

## 경기도 S시 노인의 신체적 및 도구적 일상생활수행능력에 근거한 장기요양시설 보호대상자 추계

이후연<sup>1),2)</sup>, 김심아<sup>2)</sup>, 이혜진<sup>3)</sup>, 정상혁<sup>3)\*</sup>

연세대학교 보건대학원<sup>1)</sup>, 연세대학교 보건학과<sup>2)</sup>, 이화여자대학교 예방의학교실<sup>3)</sup>

## Estimation of Elderly Needing Long-term Care in S-city Gyeonggi-do according to ADL and IADL

Hoo-Yeon Lee<sup>1),2)</sup>, Sung-A Kim<sup>2)</sup>, Hye-Jean Lee<sup>3)</sup>, Sang-Hyuk Jung<sup>3)\*</sup>

Yonsei University Graduate School of Public Health<sup>1)</sup>, Department of Public Health, The Graduate School of  
Yonsei University<sup>2)</sup>, Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Ehwa Womans University<sup>3)</sup>

### = ABSTRACT =

**Objectives:** The purpose of this study is to estimate the needs of long-term care in S-city Gyeonggi-do according to ADL and IADL .

**Methods:** We surveyed to investigate the needs of 397 study samples which had been selected by stratified randomized sampling , 2.7% in each Dong of S-city. We estimated the disability of elderly by using standards based on ADL and IADL of OECD and Korea Institute for Health and Social Affairs.

**Results and Conclusions:** According to standards of OECD, the elderly with severe disability were 4,712(31.2%). According to standards of Korea Institute for Health and Social Affairs, the severe disabled elderly with helper were 3,776(24.9%) and the severe disabled elderly without helper 2,130(14.1%). So We concluded that the long-term care beds estimated by need were from 2,130 to 4,712.

To estimate the long-term care beds, we have to consider together physical, mental, nutrition, and cognition status, existence of helper, helper characteristics, and emotional relationship between elderly and helper. But we considered only disability grades of physical states and existence of helper in this study. So it will be useful to conduct study to consider these other factors in future. At the same time this study is of value to estimate objectively long-term care needs based on physical needs in one region

**KEY WORDS :** Long-term care, Need, Elderly, ADL, IADL

\* 교신저자: 서울특별시 서대문구 대현동 11-1, 전화: 02-2650-5755, 팩스: 02-2653-1086  
E-mail: jsh007@ewha.ac.kr

## 서 론

최근 10여년 사이에 전 세계적으로 급격한 노령화가 진행되고 있으며, 특히 노인인구 중 85세 이상이 가장 빠른 증가추세를 보이고 있다[1, 2]. 이러한 세계적인 인구의 노령화 추세는 우리나라도 예외가 아니다. 2004년 기준 우리나라의 65세 이상 노인인구는 전체 인구의 8.7%인 417만 명이며 2019년에는 노인 인구비율이 14.4%로 고령 사회에, 2026년에는 20.2%로 본격적인 초고령 사회로 진입할 전망이다[3]. 특히 그 중에서도 신체적, 정신적으로 허약하거나, 생활장애를 지닌 75세 이상 후기노인들이 지속적으로 증가할 것으로 예상되고[4, 5], 80세 이상 후기고령자 인구는 2000년 48만 명에서 2020년에는 134만 명 수준으로 빠르게 증가할 것으로 예상된다[6].

이러한 노인인구의 증가는 사회적인 문제뿐만 아니라 생물학적인 변화에 따른 많은 건강문제를 야기한다. 한국보건사회연구원의 노인생활실태조사(1998)에 의하면 우리나라 65세 이상 노인 중 약 12%가 외출장애가 있는 허약노인이고, 약 32%가 일상생활수행에 지장이 있는 장애인이라고 보고하고 있다.

이와 더불어 산업화로 전통적인 가족 개념이 해체되어가고 있고, 지속적인 출산력의 저하로 핵가족화가 진행되고 있어 노인요양에 대한 가족 내 해결의 한계가 있고, 평균 가구원수의 감소, 여성의 경제활동참가 증가 등으로 가정 내 여성에 의한 노부모 요양보호가 점차 어려워지고 있다. 그리고 자녀의 가치관 변화 및 노인의 소득수준 향상에 따라 노인만으로 구성된 독거노인 가구 비율이 증가하고 있다[7, 8].

이렇듯 후기고령자를 중심으로 한 노인인구의 증가는 의존적인 상태에 놓인 노인들을 어떻게 보호해야 할 것인가에 대한 사회적 관심을 요구하고 있으며[4, 5], 이에 따라 보건의료, 복지 차원의 종합적인 대책의 수립이 절실

하게 요구된다. 따라서 최근 노인 복지정책의 일환으로 장기요양시설 확충의 필요성에 대해서 많은 관심이 집중되고 있다.

장기요양병상의 필요 규모를 추계하기 위해서는 먼저 장기요양시설의 대상자를 결정하는 기준을 마련해야 한다. 장기요양시설 보호가 필요한 노인의 선정기준은 일반적으로 신체적 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)이 많이 이용된다[4, 5, 6, 7, 8]. 최근 OECD(1998)에서도 국가간 비교를 위해 신체적 일상생활수행능력과 도구적 일상생활수행능력을 이용하여 하나의 통일된 기준을 제시하였다. 이 기준에 의하면 신체적 일상생활수행능력에는 제한이 없지만, 도구적 일상생활수행능력에만 제한이 있는 노인을 경증장애노인, 한 가지 이상의 신체적 일상생활수행능력에 제한이 있는 노인을 중증장애노인으로 분류하고 있다. 이 중 경증장애 노인은 보편적으로 장기요양시설 보호대상으로 포함하고 있지 않고, 주로 중증장애 노인인구만을 보호대상 선정의 대리지표로 간주하고 있다.

우리나라에서는 한국보건사회연구원에서 장기요양시설 보호 대상노인을 추정하는 기준을 제시하였다[4, 5, 6, 7, 8]. 2001년 기준으로 신체적, 정신적 기능의 장애인은 전체 재가노인의 14.8%(53만명)으로 추정되었고, 전체적으로는 20.67%(74만명)의 노인이 공적 장기요양보호서비스가 필요한 노인으로 추정되었다. 이 중에서 재가 및 지역사회보호가 필요한 노인은 790.5%인 67만명, 시설보호가 필요한 노인은 9.5%인 7만명 수준으로 추계되었다[4, 7].

장기요양보호 시설을 기획하기 위해서는 장기요양시설 대상자에 대한 객관적 기준을 마련하고 이에 따른 대상자의 규모를 추계해야 한다. 우리나라의 노인인구비율은 급속도로 증가하고 있으며 이에 대비한 노인보건의료 서비스 제공체계의 정비가 시급하다. 또한 각 지역마다 노인인구의 규모 및 특성이 다양하

기 때문에 이를 반영한 노인보건의료 서비스 내용과 제공체계가 마련되어야 한다. 따라서 이 연구에서는 경기도에 위치한 S시를 대상으로 하여 OECD와 한국보건사회연구원에서 제시한 기준을 각각 적용하여 향후 S시의 장기요양보호시설 보호대상자를 객관적 기준에 근거하여 추정하고, 향후 이 지역의 노인복지 프로그램 구성을 위한 기초 자료로 활용하고자 한다.

사 대상자의 선정은 각 동의 명단 중 1번에서 10번 사이에 한 번호를 선택한 후 표본 배수 번호에 해당하는 노인을 선택하였고, 처음 선정된 번호의 노인을 조사할 수 없는 경우에는 그 번호의 앞 위 번호에 해당하는 노인을 조사대상으로 하였다. 면접 설문조사 언어소통상의 문제로 인하여 본인이 직접 답할 수 없는 경우에 가족이 있는 경우에는 가족이 응답을 하였고, 가족이 없는 경우에는 사회복지사가 대상자를 관찰한 내용으로 바탕으로 하여 질문에 답하였다.

### 대상 및 방법

#### 1. 연구대상

연구대상자 선정을 위해 65세 이상 노인의 기초자료가 포함된 보건소의 교통비지급 명단을 이용하였다. 명단에서 S시 각 동별 노인인구수 중 임의로 27%의 비율을 적용하여 각 동별 연구대상자 수를 결정하고, 무작위 계통 표본추출방법으로 연구대상을 선정하였다. 조

#### 2. 연구내용 및 자료수집 방법

조사내용은 연구대상자의 인구사회학적 특성과 OECD와 한국보건사회연구원에서 제시한[4, 5, 7, 8] 신체적 일상생활수행능력과 도구적 일상생활수행능력(표 1, 2)을 2003년 11월 6일부터 11월 24일까지 약 3주간에 걸쳐 설문조사하였다.

표 1. OECD의 거동장애정도 판단기준

유 형	분 류 기 준
중증	(ADL 항목에서 1개 이상 해당하는 경우)
옷입기	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
세수하기	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
목욕하기	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
식사하기	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
이동	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
화장실 사용	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
중등증	(IADL 항목에서 1개 이상 해당하는 경우)
몸단장	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
근거리 외출	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
약 챙겨먹기	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
집안일	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
금전관리	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
식사준비	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
빨래하기	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
교통수단 이용	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
물건 사기	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
전화사용	부분적으로 혹은 전적으로 도움이 필요한 경우
경증 및 정상	ADL 항목에서 장애가 없으며 IADL 항목에서도 장애가 없는 경우

4 경기도 S시 노인의 신체적 및 도구적 일상생활수행능력에 근거한 장기요양시설 보호대상자 추계

표 2. 한국보건사회연구원의 거동장애정도 판단기준

유형	분류기준
최중증	(아래 ADL 항목에서 1개 이상 해당하는 경우)
이동하기	전혀 이동이 불가능한 경우
화장실 사용하기	화장실 출입이 전혀 불가능한 경우
식사하기	다른 사람이 전적으로 먹여주는 경우 ※ 완전 와상상태 노인에 해당
중증	(최중증 상태가 아니고 아래 ADL 항목에서 1개 이상 해당하는 경우)
이동하기	다른 사람의 도움을 받으면 이동이 가능한 경우
화장실 사용하기	다른 사람의 도움으로 화장실출입이 가능한 경우
식사하기	다른 사람의 도움으로 스스로 식사가 가능한 경우
옷입기	전혀 혼자서 옷을 챙겨 입을 수 없는 경우
세수하기	전혀 혼자서 머리감기, 세수, 양치질이 불가능한 경우
목욕하기	다른 사람이 전적으로 도와주는 경우 ※ 대부분 와상상태인 경우
경증	(최중증, 중증상태가 아니고 아래 ADL 항목에서 1개 이상 해당하는 경우)
옷입기	다른 사람의 도움이 부분적으로 필요한 경우
세수하기	다른 사람의 도움이 부분적으로 필요한 경우
목욕하기	다른 사람의 도움이 부분적으로 필요한 경우 ※ 대체적으로 앉아 있으나 가끔씩 누워있는 상태인 경우
허약	IADL 5개 항목(집안일하기, 식사준비하기, 빨래하기, 약 챙겨먹기, 물건사기)에서 장애가 있는 노인

설문조사 방법은 가구방문 면접조사 방법으로 진행되었으며 S시 13개동의 사회복지사들을 교육한 후 면접조사를 수행하였다.

3. 장애유형 측정 및 장기요양시설 보호 대상자 추정

장애유형의 측정은 OECD 기준과 한국보건사회연구원의 기준은 모두 신체적 및 도구적 일상생활수행능력을 기준으로 장애정도를 판단하고 있다. 그러나 한국보건사회연구원의 중증장애의 기준에는 '옷입기' '세수하기' '목욕하기' 항목이 전적으로 다른 사람의 도움을 받는 경우만이 해당되는 반면, OECD의 기준에서는 이 세 가지 항목이 부분적 또는 전적으로 다른 사람의 도움을 받는 경우 모두가 중증장애에 포함된다는 차이점이 있다.

OECD기준에 의하면 중증, 경증, 정상의 3가

지 장애분류에 따라 중증 장애에 해당하는 경우 이를 장기요양시설 보호의 대상자로 정의하였다. 반면 한국보건사회연구원이 연구에 의하면 최중증, 중증, 경증, 허약, 정상의 5단계로 장애정도를 구분하고, 각 장애유형별 수발장애를 고려한 일정비율을 적용하여 대상자를 추계하였다.

즉, 한국보건사회연구원의 연구에 의하면 수발형태를 3단계로 구분하여, 장애상태가 최중증인 노인 중에서 수발사태가 심한 수발장애를 가진 경우에는 대상노인의 100%를, 중간적 수발장애를 가진 경우에는 대상노인의 70%를, 경미한 수발장애를 가진 경우에는 대상노인의 50%를 대상으로 설정하였다. 그리고 장애상태가 중증인 노인 중에서 심한 수발장애를 가진 경우에는 대상노인의 50%를, 중간적 수발장애를 가진 경우에는 대상노인의

30%를, 경미한 수발장애를 가진 경우에는 대상노인의 10%를 각각 시설보호가 필요한 것으로 정의하고 수발상태와 관계없이 장애상태가 경증인 경우와 허약한 경우는 재가 및 지역사회에서 보호의 대상으로 정의하였다[4, 5, 7, 8].

이 연구에서는 심한 수발장애를 수발자가 없는 것으로 구분하고, 중간적 또는 경미한 수발장애를 수발자가 있는 것으로 분류하여 조사하였기 때문에 자료의 한계로 인하여, 장애상태가 최종증인 노인 중에서 수발자가 없는 경우에는 대상노인의 100%를, 수발자가 있는 경우에는 중간과 경미한 수발장애 적용 비율의 중간값인 60%를 적용하였다. 그리고 장애상태가 중증인 노인 중에서는 심한 수발장애를 가진 경우에는 대상 노인의 50%를, 수발자가 있는 경우에는 최종증에서와 마찬가지로 중간과 경미한 수발장애의 중간값인 20%를 각각 장기요양시설 보호가 필요한 것으로 정의하고 장기요양시설 보호대상자를 추계하였다.

## 결 과

### 1. 조사대상자의 일반적 특성

S시 65세 이상 노인인구는 총 15,102명(4.3%)으로 이 중 2.7%인 397명이 최종 연구대상자였다(표 3). 연구대상자의 평균 연령은 71.9세였고, 여자는 236명(59.4%), 남자 161명(40.6%)이었다. 교육수준은 초등학교 졸업과 무학인 경우가 각각 44.1%, 31.5%로 저학력자가 대부분이었고, 배우자가 있는 경우는 54.4%, 배우자가 없는 경우는 43.9% 이었다.

직업은 없는 경우가 91.7%로 대부분이 직업을 갖고 있지 않았다. 생활수준은 보통이라고 응답한 경우가 54.4%로 가장 많았고, 못 사는 편이라고 응답한 경우가 41.3%이었다. 수발자는 없는 경우가 67.7% 이었으며 수발자가 있는 경우에는 배우자가 수발을 드는 경우가

12.8%로 가장 많았고, 수발자의 대부분이 가족이었다.

### 2. 신체적 일상생활수행능력

신체적 일상생활수행능력을 평가한 결과(표 4), 도움에 전적으로 의존하는 경우와 부분적으로 도움이 필요한 경우 모두에서 '목욕하기' 항목이 가장 많았고, 도움 없이 스스로 해결할 수 있는 비율은 '식사하기'에서 366명(92.2%)로 가장 높았다.

### 3. 도구적 일상생활수행능력

노인들의 도구적 일상생활수행능력을 평가한 결과(표 5), '빨래하기' 항목에서 모두 도움에 전적으로 의존하는 경우와 부분적으로 도움이 필요한 경우가 가장 많았다(표 5). '빨래하기' 외 '교통수단이용하기' 항목이 도움에 전적으로 의존하는 대상자가 57명(14.3%)으로 그 다음으로 가장 많았고, '약챙겨먹기', '몸단장', '근거리외출', '전화사용하기' 항목은 도움없이 혼자 가능한 노인수가 상대적으로 많았다.

### 4. OECD 기준에 의한 장애유형 및 장기요양 시설 보호대상자 추계

연구대상자 397명 중 124(31.2%)이 장기요양시설 입원 대상 선정기준으로 사용되는 중증 장애에 해당하였고(표 6), S시 전체 65세 이상 노인인구에서 중증장애노인 인구는 4716명이었고, 수발자가 없는 중증장애 노인은 17.9%였다. 그러나 OECD기준에 의하면 수발자의 유무 및 유형은 장기요양시설 보호대상자의 추계에 고려하지 않기 때문에 최종 장기요양시설 보호대상자는 4716명으로 추계되었다(표 7).

### 5. 한국보건사회연구원 기준에 의한 장애유형 및 장기요양시설 보호대상자 추계

연구대상자 397명 중 최종증은 21명(5.3%),

6 경기도 S시 노인의 신체적 및 도구적 일상생활수행능력에 근거한 장기요양시설 보호대상자 추계

표 3. 조사대상 노인의 일반적 특성

특성	구분	명	%
성별	남	161	40.6
	여	236	59.4
연령	평균(세)	71.9 ±6.1	
교육정도	대학교 이상	10	2.5
	고등학교	48	12.1
	중학교	39	9.8
	초등학교	175	44.1
	무학	125	31.5
배우자	유	216	54.4
	무	174	43.9
	기타	7	1.7
직업	유	33	8.3
	무	364	91.7
주관적 판단 생활수준	아주 잘 사는 편	1	0.3
	잘 사는 편	16	4.0
	보통	216	54.4
	못 사는 편	122	30.7
	아주 못 사는 편	42	10.6
월수입	20만 원 이하	38	9.6
	21-50만원	78	19.6
	51-100만원	82	20.7
	101-150만원	51	12.8
	151만원 이상	63	15.9
	무응답	85	21.4
의료보장	의료보험	361	91.0
	의료보호	27	6.8
	없음	9	2.3
수발자 있음	유	119	30.0
	배우자	51	12.8
	자식1)	63	15.9
	기타	5	1.3
	무	278	70.0

1) 며느리 포함

중증 78명(19.6%), 경증 54명(13.6%), 허약 112명(28.2%)으로 S시 조사대상 노인의 절반이상이 일상생활수행능력에 장애를 갖고 있었다(표 8). 그리고 최종증과 중증 장애유형을 대상으로 하여 수발자를 기준으로 추계한 장기요양시설 보호대상자는 최종증의 장애유형의 경우 586명(3.9%), 중증장애의 경우 1,153명

(7.6%)으로 총 1,739명으로 S시 전체 노인의 11.5%를 차지하였다(표 9).

### 고 찰

S시 전체 65세 이상 노인인구수는 15,102명, 4.3%로 2003년도 기준 전국평균 8.23%에 비해

표 4. 조사대상자의 신체적 일상생활 수행능력

항목	어려움 정도	남(%)	여(%)	합(%)
옷입기	도움없이 혼자함	143(40.6)	209(59.4)	352(100.0)
	부분적으로 도움이 필요함	9(31.0)	20(69.0)	29(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	9(56.2)	7(43.8)	16(100.0)
세수하기	도움없이 혼자함	146(40.2)	217(59.8)	363(100.0)
	부분적으로 도움이 필요함	9(40.9)	13(59.1)	22(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	6(50.0)	6(50.0)	12(100.0)
목욕하기	도움없이 혼자함	126(42.0)	174(58.0)	300(100.0)
	부분적으로 도움이 필요함	21(30.4)	48(69.6)	69(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	14(50.0)	14(50.0)	28(100.0)
식사하기	도움없이 혼자함	146(39.9)	220(60.1)	366(100.0)
	부분적으로 도움이 필요함	10(47.6)	11(52.4)	21(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	5(50.0)	5(50.0)	10(100.0)
이동	도움없이 혼자함	132(42.7)	177(57.3)	309(100.0)
	부분적으로 도움이 필요	21(30.4)	48(69.6)	69(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	8(42.1)	11(57.9)	19(100.0)
화장실 사용	도움없이 혼자함	150(41.7)	210(58.3)	360(100.0)
	부분적으로 도움이 필요함	7(25.9)	20(74.1)	27(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	4(40.0)	6(60.0)	10(100.0)

크게 낮았다. 이는 S 지역이 도농 복합지역으로 최근 도시 지역에 젊은 연령의 인구가 급증하였기 때문이다. 반면 65세 이상 인구의 평균연령은 S시가 71.9세, 전국평균이 72.5세로 유사하였다.

연구방법에서 언급한 바와 같이 OECD 기준은 한국보건사회연구원과 달리 '옷입기' '세수하기' '목욕하기' 항목에서 부분적으로 다른 사람의 도움을 받는 경우도 중증장애에 포함되고, 수발자의 유무 및 유형에 따라 세부적으로 구분하지 않기 때문에 한국보건사회연구원의 기준에 의해 추정된 병상보다 많은 병상이 필요한 추정되었다.

연구대상자의 장애유형은 한국보건사회연구원 기준에 의하면 최중증이 5.3%로서 전국규모의 연구에서 추정되는 3.0%의 1.8배 수준이었고, 중증은 19.6%로서 전국규모의 연구[4, 7]에서 추정되는 16.7% 1.2배 수준으로, 전국에 비해 장애정도가 심각함을 의미한다. 따라

서 이 지역의 장애정도의 심각성과 특성을 반영한 장기요양프로그램을 계획하는 것이 바람직할 것이다.

한편 수발자는 배우자 혹은 자녀 수발자가 대부분으로 주로 가족에 의해 수발이 이루어지기 때문에 앞으로 가족수발자에 대한 보조 및 교육프로그램이 마련되어야하며, 이를 위해 가족 수발자의 부담을 일시적으로 덜어줄 수 있는 공적 장기요양보호서비스의 강화나 단기보호시설과 같은 보조프로그램의 운영이 필요할 것이다.

대부분의 나라에서 노인의 거동장애 정도를 평가하는데 있어 신체적 일상생활수행능력과 도구적 일상생활수행능력을 이용하여 평가를 하고 있으며[4, 5, 6, 7, 8], 중증 이상의 거동장애가 있다고 판단되는 경우, 장기요양시설 입원대상으로 평가하고 있다[9]. 물론 나라마다 세부적인 기준에는 차이가 있다. 특히 도구적 일상생활수행능력 도구의 경우에는 포함되

표 5. 조사대상자의 도구적 일상생활 수행능력

항목	어려움 정도	남(%)	여(%)	합(%)
몸단장	도움없이 혼자함	139(40.1)	208(59.9)	347(100.0)
	부분적으로 도움이 필요함	15(42.9)	20(57.1)	35(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	7(46.7)	8(53.3)	15(100.0)
근거리외출	도움없이 혼자함	137(43.6)	177(56.4)	314(100.0)
	부분적으로 도움이 필요	15(27.3)	40(72.7)	55(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	9(32.1)	19(67.9)	28(100.0)
약 챙겨먹기	도움없이 혼자함	149(40.7)	217(59.3)	366(100.0)
	부분적으로 도움이 필요	6(33.3)	12(66.7)	18(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	6(46.2)	7(53.9)	13(100.0)
집안일	도움없이 혼자함	118(42.0)	163(58.0)	281(100.0)
	부분적으로 도움이 필요	29(36.3)	51(63.8)	80(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	14(38.9)	22(61.1)	36(100.0)
금전관리	도움없이 혼자함	124(44.8)	149(55.2)	273(100.0)
	부분적으로 도움이 필요	26(34.2)	50(65.8)	76(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	11(22.9)	37(77.1)	48(100.0)
식사준비	도움없이 혼자함	101(37.8)	166(62.2)	267(100.0)
	부분적으로 도움이 필요	37(45.1)	45(54.9)	82(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	23(47.9)	25(52.1)	48(100.0)
빨래하기	도움없이 혼자함	91(57.6)	152(62.6)	243(100.0)
	부분적으로 도움이 필요	39(42.9)	52(57.1)	91(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	31(49.2)	32(50.8)	63(100.0)
교통수단이용	도움없이 혼자함	119(48.2)	142(54.4)	261(100.0)
	부분적으로 도움이 필요	28(31.1)	62(68.9)	90(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	14(30.43)	32(69.57)	46(100.0)
물건사기	도움없이 혼자함	126(48.1)	173(57.9)	299(100.0)
	부분적으로 도움이 필요	27(37.5)	45(62.5)	72(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	8(30.8)	18(69.2)	26(100.0)
전화사용	도움없이 혼자함	142(48.8)	183(56.3)	325(100.0)
	부분적으로 도움이 필요함	15(32.6)	31(67.4)	46(100.0)
	도움에 전적으로 의존함	4(15.4)	22(84.6)	26(100.0)

는 항목이 각 나라의 사회 문화적 환경은 물론 그 나라에서 시행하고 있는 노인복지 프로그램에 따라 다양하다. 대부분의 유럽 국가에서는 지역사회 자체에서 경증장애에 해당하는 노인을 위한 각종 프로그램들이 잘 마련되어 있기 때문에 장기요양보호 시설에서는 이 부분을 중요하게 다루고 있지 않으나 우리나라의 경우에는 노인복지 프로그램이 아직 잘 갖

추어져 있지 않고, 또한 중증장애로의 악화를 예방하는 의미에서, 유럽국가들에 비해서는 좀 더 적극적으로 경증장애 노인들을 대상으로 서비스를 제공해야 할 것이다[6].

장기요양보호대상 인구는 최근 대부분의 국가에서 탈-기관화(de-institutionalization) 현상으로 인해 감소하는 추세이다. 북부유럽지역은 사회보장 시스템이 잘 갖추어져 있기 때문에,



표 6. OECD 장애유형 기준에 의한 장애유형 단위 : 명(%)

	조사 대상자(%)			전체 대상자(%)
	남	여	합	
중증	46(11.6)	78(19.6)	124 (31.2)	4,716 (31.2)
경증	54(13.6)	87(21.9)	141 (35.5)	5,364 (35.5)
정상	61(15.4)	71(17.9)	132 (33.3)	5,021 (33.3)
합	161(40.6)	236(59.5)	397(100.0)	15,102(100.0)

표 7. OECD 장애유형 기준에 의한 장기요양시설 보호대상자 추계 단위 : 명(%)

	조사 대상자(%)			장기요양시설 보호대상자 추계(%)
	수발자 있음	수발자 없음	합	
중증	53(13.4)	71(17.9)	124 (31.2)	4,716 (31.2)
경증	40(10.1)	101(25.4)	141 (35.5)	
정상	26 (6.6)	106(16.7)	132 (33.3)	
합	119(30.0)	278(70.0)	397(100.0)	15,102(100.0)

표 8. 한국보건사회연구원 기준에 의한 장애유형 단위 : 명(%)

	조사 대상자(%)			전체 대상자(%)
	남	여	합	
최중증	9 (2.3)	12 (3.6)	21 (5.3)	799 (5.3)
중증	24 (6.3)	54(13.6)	78 (19.6)	2,968 (19.6)
경증	33 (8.3)	21 (5.3)	54 (13.6)	2,054 (13.6)
허약	34 (8.6)	78(19.6)	112 (28.2)	4,261 (28.2)
정상	61(15.4)	71(17.9)	132 (33.3)	5,021 (33.3)
합	161(40.6)	236(59.5)	397(100.0)	15,102(100.0)

표 9. 한국보건사회연구원 기준에 의한 장기요양시설 보호대상자 추계 단위 : 명(%)

	조사 대상자(%)			장기요양시설 보호대상자 추계(%)
	수발자 있음	수발자 없음	합	
최중증	14 (3.53)	7 (1.8)	21 (5.3)	586 (3.9)
중증	29 (7.33)	49(12.3)	78 (19.6)	1,153 (7.6)
경증	16 (4.1)	38 (9.5)	54 (13.6)	
허약	32 (8.1)	80(20.2)	54 (13.6)	
정상	26 (6.5)	106(26.7)	132 (33.2)	
합	117(29.5)	280(70.5)	397(100.0)	15,102(100.0)

이미 1960년도에 탈-기관화가 가장 먼저 시작되었고, 호주, 미국 등은 노인의료비의 증가 억제를 위해 지역사회에서 노인부양을 부담하는 방향으로 정책의 노선을 변경하였다. 또한 최근 일본에서도 요양기관이 부족함에 따라 탈-기관화를 유도하는 방향의 정책을 시행하고 있다[10, 11]. 그러나 우리나라의 경우 현재 요양시설은 물론 지역사회에 기반한 노인복지 프로그램이 제대로 갖추어져 있지 못한 실정 이어서[6] 선진국들과 같은 탈기관화 정책을 적용하기 어려운 것으로 생각된다. 따라서 앞으로는 절대적으로 필요한 장기요양시설의 확충과 더불어 가정 및 지역사회 내의 프로그램 확충을 통하여 시설과 가정 및 지역사회 프로그램이 적절하게 균형을 이루는 방향으로 정책이 시행되어야 할 것이다.

S시의 장기요양시설 보호대상자는 OECD 기준에 의하면 4,716(31.2%)명이었고, 한국보건사회연구원의 기준에 의하면 1,739(11.5%)명이었다[4, 7]. 이는 기존 우리나라 전체 대상의 연구의 결과인 9.5%보다 약간 높은 수치로 전국자료에 비해 연구대상자의 장애정도가 더 심했기 때문일 것이다. 그러나 수발자의 장애 유형을 구분하는 기준이 동일하지 않았기 때문에 절대적인 수치를 비교하는 데는 무리가 따를 수 있으므로 결과의 해석 시 주의해야 한다. 한편 장기요양시설의 필요 병상수를 추정하는 경우에는 신체적 장애뿐 아니라 영양상태, 인지상태[12, 13], 그리고 수발자의 유무뿐만 아니라 수발자와의 정서적 유대관계 능력이 모두 종합적으로 고려되어야 한다. 하지만 이 연구에서는 신체적 장애유형과 수발자의 유무만을 가지고 필요 병상수를 추계하였다는 한계점이 있다. 그러나 특정 지역 노인들의 장애유형과 수발자를 고려한 객관적 기준에 의해 장기요양시설 보호대상자를 필요를 추계하였다는데 의미가 있다고 하겠다.

## 요 약

이 연구는 경기도 S시 노인의 신체적 및 도구적 일상생활수행능력에 따른 장기요양보호 대상자를 파악하고 이에 근거한 S시의 장기요양 시설의 필요 병상 및 규모를 추계하기 위한 연구이다. 장기요양시설의 필요 조사는 경기도 S시 각 동별 65세 이상 노인의 27%를 층화 무작위 추출을 이용하여, 최종 397명을 연구대상자로 선정하였다. 장기요양시설의 필요는 신체적 일상생활수행능력과 도구적 일상생활수행능력을 이용하여 장애정도를 평가하는 OECD와 한국보건사회연구원의 기준을 이용하였다.

연구결과 OECD의 기준에 의하면 장기요양 시설 입원 대상자수가 4,716명(31.2%)이었고, 보건사회연구원 기준에 의하면 1,739명(11.5%)이었다. 따라서 S시에 필요한 장기요양시설은 1,739병상에서 4,716병상이었다. 이 연구는 한 지역을 대상으로 하여 객관적인 기준에 의해 필요를 추정하고, 이에 근거하여 장기요양시설의 규모를 추계하였다는데 그 의미가 있다.

## 제 인

향후 장기요양 보호가 필요한 대상 노인을 보다 정확하게 추정하기 위해서는 다음과 같은 사항을 고려할 필요가 있다. 첫째, 장기요양보호대상 노인을 추정하는데 있어 신체적 측면뿐만 아니라 정신적인 측면을 동시에 고려해야 하며 이를 위해서는 치매 및 우울증 등 다빈도 정신질환의 발생 및 유병에 대한 정확한 자료가 구축되어야 할 것이다.

둘째, 신체적 일상생활 또는 도구적 일상생활수행능력 지표항목에 대한 충분한 재검토가 필요하다. 특히 도구적 일상생활의 평가에 포함되는 항목은 각 나라마다 또는 연구자마다 그 범위가 약간씩 차이가 있다. 따라서 우리나라 노인의 현실에 맞는 일상생활수행능력 평가의 적합한 항목을 재검토하는 것이 필요하

고, 이를 통하여 현실에 맞는 신뢰성 있고 과학적으로 타당한 선별기준을 갖추는 것은 무엇보다 우선되어야 한다.

셋째, 장기요양보호대상노인을 보호하는데 중요한 역할을 담당하는 주수발자의 특성을 정확하게 파악해야 한다. 가정봉사원이나 간병전문인력이 담당한다고 하더라도 일차적인 수발은 가족 구성원의 몫이므로, 가족수발자의 건강상태나 취업상태, 피수발자와의 정서적 관계 등을 파악하여, 이에 기반을 두어 장기요양보호대상 노인을 추정하는 것이 바람직하다.

넷째, 노인의료 전문의, 노인보호서비스를 전문적으로 제공하는 간호사, 사회복지사, 재활치료사 등의 전문 인력으로 구성된 전문가팀(multidisciplinary team)에 의한 장기요양보호대상 노인을 결정하는 문지기(gate-keeper) 시스템을 활용하여 기준의 적용 및 체계를 좀더 객관적이고 합리적으로 운영할 수 있을 것이다.

### 참고문헌

1. Cheng YH, Chi I, Boey KW, et al Self-rated economic condition and the health of elderly persons in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1415-1424
2. Ho SC, Woo J, Sham A, et al. A 3-year follow-up study of social, lifestyle and health predictors of cognitive impairment in a Chinese older cohort. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 1389-1396
3. 추계인구, 통계청, 2004.
4. 노인 장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안. 한국보건사회연구원; 2001
5. 장기요양보호대상 노인의 수발실태 및 복지욕구. 한국보건사회연구원; 2001
6. 선우덕. 노인요양의 실태와 사회적 보호 필요성. 노인요양의 실태와 사회적 보호방안 토론회. 한국보건사회연구원; 2001
7. 장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안. 보건복지포럼; 2002(66호)
8. 노인장기요양보호정책의 수립방안. 보건복지포럼; 2001(51호)
9. OECD. Ageing working papers, Long term care services to older people, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons. OECD/OCDE; 1998
10. Jacobzone S, Cambois E, Robbins JM. Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing. OECD Economic Studies; 2000
11. The british geriatrics society. The royal commission on long term care for the elderly. The british geriatrics society; 1998
12. Lee TW, Kovner CT, Mezey MD, Ko IS. Factors influencing long-term home care utilization by the older population. *Public Health Nursing* 2001; 18(60): 443-449
13. Ma FJ, Boeije HR, Huijeman R, Weert GH, Schrijvers AJP. Objectivity in needs assessment practice: admission to a residential home. *Health and Social Care in the Community* 2002; 10(6): 445-456