의 내용은 크게 7가지로 기본간호, 임상검사, 투약 및 주사, 치료(영양, 배뇨, 배변, 호흡, 상처), 상담, 교육, 의뢰로 구분된다(오의금 등, 2015, p.744). 보건소 간호사가 제공하는 ‘방문건강관리사업’은 노인이 장기요양 상태로 들어가는 것을 막기 위해 만 65세 이상 노인 중에서 허약노인 판정평가를 실시해서 총점이 4~12점으로 고위험 허약노인에게만 신체활동, 영양, 구강관리, 요실금, 치매관련 건강관리 등 다양한 서비스를 제공한다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2017b, p.29). 그러나, 이 사업은 기초생활수급자와 차상위의 저소득 계층과 고위험의 허약노인에게만 서비스가 주로 제공되는 한계가 있다(보건복지부, 건강증진개발원, 2017a). 진단, 교육, 상담 등의 기본적 간호서비스나 상담서비스가 제공되어 ‘치료적 간호’ 육구는 충족되지 않는다는 지적이다(오의금 등, 2015). 더욱이 저소득층 노인을 비롯한 많은 대상자에 비해 방문간호사 인력이 많이 부족해서 서비스 제공이 어렵다(이승희, 임지영, 2012).

셋째, 복지 영역에서 장기요양보험 등급외자 노인을 위한 여러 돌봄서비스(노인돌봄종합, 노인돌봄기본, 재가노인지원서비스)가 제공되지만 서비스 내용이 비슷하고 저숙련 돌봄서비스라는 한계가 있다(전용호, 2015). 노인돌봄종합서비스는 노인장기요양보험 초기에 보장성이 취약해서 개발된 서비스로 장기요양보험의 방문요양과 주야간보호 서비스와 그 내용이 동일하고 서비스 급여량만 다르다. 재가노인지원서비스는 노인에게 필요한 단순한 저숙련의 가사수발과 신체수발서비스가 제공되고 주로 유무급 자원봉사자를 활용하므로 질 좋은 서비스를 기대하기 어렵다(전용호, 2015). 노인돌봄기본서비스는 단순한 안부확인에 그치고 형식적 사정으로 불필요한 노인도 서비스를 이용한다.

이와 함께, 등급외자 서비스는 주로 ‘저소득층 노인’에게 제공되어 중산층 이상 노인

을 위한 서비스로서 예방 기능이 부족하다. 등급외자 서비스는 모두 조세방식이지만 예산의 제약으로 저소득층 노인에게 서비스 이용의 우선 권한을 부여하는 경우가 많다. 가령, 노인돌봄종합서비스는 전국 가구평균소득의 160%까지 자격조건이지만(보건복지부, 2017), 실제 이용자의 약 70%는 저소득층(기초생활수급자 50%, 차상위계층 20%)으로(정경희 등, 2014) 노인돌봄종합서비스가 필요한 전체 노인의 약 21.7-32.0%만 이용한다(박세경 등, 2014). 재가노인지원서비스도 사각지대의 기초생활수급자와 저소득층이 주요 대상이고, 노인돌봄기본서비스도 소득이 대상자 선정의 중요 기준이다(보건복지부, 2017).

### 3. 장기요양 노인을 위한 의료·보건·복지 서비스의 문제점

장기요양서비스를 이용하는 노인은 전문성에 기반한 다양한 의료·보건·복지 서비스가 필요한데 여러 제약이 있는 것으로 분석됐다. 첫째, 의료 영역에서 요양원은 장기요양보험 제도이지만 치매, 중풍 등 중증 노인들이 상당수 거주하기 때문에 적절한 의료서비스가 제공되는 것이 필요하다. 그러나, 상주의사가 없어서 상시적인 의료서비스 제공이 구조적으로 불가능하다(이윤경, 정형선 등, 2017). 정부는 촉탁의 제도를 활성화시켜서 의료서비스 제공을 도모하지만 요양원이 지역사회의 의사들과 비공식적 협조를 통해 비체계적으로 이뤄지므로 전문적 진단, 지속적 서비스 제공, 품질 담보 등의 측면에서 한계가 있다(선우덕 등, 2016).

둘째, 보건의 간호 영역에서 방문간호는 장기요양보험의 유일한 보건의료서비스로서 노인이 주로 치매, 중풍 등의 질병을 보유한 장기요양 대상자라는 점을 감안할 때, 꼭 필요한 서비스다. 실제로 방문간호서비스의 이용은 재가노인의 외래 의료 서비스 비용과 이용 횟수를 줄이고, 방문간호 고이용군에는 입원비용을 낮춰주는 긍정적인 효과가 있다(강새봄, 김홍수, 2014). 따라서, 방문간호가 활성화되어야 하는데 오히려 이용률이 줄었다. 방문간호기관 수가 지난 2011년에 692개에서 2015년에는 574개로 크게 줄었다. 간호욕구가 높은 노인도 가족보호자의 방문요양서비스 선택, 표준장기이용계획서의 낮은 권고율, 저렴한 방문요양의 대체재로 인식하는 등의 이유로 방문간호서비스 이용이 저조하다(강새봄, 김홍수, 2014). 지난 2017년 말을 기준으로 장기요양 인력이 전체 377,184명인데, 이중 요양보호사는 340,624명으로 전체 인력의 무려 90.30%를 차지하

는 반면에, 간호사와 간호조무사는 각각 2,791명(0.73%), 9,845명(3.35%)에 불과하다(국민건강보험공단, 2018). 특히 간호사 인력이 전체 장기요양인력의 0.73%에 불과해서 요양원과 재가에서 간호서비스 제공이 매우 미흡하다. 고령화로 간호서비스가 필요한 노인은 증가하는데도 현장의 간호 인력 활용은 심각한 상태다.

한편, 방문간호서비스 이용 노인에게 주로 필요한 간호는 욕창간호, 도뇨관리, 경관영양, 흡인, 기관지 절개, 암성통증, 산소요법, 장루 간호, 간호투석, 당뇨 발간호 등 ‘고난도 간호처치’ 인데 현장에서는 오히려 ‘체위변경이나 눈 간호’ 같은 기본간호와 ‘영적간호’와 같은 상담업무가 더 많이 제공된다(오의금 등, 2015). 적은 수의 간호인력과 최대 60분의 서비스 제공시간과 낮은 수가, 간호조무사 중심 간호인력 등의 개선이 필요하다(유호신, Arita, Kumi, 2015).

셋째, 복지 영역에서 장기요양보험의 재가서비스는 방문요양서비스가 핵심으로 제공되고 있다. 하지만 식사준비, 청소 등 저숙련의 가사수발 중심의 기본 서비스가 주로 제공되고 서비스 제공시간이 짧아서 노인의 다양한 욕구 충족에 부족하다. 방문요양서비스는 하루에 최대 3시간 이용에 불과한데도, 현재의 제도에서는 다른 돌봄서비스의 중복 이용이 허용되지 않아 커뮤니티케어를 위한 재가 서비스로서 한계가 있다. 특히, 전문적인 신체수발이 필요한 노인에게 관련 서비스가 충분히 제공되지 않아서 실질적인 기능 개선이 어렵다(이윤경, 정형선 등, 2017). 서구는 가사수발을 제한하고 신체수발을 중심으로 제공해서 기능 유지와 개선에 초점을 맞추는데 반해 우리는 240시간의 요양보호사 양성시스템 하에서 노인의 기능 회복을 실질적으로 도모하는 재활과 같은 신체수발 서비스를 제공하지 못하고 있다(이윤경, 정형선 등, 2017). 더욱이, 요양보호사에 대한 낮은 처우와 임금, 사회적인 무시 등으로 요양보호사의 이직 현상이 심화되어서 현장에서는 인력난이 심각한 상태다.

이와 함께, 재활과 영영서비스가 급여화 되지 않아서 노인의 시설 입소를 촉진시키는 경우가 많다(전병진, 2017). 노인장기요양보험법은 재가급여에 대해 “수급자의 일상생활 신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여”라고 명시해서 재활서비스의 필요성을 인지하지만 급여가 부재하다. 노인장기요양보험의 주요 대상이 중풍노인으로 구축이나 마비 등의 증세가 일반적이므로 재활서비스가 필요하다(국회입법조사처, 2017). 외국에서는 재활서비스가 보편화되어 있다. 미국은 75% 이상의 노인이 재활서비스를 받고 집으로 돌아오는데 한국



은 서비스가 제공되지 않아 병원이나 요양원과 같은 시설에서 서비스를 장기간 이용해서 매년 1조 2,000억원의 사회적 비용이 발생한다(전병진, 2017, p.112). 이와 함께, 상당수의 노인이 식사를 거르거나 결핍이 많은 등 영양상의 문제가 많다. 그런데도 급식의 급여화가 이뤄지지 않아서 건강과 일상생활 수행에 문제가 발생하고 있다. 특히 독거노인의 약 75.7%가 영양상 문제가 있고, 일부는 식사를 하루에 1, 2번 하거나 경제적 이유로 음식을 구입하지 못하는 결식상태로 대책이 시급하다(정경희 등, 2017).

#### 4. 병원 이용 노인의 의료·보건·복지 서비스의 문제점

중증 노인을 위한 서비스는 병원 중심 서비스와 퇴원을 한 중증노인을 위한 재가서비스가 필요하다. 그러나, 대표적인 병원서비스인 요양병원은 여러 구조적인 문제가 있고 재가서비스는 매우 제한적으로 제공되는 것으로 나타났다.

첫째, 의료 영역에서 요양병원의 서비스에 대한 개선의 필요성이 자주 언급되고 있다(김주경 등, 2015; 권금주 등, 2015; 김주경, 2017). 요양병원은 의료중심의 서비스가 제공되는데 적지 않은 요양병원의 평가결과가 나쁘기 때문이다. 요양병원에 대한 적정성 평가등급 결과를 살펴보면, 2013년을 기준으로 937개 요양병원 중 1등급이 112개, 2등급이 184개, 3등급이 251개, 4등급이 239개, 5등급이 123개로 무려 38.6%의 요양병원이 4,5등급의 낮은 등급을 받았다(김주경 등, 2015). 더욱이 화재 및 안전사고가 발생하거나, 욕, 진드기, 결핵 등과 같은 전염성 질병으로 노인 건강이 악화되는 등 기본 위생도 지켜지지 않는 경우도 있다(정형준, 2014). 실제로 가족이나 보호자가 경험한 요양병원은 간병이 기계적으로 이뤄지고 청결하지 못하며 적절한 의료서비스도 제공되지 못한다(권금주 등, 2015). 정부가 요양병원의 수를 늘리기 위해서 탈규제의 시장친화 정책을 적극 추진했기 때문이다. 장기요양기관의 시장화처럼 민간 요양병원의 시장 참여를 독려하기 위해 화재안전, 엘리베이터, 병상기준 등의 설립요건을 완화해서 시장진입 장벽을 낮추었고, 정부 기대 이상으로 요양병원 수가 급증했다(정형준, 2014). 지난 2004년에 114개에 불과했던 것이 2010년에 849개, 2015년에는 1,335개로 급증해서 2015년 현재 요양병원이 전체 병원과 의원 병상의 무려 34.4%를 차지한다(김주경, 2017). 그러나, 요양병원의 급증은 요양원과 경쟁을 초래하면서 노인 유치 경쟁이 치열하다. 고객 유치를 위한 본인부담금 감면, 외국 간병인력 활용 등으로 안전관리와 인권

침해 등 이슈가 발생한다(김주경, 2017).

이와 함께, 요양병원의 인력 이슈도 있다. 요양병원은 규정상 환자 40명당 1명의 의사만 배치하면 된다. 그러나, 의사 1명이 야간, 휴일에도 당직을 서기가 어려워서 요양병원의 절반 이상이 당직의사를 배치하지 않는 등 응급상황에 대비하기 어렵다(김주경 등, 2015). 아울러, 간호인력의 부족도 질 저하의 원인이다. 요양병원 간호사의 이직률은 23.9%로 일반병원보다 높고, 간호사 확보의 어려움으로 간호인력 기준을 미달하는 요양병원의 비율이 높다(김주경 등, 2015). 요양병원 전체적으로 간호사보다 간호조무사를 더 많이 채용하는데(김은희, 이은주, 2016), 요양병원이 평가를 받을 때 간호조무사도 포함되고 인건비 절감이 되기 때문에 오히려 선호한다. 이와 함께, 요양병원의 간병인력은 비급여로 제도의 사각지대에 있다. 조선족 출신 인력을 주로 활용하는데 간병질에 대한 비판이 높고, 간병비를 노인 이용자나 가족이 전액 지불하므로 경제적 부담도 크다(손덕현, 2017).

둘째, 보건의 간호 영역에서 중증 노인을 위해 병원에 보내는 가정간호서비스가 매우 부족하다. 현재 의료기관 가정간호 제도는 병원에서 급성기 치료 후에 가정전문간호사가 집을 방문해서 치료 중심의 높은 수준의 간호서비스를 지속적으로 제공하는 서비스다(오의금 등, 2015). 이를 통해 병원 입원을 늦춰서 의료비용을 절감하고 환자가 집에서 의료서비스를 이용할 수 있도록 하는 서비스다. 그러나, 아직 우리나라는 이 서비스가 활성화되지 않았다. 그 이유는 여러 가지로 병원의 베드가 늘면서 제공이 줄었고, 급여비용의 20%를 본인이 부담해야 하고, 연 96회로 그 이용 횟수가 제한되어 그 횟수가 초과되면 비용을 전액 부담해야 한다(오의금 등, 2015). 특히, 이 서비스를 종료한 이후에 지역사회 의료기관을 통해서 지속적으로 서비스를 이용해야 하는데 연계가 가능한 기관을 찾기 어려워서 계속 이용하기 어렵다(이승희, 임지영, 2012).

## 5. 의료·보건·복지 서비스의 ‘영역 내’와 ‘영역 간’ 연계의 취약성

본 연구의 두 번째 연구 질문인 의료·보건·복지의 영역 내와 영역 간 연계에 대한 분석 결과를 제시한다. <표 3>에 요약해서 제시한 것처럼 우리나라 의료·보건·복지 서비스 영역에서 전반적으로 ‘각 영역 내’와 ‘영역 간’ 연계 모두 매우 미흡한 것으로 나타났다. 연계의 중요성에 대해 정부, 서비스 제공기관, 제공인력 등의 인식이 부족했고,

지역차원에서 서비스 연계를 지원 및 촉진하기 위한 정책적 실천적 노력도 이뤄지지 않았기 때문에 분석됐다. 다음 결과는 수도권 구청의 보건 및 복지 담당자 4명과 보건 복지부 공무원 1명과 면담과 기존 문헌 고찰로 도출됐다.

표 3. 분석 결과 II: 노인의 포괄적 욕구 충족을 위한 의료·보건·복지서비스 영역별 연계의 이슈

주요 영역	(1) 의료 (병원, 의원 등)	(2) 보건 (보건소, 간호, 재활 등)	(3) 복지 (사회적 돌봄)
각 영역 내의 연계	<ul style="list-style-type: none"> <li>의료기관간 경쟁 등으로 환자의 협력, 의뢰, 회송 등의 미흡</li> <li>지역단위 기관간 역할 분담과 협조 체계 구축 한계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3대 재가간호서비스는 부족함. 더욱이 재가간호서비스간 연계 부족으로 오히려 대상자나 서비스의 중복 문제 발생</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>영리 장기요양기관의 급증으로 복지 관련 기관과의 연계와 협조가 어려움</li> <li>장기요양보험의 등급내외 등급외자를 위한 서비스 연계가 되지 않음</li> </ul>
영역 간 연계 : 의료 와 보건	<ul style="list-style-type: none"> <li>민간 중심의 병, 의원과 공공에 기반한 보건소 간에 지역사회 차원에서 대상자와 서비스 등의 의뢰와 연계 등이 제한적임</li> </ul>		
영역 간 연계 : 보건 과 복지	<ul style="list-style-type: none"> <li>보건과 복지 관련 기관이 늘고 있지만 제도가 지역차원에서 연계를 염두해 두지 않고 각각 발전하면서 양 영역 기관들의 지역차원 연계가 미흡함</li> </ul>		
영역 간 연계 : 의료 와 복지	<ul style="list-style-type: none"> <li>제도적인 연계가 이뤄지지 않고 현장에서 필요에 의해서 제한적으로 이뤄짐. 예로, 요양원의 중증노인을 위한 의료서비스가 필요하나 촉탁의 확보가 어렵고, 요양원과 요양병원간 역할 구분의 모호와 경쟁으로 협조 어려움</li> </ul>		

먼저, 각 영역 내에서 기본 연계가 취약한 것으로 나타났다. 첫째, 의료 영역에서는 앞에서 언급한대로 1차, 2차, 3차 의료기관간의 역할이 불분명하고, 비영리 의료기관이지만 서로 경쟁관계에 있어 노인 환자 입장에서 필요한 다른 병원들 간에 환자의 협력, 의뢰, 회송 등이 잘 이뤄지지 않는다(이진용, 2012; 백종환 등, 2016). 서구는 지역사회 차원에서 의료기관간의 협조체계를 구축하는 것이 일반적이는데, 우리나라는 공공에 기반한 의료시스템이 취약한 상태에서 의료기관들이 서로 경쟁해서 환자를 더 유치하려는 긴장과 대립의 관계이므로 지역사회 차원의 역할 분담과 협조 체계 구축이 더욱 어렵다.

둘째, 보건의 간호 영역도 상황은 비슷하다. 3대 재가간호서비스인 (1) 보건소 방문간호서비스, (2) 장기요양 방문간호서비스, (3) 병원 중심의 간호서비스 간에 연계가 이뤄

지지 않아서 대상자나 서비스의 중복 문제가 발생하고 있다(이승희, 임지영, 2012). 재가간호서비스의 이용자수가 매우 적고 급여량이 부족한데도 각 서비스의 재원과 주체가 달라서 서비스 제공자와 대상자가 중복되는 등 자원의 비효율성 문제가 발생한다(이승희, 임지영, 2012, p.283). 재가 간호서비스를 활성화시키는 것이 서구 선진국의 일반적인 경향이므로 이같은 잘못된 구조를 적극 개선하는 것이 필요하다. 문제는 보건소의 방문간호서비스는 공공에 기반한 시스템이므로 공공이 연계의 협조를 유도하는데 어느 정도 영향력을 행사할 수 있을 것이다. 하지만 장기요양의 방문간호서비스는 주로 개인 소규모 영리사업자이고, 일반 병원 중심의 간호서비스는 민간 사업자로 이들이 지역사회차원에서 대상자에 대한 협조와 연계, 이송 등에 실질적으로 참여하도록 유인할 수단을 마련하는 것이 관건이다.

셋째, 복지 영역은 원래 지역사회복지 차원에서 지역차원에서의 제공기관들간의 대상자 의뢰, 협조, 연계 등이 주요한 가치이자 방향으로 강조되어 왔고 일부 지역사회복지 협의체 등을 통해서 이뤄지기도 했다. 그러나, 노인장기요양보험의 시행과 민간을 이용하는 시장화 정책으로 영리기관들이 다수 진입하면서 노인의 복합적인 욕구 충족을 위한 복지 관련 기관과의 협조나 서비스의 연계는 갈수록 어려워지고 있다(선우덕 등, 2016). 오히려 대상자를 빼앗거나 선물 공세, 본인 부담금 면제 등의 불법적인 행위가 만연하다. 노인 대상자 확보 경쟁이 치열한 장기요양 시장에서 다른 제공기관들은 협조의 대상이라고 생각하지 않는 것이다. 과잉경쟁이 발생하는 도시 지역에서 장기요양기관들이 공익적으로 바람직한 지역사회차원의 커뮤니티케어에 참여하도록 유도하는 것은 시급한 과제다.

이와 함께, 제도적으로 장기요양보험과 등급 외 서비스 이용자 간에는 연계가 이뤄져야 하는데 지켜지지 않고 있다(선우덕 등, 2012). 보건복지부의 지침상 국민건강보험공단과 지자체는 등급외자 대상자 연계에 대해 서로 책임지고 있다. 그러나, 공단은 주로 등급사정 업무를 수행하고 이용지원이 취약하고, 등급외자 대상자의 관련 정보를 지자체에 전달해도 지자체는 인력과 인식 부족 등으로 등급외자를 위한 서비스 연계와 관리가 미흡하다(전용호, 2015). 더욱이 복지 영역에서는 등급외자 서비스가 제각각 확대되고 전달체계가 복잡해지면서 제공기관이나 사업별로 서비스 연계나 협조의 장애물이 되는 것으로 분석됐다. 특히, 등급외자 노인을 위한 돌봄서비스는 기존 전달체계를 활용하지 않고 새 서비스를 각각의 사업과 전달체계를 계속 확대해서 복잡하다(전용호,

2015). 대상자 선정절차와 기준, 운영 주체와 방식 등이 제각각이다. 바우처 방식과 조세방식(중앙정부와 매칭, 지방정부 재원만) 등이 혼재되어 있고, 핵심 운영주체도 시군구, 읍면동, 독거노인지원센터, 제공기관 등으로 다양하다. 요컨대, 서비스 접근성, 통합성, 포괄성 등의 원칙이 현장에서 지켜지기에는 전달체계가 너무 분절적이다(선우택 등, 2012; 전용호, 2015).

이와 함께, 의료와 보건, 복지 서비스의 '영역간 연계'는 더욱 취약한 것으로 분석됐다. 노인의 만성질환의 심화나 질병으로 인한 기능약화로 보건의료와 복지 등의 다양한 영역의 '서비스 패키지' 제공이 필요한데 제도적으로 연계가 이뤄지지 않는 것으로 나타났다. 특히, 재가급여 이용노인이 요양원이나 요양병원으로 입소되지 않도록 하거나 병원에서 퇴원한 노인이 집으로 복귀하면 바로 보건의료와 복지의 서비스가 패키지로 제공되어야 하는데 그렇지 못한 것으로 나타났다(이윤경, 정형선 등, 2017). 장기요양보험의 재가노인은 방문요양과 같은 복지영역의 서비스만 주로 제공되고 재활이나 의료서비스는 본인이 스스로 알아서 이용하는데 독거노인이나 노인부부 등은 서비스의 접근과 이용에 어려움을 겪고 있다.

구체적으로 첫째, 의료와 보건 서비스 간에 연계가 이뤄지지 않고 있다(박세경 등, 2015). 기본적으로 보건소 중심의 서비스는 공공에 기반하고, 의료서비스는 민간에 기반해서 협조가 어렵다. 보건소에서 방문간호 인력 등을 통한 지역사회의 병·의원과의 협조체계를 구축해서 대상자 의뢰 등이 필요한데 보건소의 제한된 예산과 인력 부족으로 지역사회 연계가 미흡하다(박세경 등, 2015). 앞에서 언급한대로 1, 2차 의료기관간의 역할 분담 미흡과 경쟁적인 관계 상태에서 보건영역과의 연계도 협조보다는 경쟁적인 관계로 여길 수 있다.

둘째, 보건과 복지 서비스 간에 공식적 연계체계도 미흡한 상태다. 노인의 복합적인 욕구가 있지만 상호간에 연계가 이뤄지지 않고 있다(박세경 등, 2015). 보건소, 정신건강복지센터, 치매예방센터, 자살예방센터, 독거노인종합지원센터, 재가노인센터 등 여러 보건과 복지 기관이 늘고 있지만 지역차원에서 이들 기관간의 실질적인 연계를 통한 대상자의 의뢰와 통합적인 지원은 미흡하다. 따라서, 자원의 비효율적인 배분으로 대상자 증복과 서비스가 필요한 노인이 이용하지 못하는 접근성 문제가 구조적으로 발생하고 있다. 구청의 담당 공무원들은 면담에서 노인복지관에 치매안심센터와 정신건강복지센터와 같은 보건 영역의 서비스가 적극적으로 연계될 필요성은 인식하고 있지만 현장

에서는 이같은 업무가 잘 이뤄지지 않는다고 밝혔다. 구청의 보건국과 사회복지국 간에 서비스를 연계하기 위한 실질적인 업무 교류가 이뤄지지 않고 있다고 했다. 공무원의 업무는 법과 제도에 기반해서 이뤄지는데 중앙정부의 법과 지침에서 보건과 복지의 서비스 연계를 요구하는 지침이 사실상 부재하고, 설령 지침이 있어도 형식적이고 적극 요구하지 않기 때문이라고 말했다.

셋째, 의료와 복지 영역도 역할 구분이 모호하거나 연계나 협조가 미흡하다. 제도적인 차원에서 영역간 연계가 강조되지 않고 민간이 필요에 의해 현장차원에서 하지만 제한적이다. 가령, 요양원에는 중증이 노인이 있으므로 적절한 의료서비스가 제공되어야 하지만 지역의 축탁의사를 통한 서비스 제공이 제한적이다. 더욱이 요양원과 요양병원의 역할 구분이 모호하고, 요양병원과 요양원 간에 경쟁 구도가 형성되어서 갈등이 발생하고 있다(선우덕, 2017; 손덕현, 2017). 더욱이 제도적인 결함으로 질병 치료위주의 요양병원과 사회적 돌봄 중심의 요양시설에 적합하지 않은 노인들이 상당수 입소해 있다. 요양시설에 입소한 노인의 30.4%는 의료적인 치료가 필요한 의료 최고도, 고도, 중도의 환자로 적절한 의료서비스를 이용하지 못하고 있다(김홍수, 2014; 김주경 등, 2015 재 인용). 마찬가지로, 요양병원에도 문제행동군(15.0%), 인지장애군(34.6%), 신체기능저하군(3.9%) 등 입원환자의 53% 노인이 의료 필요도가 낮아서 요양시설이 더 적합한 것으로 나타났다. 더욱이 요양병원 입원 노인 중 적지 않은 비율이 주거지가 없는 의료급여 수급권자나 장기요양 3-5등급자로 기능상태가 별로 나쁘지 않은 것으로 나타났다(선우덕, 2017). 이는 전문가가 아닌 노인이나 가족이 서비스 기관을 자유롭게 선택할 수 있어, 현재의 국민건강보험과 장기요양보험에서 나타난 노인의 객관적인 욕구와 다르게 자의적으로 서비스를 이용하기 때문이다.

#### IV. 논의와 결론

본 연구는 노인 돌봄의 연속성의 측면에서 의료·보건·복지 영역의 서비스가 적절히 제공되는지를 탐색적으로 분석하고 주요 이슈를 제시했다. 본 연구결과에 따르면, 현재 의료·보건·복지 서비스는 노인의 욕구별로 적절한 서비스가 제공되지 않고 연계가 이뤄

지지 않아 노인의 욕구 충족에 큰 한계가 있는 것으로 분석됐다.

구체적으로, 의료 영역은 여전히 급성기 질환의 집중치료 의료시스템으로 운영되어 지역차원의 만성질환의 예방과 관리가 매우 미흡하고, 재가의 왕진제도가 사실상 부재하다. 오히려 요양병원이 종종 노인의 의료서비스로서 비중이 크지만 부적합한 대상자와 높은 의료비용(간병 등) 등의 문제가 많다.

보건 영역은 지역사회 건강검진과 건강증진의 역할을 강화하고 있다. 하지만 일반 의원이나 병원의 관련 기능은 취약하고 보건소만의 서비스로서 한계가 있고, 저소득층 중심의 선별적인 서비스 제공이 이뤄진다. 간호서비스는 서구에서 재가와 지역사회보호의 핵심 서비스인데도 한국에서는 그 비중과 역할이 매우 적은 것으로 나타났다. 3대 재가 간호서비스가 전반적으로 활성화되지 않았고 노인이 희망하는 적극적 의료행위인 ‘고난도 간호처치’ 욕구가 충족되기에 한계가 있다. 더욱이 만성적인 간호 인력 부족으로 근본적인 어려움에 봉착해 있다.

사회복지 영역의 재가 서비스는 많은 노인들이 서비스를 이용하지만 지나치게 가사수발 중심의 단순한 저숙련 돌봄 서비스가 주로 제공되고 있다. 요양원 서비스는 부적합한 대상자의 이용, 부실한 의료와 간호 서비스 제공 등의 문제가 지속적으로 제기되고 있다. 등급외자를 위한 서비스도 그 종류가 늘어났지만 전달체계가 복잡해져서 서비스의 접근성과 통합성에 걸림돌이 되고 있다.

이같은 상황에서 의료·보건·복지의 ‘각 영역 내와 ‘영역 간’ 서비스의 연계가 이뤄지지 않아 노인의 욕구 변화에 따라 대상자나 서비스의 의뢰나 연계가 매우 미흡한 것으로 분석됐다. 특히, 공급주체의 시장화로 인한 제공기관간 경쟁 심화, 전달체계의 복잡화, 정부의 연계를 위한 미흡한 역할 등이 복합적으로 작용하면서 현장 차원에서 적절한 서비스 제공을 위한 연계가 이뤄지지 않고 있다.

요컨대, 지금까지 ‘의료·보건·복지의 연계와 통합적인 커뮤니티케어 시스템’을 구축하는 시도가 이뤄지지 않으면서 지역사회 차원에서 적절한 의료·보건·복지 서비스의 제공과 서비스 간의 연계가 매우 미흡하다. 단순한 연계를 넘어서서 전달체계의 실질적인 ‘통합’을 도모하는 서구와 큰 격차가 있는 것이다. 응급치료를 위한 병원중심의 의료 시스템과 만성적인 인력과 자원 부족 등으로 저소득층 중심의 선별적인 보건시스템, 가사수발 중심의 재가 복지서비스와 분절성이 심화되는 복지 전달체계 등은 노인에게 적절한 서비스 제공과 연계에 큰 장애물이다. 특히, 노인이 집에 머물면서 지역사회에서

활동을 영위하기에 적절한 서비스의 종류와 급여량이 부족하고, 의료·보건·복지 '영역 내' 및 '영역 간' 서비스의 연계를 도모할 수 있는 실질적인 시스템과 인력이 부족하다. 따라서, 노인이 재가보다는 병원이나 요양원과 같은 시설로의 조기 입소를 유도할 위험이 높다.

이같은 서비스 영역 내와 영역 간의 분절적 서비스 이용의 원인은 여러 가지 측면에서 찾을 수 있었다. 먼저, 중앙부처인 보건복지부는 제도적으로 의료와 보건, 복지 영역간의 서비스 연계나 조정의 업무를 명시하지 않거나 형식적으로 다루는 경우가 많아서 시군구의 현장 차원에서 대상자의 입장에서 바람직한 형태의 영역간 서비스의 실질적인 연계나 조정 등이 이뤄지지 않고 있다. 보건복지부 공무원과의 면담에서 보건의료정책실과 사회복지정책실 간에 업무 분담이 분명하고 양 실간에 업무 분리의 골이 깊다고 밝혔다. 중앙부처 내부에서의 보건의료와 복지의 심각한 단절은 영역 간의 교류가 일선 지자체와 현장 차원에서 이뤄지지 않는 근본적인 원인이다. 이와 함께, 국민건강보험과 장기요양보험이 모두 중앙집권적인 전달체계이고 서로 분리되어서 운영되고, 제도적으로 지역차원에서 건강과 요양 서비스를 연결하고 조정해주는 케어매니지먼트나 케어코디네이터 시스템이 부재하다. 따라서, 노인 본인이나 그 가족이 알아서 다양한 서비스 패키지를 만들어서 연계해야 하는데 현실적으로 어렵다.

따라서, 본 연구의 정책적인 시사점은 다음과 같다. 먼저, 중앙부처인 보건복지부가 이같은 심각한 보건의료와 복지의 분절적 현실을 분명히 인식해야 한다. 커뮤니티케어를 계기로 최소한 보건의료정책실과 사회복지정책실 간의 실질적인 교류를 통해 제도와 실천의 연계와 통합적인 변화를 적극 견인해야 한다. 일선 지역차원에서 서비스가 실질적으로 연계되고 조정되는 출발점이 될 것이다. 아울러, 각 지방정부가 지역단위의 연계를 주도하도록 중앙정부가 재정지원과 제도 개선 등을 통해 적극 독려할 필요가 있다. 유럽에서는 다른 영역 간에 통합적인 서비스를 제공하기 위해 중앙정부가 지방정부에 재정을 인센티브로 적극 지원했다. 이를 통해 여러 분야의 전문가가 참여하는 돌봄팀을 구성하도록 독려했고, 팀 접근방식에 의한 사정과 케어매니지먼트 서비스를 제공하고 있다(Europdiaconia, 2015; 전용호, 2012). 최근의 커뮤니티케어 논의를 통해 지역단위의 케어매니지먼트의 필요성이 커지는 상황을 감안할 때, 이같은 방안은 시급하다.

본 연구는 문헌고찰과 소수 공무원과의 면담을 통한 탐색적 연구라는 한계가 있다. 의료·보건·복지의 방대한 영역과 다양한 서비스를 감안할 때 탐색적인 연구로는 주제를



깊이 있게 분석하기 어렵다. 따라서, 향후에 실시될 연구는 의료·보건·복지 영역의 이슈에 대해 서비스제공자, 이용자, 관리자 등을 대상으로 한 대규모 양적 연구나 질적 연구를 통해 더 심도 있는 연구가 이뤄져야 할 것이다.

전용호는 영국 요크대학교(University of York)에서 사회정책학 석, 박사학위를 받았으며 현재 인천대학교 사회복지학과에서 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 장기요양, 사회서비스 시장화, 전달체계, 커뮤니티케어다.  
(E-mail: changil@inu.ac.kr)

## 참고문헌

- 강새봄, 김홍수. (2014). 장기요양방문간호이용과 의료이용의 관계. 보건행정학회지, 24(3), pp.283-290.
- 건강보험심사평가원. (2014). 2013 요양급여 적절성 평가결과 종합보고서. 서울: 동 기관.
- 국민건강보험공단. (2018). 2017 노인장기요양보험통계연보 발간. 원주: 동 기관.
- 국회입법조사처. (2017). 2017 국정감사 정책자료 III. 서울: 동 기관.
- 권금주, 박태정, 이서영. (2015). 노인요양병원 운영 실태는 어떠한가?: 가족 및 종사자의 경험을 중심으로. 한국케어매니지먼트연구, 16, pp.101-122.
- 김남순, 박은자, 전진아, 서제희, 정연, 이용주, 등. (2017). 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건·의료 복지 서비스 제공 모형. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김동진. (2017). 제4차 국민건강증진종합계획 추진을 위한 정책 방향과 과제. 보건복지포럼, 246, pp.6-21.
- 김윤. (2013). 비급성기 의료제공체계의 구축 방향-의료체계의 지속성 보장을 위한 핵심 과제. HIRA 정책동향, 7(4), pp.3-5.
- 김은희, 이은주. (2015). 요양병원 간호인력 확보수준에 따른 입원환자의 간호결과. 한국 데이터정보과학회지, 26(3), pp.715-727.
- 김주경, 김은표, 이만우. (2015). 요양병원 관리 감독 강화 및 제도 개선. 서울: 국회입법조사처.
- 김주경. (2017). 노인 의료서비스 제공체계 현황과 과제. 고령사회 대응 노인의료복지 제공 체계 개선방안 공청회 발표문, 2017.4.13. 국회의원회관.
- 김홍수. (2014). 한국 요양병원과 요양시설: 서비스 니즈와 제공실태. 2014년 한국보건행정학회 후기 학술대회 발표자료집. pp.125-168.
- 노길희, 김창기. (2008). 농촌지역 노인 보건·복지서비스 연계 실태와 개선방안에 관한 연구. 한국지역사회복지학, 27, pp.235-258.
- 박세경, 강은나, 황주희, 김정현, 하태정, 이정은, 등.(2015). 돌봄보건의료 연합서비스 (Joined-up Services) 공급모형에 관한 전망과 과제. 세종: 한국보건사회연구원.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2017a). 2017년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 총

팔. 세종: 동 기관.

보건복지부, 한국건강증진개발원. (2017b). 2017년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 방문건강관리. 세종: 동 기관.

보건복지부. (2017). 2017년 노인돌봄서비스 사업안내. 세종: 동 기관.

보건복지부. (2018). '재가 지역사회 중심으로 사회 서비스 제공' 커뮤니티케어 (Community care) 본격 추진. 보도자료. 세종: 동 기관.

선우덕, 강은나, 이윤경, 김지미, 최인덕, 양찬미. (2015). 노인돌봄(케어) 서비스의 제공주체 간 역할정립과 연계체계 구축. 세종: 한국보건사회연구원.

선우덕, 강은나, 황주희, 이윤경, 김홍수, 최인덕, 등. (2016). 노인장기요양보험의 운영성과 평가 및 제도모형 재설계 방안. 세종: 한국보건사회연구원.

선우덕, 정순돌, 양찬미. (2012). 노인장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안: 재가서비스를 중심으로. 서울: 한국보건사회연구원.

선우덕. (2016). 노인 건강 및 장기요양정책의 현황과 과제. 보건복지포럼, 239, pp.34-48.

선우덕. (2017). 노인장기요양보험제도 도입 후 운영평가와 개선방향. 한국장기요양학회 춘계학술대회 발표문. 서울.

손덕현. (2017). 노인장기요양보장 출범 10년 그리고 앞으로의 10년 대토론회. 한국장기요양학회 춘계학술대회 토론문. 서울.

오유미. (2017). 기대수명 90.8세의 정책적 함의와 대응방향. 서울: 한국건강증진개발원.

오익금, 이현주, 김유경, 성지현, 박영수, 유재용, 등. (2015). 재가간호서비스 제공자의 업무 수행 현황과 장애요인. 대한간호학회지, 45(5), pp.742-751.

우국희. (2017). 섬 지역 고령자의 장소경험과 의미-Aging in place는 가능한가?. 비판사회정책, 54, pp.260-304.

유호신, Arita, K. (2015). 한국 장기요양 방문간호의 정책적 함의와 일본 방문간호의 시사점. 한국보건간호학회지, 29(3), pp.403-411.

윤영호, 권용진, 장숙량, 임정기, 오수경. (2014). 공공보건의료기관의 건강복지서비스 연계 방안. 세종: 보건복지부, 서울대학교.

이규식. (2017). 지역사회중심의 통합서비스체계. 건정연 이슈페이퍼, 21, pp.1-34.

이상영, 이주열, 조소영, 이수형, 오영인, 장진영. (2012). 건강증진서비스 전달체계 확충방

- 안 연구. 서울: 한국보건사회연구원.
- 이승희, 임지영. (2012). 델파이 기법을 이용한 우리나라 재가간호서비스 연계방안. 한국콘텐츠학회논문지, 12(12), pp.282-290.
- 이윤경, 강은나, 김세진, 변재관. (2017). 노인의 지역사회 계속 거주(Aging in place)를 위한 장기요양제도 개편 방안. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이윤경, 정형선, 석재은, 송현중, 서동민, 이정석, 등. (2017). 제 2차 장기요양기본계획 수립 연구. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이윤경. (2018). 노인장기요양보험의 재가보호 현황과 저해요인 분석. 보건복지포럼, 259, pp.77-89.
- 이윤희. (2015). 초고령 사회와 보건의료대응. 보건복지포럼, 225, pp.2-3.
- 이윤희. (2017). 고령사회 대응 보건의료와 장기요양 서비스의 통합적 제공. 고령사회 대응 노인의료복지 제공체계 개선방안 자료집. 2017.4.13. 국회의원회관.
- 이진용. (2012). 일차의료 활성화를 위한 의료자원공급의 개편 방향. 의료정책포럼, 10(3), pp.32-37.
- 이진용. (2014). 의료전달체계의 분절화로 인한 사회안전망기능의 약화. 2014사회정책연합공동학술대회, pp.130-124.
- 전용호 (2012). 영국케어매니지먼트 시스템의 운영과 발전에 관한 연구. 한국케어매니지먼트연구, 7, pp.71-24.
- 전용호 (2015). 노인 돌봄서비스의 전달체계에 관한 연구. 공공부문 인력과 공급자의 관점을 중심으로. 보건사회연구, 35(2), pp.347-397.
- 전용호 (2017). 노인장기요양보험에서 치매노인과 요양보호사의 관계와 돌봄 경험에 관한 연구. 생명연구, 43, pp.129-171.
- 정경희, 강은나, 박세경, 이윤경, 김세진. (2014). 노인장기요양보험 치매특별등급 도입에 따른 노인돌봄서비스 개편방안 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 정경희, 강은나, 이윤경, 황남희, 양찬미. (2016). 노인복지정책 진단과 발전 전략 모색. 세종: 한국보건사회연구원.
- 정경희, 오영희, 이윤경, 오미애, 강은나, 등. (2017). 2017년도 노인실태조사. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 최권호 (2015). 보건사회복지 개념과 역할 재구성. 비판사회정책, 49(3), pp.368-403.

- 통계청. (2016). *생명표. 1970-2015*. 대전: 동 기관.
- 황도경, 신영석, 이윤경, 최병호, 김찬우, 박금령, 등. (2016). 노인 의료와 요양서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구: 공급의 통합적 연계 체계 구축. 세종: 한국보건사회연구원.
- Eurodiaconia. (2015). *Guidelines on Homecare services*. Brussels-Belgium.
- Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fagerström, C. et al. (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11(207), pp.1-14.
- Hooymann, N. R., & Kiyak, H. S. (2011). *Social Gerontology: A multidisciplinary perspective*. Ally & Bacon.
- Kerber, K. J., de Graft-Johnson, J. E., Bhutta, Z. A., Okong, P., Starrs, A., & Lawn, J. E. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child birth from slogan to service delivery. *The Lancet*, 370, pp.1358-1369.
- Liebowitz, B., & Brody, E. M. (1970). Integration of research and practice in creating a continuum of care for the elderly. *Gerontologist*, 10, pp.11-17.
- Vasunilashorn, S., Steinman, B., Liebig, P., & Pyno, J. (2012) Aging in Place: Evolution of a Research Topic Whose Time Has Come. *Journal of Aging Research*, pp.1-6.
- WHO. (2016). *World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs*. Geneva.

# The Use and Coordination of the Medical, Public Health and Social Care Services for the Elderly in Terms of Continuum of Care

**Chon, Yongho**

(Incheon National University)

---

Since the implementation of community care as a key policy agenda, tailoring services to older people's needs has become an important issue in Korea. The purpose of the study is to explore whether the provision of services of the medical, public health, and social care has been adequate and, the services have been coordinated properly according to the needs of older people in terms of continuum of care. The study adopted literature review method and conducted a number of interviews. It is found that there are significant limitations to meet the needs of older people owing to the inadequate tailoring services to their needs and the lack of coordination of adequate services for them. Specifically, a proper medical delivery system has not been established at the local level to prevent and manage chronic diseases. Home visiting services are provided mainly to the poor by public health centers. and home nursing services have been insufficient and there has been a chronic shortage of nursing staff in the public health sector. The low-skilled services such as house chores have been provided mainly and the amounts of benefits are inadequate to meet the needs of older people at the social welfare sector. Moreover, the coordination of services between and among the medical, public health, and social care sectors has been limited owing to the profit-seeking behavior of service providers, the fragmented service delivery systems, and the lack of the coordinating role of governments.

---

**Keywords:** Long-Term Care, Older People, Community Care, Continuum of Care