



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학석사 학위논문

베이비 붐 세대의  
장기요양서비스 요구도 조사

2013년 2월

서울대학교 대학원  
간호학과 간호학 전공  
한 송 이



# 베이비 붐 세대의 장기요양서비스 요구도 조사

지도교수 윤순녕

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함

2012년 10월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

한 송 이

한송이의 간호학석사 학위논문을 인준함

2012년 12월

위원장

이 인숙



부위원장

김정은

Handwritten signature of Kim Jung-eun in black ink.

위원

윤순녕

Handwritten signature of Yun Sun-nyung in black ink.



## 국 문 초 록

본 연구는 베이비 붐 세대의 장기요양서비스에 대한 요구도를 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다. 서울과 경기도에 거주하는 베이비 붐 세대 196명을 대상으로 2012년 9월 3일부터 10월 9일까지 자료를 수집하였다. 장기요양서비스 요구도 측정 도구는 개인건강간호, 삶의 방식 존중, 사회적 상호작용, 서비스의 질 향상, 안전한 환경의 5개 영역으로 구성되었고, “1=전혀 필요하지 않다”부터 5=매우 필요하다”의 5점 척도이다. 이 도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .957이었다. 수집된 자료는 SPSS 20.0을 이용하여 서술적 통계,  $\chi^2$  검정, t-test, ANOVA로 분석하였다

본 연구의 분석 결과는 다음과 같다.

- 1) 장기요양서비스 중 시설서비스를 선호하는 대상자의 요구도는 평균 4.28( $\pm$ 0.53)이었다. 영역별 점수는 안전한 환경 영역 평균 4.40( $\pm$ 0.69), 사회적 상호작용 영역 평균 4.38( $\pm$ 0.55), 서비스의 질 향상 영역 평균 4.34( $\pm$ 0.64), 개인건강간호 영역 평균 4.28( $\pm$ 0.69), 삶의 방식 존중 영역 평균 4.11( $\pm$ 0.60)의 순으로 요구도가 높게 나타났다
- 2) 재가서비스를 선호하는 대상자의 장기요양서비스 요구도 평균점수는 4.18( $\pm$ 0.56)로 나타났다. 사회적 상호작용 영역 4.37( $\pm$ 0.56), 서비스의 질 향상 영역 4.32( $\pm$ 0.64), 안전한 환경 영역 4.32( $\pm$ 0.81), 개인건강간호 영역 4.19( $\pm$ 0.68), 삶의 방식 존중 영역 3.83( $\pm$ 0.72)의 순으로 나타났다.
- 3) 시설서비스 선호 대상자의 특성별로는 성별, 노후희망거주지역, 질병유무에 따라 요구도에 유의한 차이를 나타냈다. 여성인 경우, 노후희망거주지역을 도시로 선택한 경우, 질병이 없는 경우 개인건강간호 영역과 서비스의 질 향상 영역에서 유의하게 높은 요구도를 나타냈다.
- 4) 재가서비스를 선호하는 대상자는 연령, 동거가족수, 노후희망거주지

역, 주관적 건강상태에 따라 장기요양서비스 요구도에서 유의한 차이를 나타냈다. 연령이 높은 경우 삶의 방식 존중 영역, 동거가족수가 적을수록 개인건강간호 영역, 노후희망거주지역이 도시인 경우 안전한 환경 영역, 주관적 건강상태가 나쁠수록 개인건강간호 영역에서 높은 요구도를 보였다.

이상의 연구결과에 의하면, 베이비 붐 세대는 장기요양서비스의 다양한 영역에서 모두 높은 요구도를 가지고 있고 특성에 따라 요구도가 다른 것으로 나타났다. 특히 시설서비스를 선호하는 대상자들은 이들의 특성에 따라 개인건강간호 영역과 서비스의 질 향상 영역의 요구도가 상대적으로 높게 나타났고, 재가서비스 선호 대상자의 경우도 특성에 따른 다양한 요구도를 나타냈다. 그러나 현재 제공되는 장기요양서비스는 요양중심의 획일화된 서비스를 제공하고 있는 한계가 있다. 그러므로 향후 실질적인 장기요양서비스 이용자인 베이비 붐 세대의 요구에 맞춰 건강관련 서비스를 강화하고, 개인의 특성에 따른 차별화된 양질의 서비스를 개발하여야 할 것이다.

**주요어 :** 베이비 붐 세대, 장기요양서비스 요구도, 시설서비스, 재가서비스  
**학 번 :** 2010-20447

# 목 차

국문 초록 .....	i
<b>I. 서론</b> .....	1
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	3
3. 용어 정의 .....	4
<b>II. 문헌고찰</b> .....	5
1. 베이비 붐 세대의 개념 및 특징 .....	5
2. 장기요양서비스의 개념 .....	9
3. 장기요양서비스 이용에 영향을 미치는 요인 .....	18
<b>III. 연구방법</b> .....	23
1. 연구 설계 .....	23
2. 연구의 개념적 기틀 .....	23
3. 연구 대상 .....	24
4. 연구 도구 .....	24
5. 자료 수집 방법 .....	31
6. 자료 분석 방법 .....	31
<b>IV. 연구결과</b> .....	33
1. 연구 대상자의 특성 .....	33
2. 장기요양서비스 요구도 .....	38
3. 대상자의 특성에 따른 장기요양서비스 요구도 .....	39



V. 논의 .....	49
1. 장기요양서비스 요구도 .....	49
2. 대상자의 특성에 따른 장기요양서비스 요구도 .....	51
3. 연구의 제한점 및 의의 .....	56
VI. 결론 및 제언 .....	57
1. 결론 .....	57
2. 제언 .....	58
참고문헌 .....	59
부록 .....	67
Abstract .....	77

## 표 목 차

Table 1. Cronbach'a value of each variable .....	25
Table 2. Reliability and validity .....	29
Table 3. General characteristics and differences between the subjects who preferred nursing homes and home care services .....	36
Table 4. Needs of subjects who preferred nursing homes .....	38
Table 5. Needs of subjects who preferred home care services .....	39
Table 6. The difference of long-term care service needs by characteristics of nursing homes preference subjects ...	41
Table 7. The difference of long-term care service needs by characteristics of home care services preference subjects .....	46

## 그림목차

Figure 1. Research framework .....	23
------------------------------------	----



# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

우리나라 65세 이상 노인인구의 비율은 2010년에 이미 11%를 넘어 현재 고령화 사회이며, 2050년에는 38.2%로 크게 증가할 것으로 전망되고 있다. 이는 2010년 세계인구 중 65세 이상 비율 7.6%에서 2050년 16.2%로의 증가 비율보다 훨씬 빠른 증가율이다(통계청, 2009). 노인인구의 비율이 증가하는 가장 큰 원인은 1955-1963년 사이 태어난 베이비 붐 세대의 고령화이다. 2010년 우리나라 베이비 붐 세대는 712만 명으로 전체 인구의 14.6%를 차지하고 있으며(통계청, 2010), 실제 베이비 붐 세대가 65세 이후로 진입하는 시기인 2020년에는 고령화 비율이 이전과 비교해 급격히 상승할 것이라고 예상하고 있다(통계개발원, 2010).

이와 같은 인구의 고령화는 필연적으로 만성질환의 증가로 이어진다(이광옥과 임미림, 2002; 이상영, 2004; 정지영, 이미영과 김미정, 2010; Edlund, Lufkin, & Franklin, 2003). 실제 우리나라의 경우 65세 이상 노인의 88.5%가 1개 이상 만성질환을 가지고 있고 만성질환 수는 평균 2.5개로 2개 이상의 만성질환을 가진 노인의 비율도 68.3%를 차지하고 있다(정경희 등, 2012). 미국의 경우도 노인인구의 증가로 만성질환 유병율이 증가하고 있으며(Ford, Henderson, & Handley, 2010), Ko와 Coons (2006)에 따르면 2000년에 비해 2020년에는 당뇨병 및 고혈압 유병자수가 약 131만 명 정도 늘어날 것으로 예상하고 있고(정지영 등, 2010에 재인용됨), 2030년에는 베이비 붐 세대의 60% 이상이 1개 이상의 만성질환을 가지고 있을 것으로 예상하고 있다(Health care braces for boomers; One in six will have multiple chronic illnesses by 2030, 2007). 이같이 만성질환의 증가로 인해 치료보다는 장기요양서비스에 대한 요구가 높아질 것으로 전망된다(이홍자, 2008).

또한 가족 내 노인의 전통적 수발자인 여성의 사회 진출과 더불어(정제

인, 2007) 출산율 감소로 인해 노인을 돌보는 자녀의 수도 점차 줄어들게 되어 노인의 부양 기능을 가족에게만 맡기기는 어려운 실정이다. 실제 우리나라의 통계자료를 보면 출산율은 2005-2010년 기간 중 1.13명으로, 이는 선진국의 1.64명 보다 낮은 수준이다. 또한 2010년의 노년부양비는 15로 선진국 24보다 낮으나, 2030년에는 38로 선진국 수치 36보다 높아지기 시작해서 2050년에는 72로 선진국 45보다 훨씬 높아질 것으로 전망되고 있다(통계청, 2009). 이와 더불어 핵가족화로 인한 가족 구성원의 감소, 효에 대한 가치관의 변화 등으로 인해 전통적인 가족의 노인부양 능력이 약화되어(홍선우와 손행미, 2007) 비공식적인 서비스인 가족 수발자에게 의존하기 보다는 공식적인 장기요양서비스에 대한 수요가 높아질 것으로 예상된다(Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011). 실제 2008년 1,700개였던 입소기관이 2011년 4,061개로 증가하였고, 재가기관은 2008년 9,961개에서 2011년 19,505개로 급증한 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2012). 장기요양서비스 이용자 역시 2008년 약 15만 명에서 2011년 상반기에는 약 32만 명으로 2배 이상 증가한 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2011a, 2011b).

게다가 인구 노령화의 가장 큰 이유인 베이비 붐 세대는 이전 세대와는 다른 특성을 가지고 있는 세대이다. 이들은 독거가구의 증가, 높아진 교육·경제수준, 높은 소비력과 건강요구도, 독립적인 특성을 가진 세대로 자신의 노후에 자기결정권을 가진 세대라고 볼 수 있다(통계개발원, 2010; 통계청, 2010; Duncan, Nicholson, White, Bradley, & Bonaguro, 2010; Pratt, 2010). 미국의 경우도 베이비 붐 세대가 2011년에 65세 이상 노인인구에 들어서면서 미국 사회의 노령화를 가속시켰고(Edlund et al., 2003), 이들이 미래 장기요양서비스 이용자로 매우 큰 비중을 차지하여 그들에 대한 중요성이 부각되고 있다. 베이비 붐 세대는 그들의 높은 교육과 경제력 수준을 바탕으로 장기요양서비스에 대한 다양한 요구와 함께 양질의 서비스를 요구할 것으로 예상되며, 향후 장기요양서비스는 이러한 요구에 부응하여 제공되어야 할 것이다(보건복지부, 2011; Pratt, 2010).

이와 같이 사회의 큰 인구비중을 차지하는 베이비 붐 세대의 노령화와 그 특성을 살펴보면, 앞으로 장기요양서비스에 대한 수요는 계속 증가할 것이고(OECD, 2005), 그와 함께 질적으로 향상된 서비스(Pratt, 2010)와 이전 세대와는 차별화되고 세분화된 간호서비스(Williamson, 2008; Worden, Challis, & Pedersen, 2006) 및 삶의 질을 유지할 수 있는 서비스를 요구하게 될 것이다. 그러므로 기존의 노년층과는 차별되는 특성을 가진 베이비 붐 세대의 다양한 요구를 반영하고 높아진 기대수준을 만족시킬 수 있는 서비스 개발과 이들의 특성에 따른 차별화된 서비스를 제공하는 것이 필요하다(김영완, 2010; 보건복지부, 2011).

그러나 이러한 중요성에도 불구하고 선행연구에서는 베이비 붐 세대의 장기요양서비스에 대한 요구도를 파악하는 연구를 거의 찾아볼 수 없다. 그러므로 이를 조사하는 것은 필수적이며, 이는 궁극적으로 서비스의 질 향상을 가져올 수 있을 것이다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 장기요양서비스의 잠재적 주 이용자인 베이비 붐 세대의 특성에 따른 장기요양서비스에 대한 요구도를 파악하여 대상자에게 필요한 서비스를 제공하고, 장기요양서비스 개발에 기초자료를 제공하는데 그 목적이 있다. 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 장기요양서비스에 대한 요구도를 파악한다.
- 2) 시설 서비스 선호 대상자의 일반적 특성에 따른 장기요양서비스 요구도를 파악한다.
- 3) 재가 서비스 선호 대상자의 일반적 특성에 따른 장기요양서비스 요구도를 파악한다.

### 3. 용어의 정의

#### 1) 베이비 붐 세대

베이비 붐은 특정 시기에 출산이 집중적으로 일어나 출생아 수가 폭증하는 상황으로 정의되며, 출생아 수와 출산율을 고려하여 결정한다. 한국의 베이비 붐 세대는 한국전쟁 후 출생한 집단으로 학자들마다 이견이 있으나, 주로 1955-1963년 출생한 자로 정의한다(통계개발원, 2010). 본 연구에서 베이비 붐 세대는 1955-1963년에 출생하여 2012년 현재 50-58세인 집단을 말한다.

#### 2) 장기요양서비스

장기요양서비스는 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 말한다(노인장기요양보험법, 2012). 본 연구에서 장기요양서비스는 40개 항목의 5점 척도로 이루어진 장기요양서비스 요구도 측정도구로 측정한 점수를 말하며, 점수가 높을수록 요구도가 높은 것을 의미한다.

## II. 문헌고찰

### 1. 베이비 붐 세대의 개념 및 특징

베이비 붐은 사전적 의미로 어떤 시기에 출생하는 아이수가 폭증하는 인구학적 현상으로 주로 전후에 많이 일어나는 현상이다. 미국의 베이비 붐 세대는 1946년부터 1964년까지 19년 동안의 출생아들을 말하며, 일본의 경우는 1947년부터 3년간 출생아 수가 급증한 세대를 베이비 붐 세대라 하며, “단카이 세대”라고 불린다. 우리나라의 경우 한국전쟁 이후 1955년부터 산아제한정책이 도입되기 직전인 1963년까지 태어난 세대를 말하는데 2010년 기준 약 712만 명으로 우리나라 총인구의 14.6%를 차지하고 있다(한국경영자협회, 2010).

우리나라의 급속한 노인인구의 증가는 베이비 붐 세대의 노령화와 밀접한 관련이 있다. 실제 우리나라는 베이비 붐 세대가 65세 노인이 되는 2020년부터 고령화의 속도가 더욱 빨라져서 향후 약 20년간 지속되어 세계 최고의 고령사회가 될 전망이다(김영완, 2010). 베이비 붐 세대의 고령화는 저출산 문제와 맞물려서 이들의 노후 복지에 대한 대책이 중요한 문제로 부각되고 있다(이소정, 2011a). 그러나 우리나라는 이러한 심각성에 비해 국민적 인식과 적극적인 대책 마련이 부족한 상태로 고령 사회로 진입하고 있는 현실이다(김영완, 2010).

베이비 붐 세대는 상대적으로 다른 세대에 비해 큰 인구 비중을 차지하므로 그들의 고령화는 단순히 인구학적인 문제가 아닌 복잡한 사회문제로 인식되고 있으며, 이들은 사회, 경제, 문화적 변화를 경험한 세대로 이전세대와는 차별화된 다른 특성을 지닌 인구집단으로 이해되고 있다(백은영, 2011; 이미선, 2012).

실제 베이비 붐 세대의 특징을 조사한 결과를 살펴보면 다음과 같다.

베이비 붐 세대는 이전 세대에 비해 높은 교육수준을 가진 집단이다. 베이비 붐 세대의 교육수준은 고등학교 졸업자 비율이 46.1%, 대학교 이상



고등교육을 받은 비율이 28.5%로 현재 65세 이상 노인의 교육수준인 고등학교 14.3%, 대학이상 8.6% 보다 매우 높은 수준이다(통계개발원, 2010).

통계청 (2010)의 자료에 의하면 베이비 붐 세대의 60%이상이 사회경제력에 대한 주관적 의식이 중간층 이상이라고 생각하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 이들은 경제적으로 부모의 부양과 자녀지원에 대한 책임을 동시에 느끼고, 자신의 노후 준비에 대한 부담도 가지고 있다. 이들 중 80%가 노후 준비를 하고 있으며, 0.5%만이 자신의 노후 준비 없이 자녀에게 의지할 것으로 조사되었다. 배우자나 자녀와 따로 살고 있는 가구는 25%이상으로 전체 가구 16.5%보다 높다(통계청, 2010). 또한 베이비 붐 세대는 복지시설 이용을 노후에 가장 희망하는 수발형태라고 답하였다. 이들은 부모 부양 책임은 전통적 유교가치관에 의해 자식의 당연한 도리라고 생각하는 반면 본인의 노후에 대해서는 자식에게 의지하지 않고 스스로 준비해야 한다고 생각하는 일방적인 부양 제공의 가치관을 가지고 있는 이른바 샌드위치적 특성을 가지고 있다(정경희, 2011).

또한 베이비 부머의 건강관리에 대한 관심은 우리나라 15세 이상 전체인구보다 높고, 절반 이상이 정기 건강검진을 받고 있는 것으로 나타났으며(통계청, 2010), 실제 건강검진 수진율이 80%이상으로 높게 나타나고 있다(정경희, 2011).

베이비 부머의 절반 이상이 이후 가장 필요한 복지 서비스로 노인 돌봄 서비스라고 답하였고(통계청, 2010) 노후정책의 우선순위는 노후 건강보호와 장기요양보장이 가장 높게 나타났으며, 실제 85%이상의 베이비 부머들이 장기요양 보험에 대해 인지하고 있는 것으로 조사되었다(정경희, 2011).

베이비 붐 세대는 또한 높은 소비력을 지닌 세대이다. 삼성경제연구소(2007)에 따르면, 일반적으로 베이비 붐 세대는 다른 세대에 비해 상대적으로 높은 생산력과 소비력을 가진 세대이며(황명진과 정승환, 2011에 재인용됨), 이들이 미래의 최대 소비 주도층으로 등장하여 고령친화산업 시장에 큰 영향을 미칠 것으로 예상하고 있다(김수봉, 2011).

위에서 살펴본 바와 같이 베이비 붐 세대는 기존의 노년층과는 차별되는

높은 경제력과 교육수준을 가지고 있고 건강에 대한 관심과 노후준비도 높은 세대로, 서비스 이용 결정 권한을 지닌 소비자로 특징지어 볼 수 있다. 또한 베이비 붐 세대는 상대적으로 다른 세대보다 규모와 비중이 크고, 사회에 미치는 영향력이 크므로 최근 이들의 인구추계, 복지 욕구, 노후 생활 실태, 사회경제적 파급효과 등에 대한 연구가 활발히 진행중이다(김수봉, 2011; 김영완, 2010; 선우덕, 2011; 이소정, 2011a; 이재연, 2007; Edlund et al., 2003).

연구결과들을 살펴보면 다음과 같다.

먼저, 베이비 붐 세대는 시장에서 거대한 구매력과 영향력을 행사할 집단이며, 실제 소비에 영향을 미치는 여러 가지 변수 중 가계소득과 교육수준이 높을수록 소비지출이 증가하는 것으로 나타났다(허은정과 김우성, 2003).

또한 베이비 붐 세대와 1955년 이전 태어난 세대의 노인복지욕구 및 노후준비 수준을 비교한 결과 두 세대 모두 자녀와의 동거를 선호하지 않았으며, 노인요양시설이 부족하다고 느끼고 있는 것으로 조사되었다(이재연, 2007). 그러나 시설 선호도에 있어서는 두 세대에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이전 세대는 무료요양시설을 선호하는 반면, 베이비 붐 세대는 실버타운과 같은 고급요양시설에 대한 선호도가 높은 것으로 나타났다. 이후 질환 등으로 수발이 필요한 경우 이전 세대는 배우자에게 수발을 받을 것이라는 응답이 높은 비중을 차지하였고, 베이비 붐 세대는 가족보다는 시설 선호도가 높은 것으로 나타났다.

베이비 붐 세대의 노후에 관한 의식 및 경제생활차원, 건강생활차원, 가족생활차원, 여가생활차원, 주거생활차원으로 구분된 노후생활준비 실태에 관한 연구(김영완, 2010)에서는, 베이비 붐 세대는 85%이상이 노후에 자녀와 동거하지 않을 것이며, 70%이상이 노후 부양의 일차적 책임은 본인에게 있다고 하였다. 베이비 붐 세대의 절반이상이 노후 건강 준비 및 경제준비를 하고 있는 것으로 나타났다.

베이비 붐 세대의 노부모 부양과 노후준비도에 관한 연구(이미선, 2012)에서는 노후준비도를 가족관계, 사회관계, 경제적, 신체적, 여가의 5가지 하

위영역으로 나누어 연구하였는데, 노후준비도에 영향을 미치는 사회인구학적 요인은 성별, 연령, 종교 유무, 학력, 소득으로 나타났다. 여성이 남성보다 노후준비도가 높게 나타났고, 연령이 높을수록, 종교가 있는 경우, 학력과 소득이 높을수록 노후준비도가 높게 나타났다.

베이비 붐 세대의 장기요양이용의식 수준에 관한 연구(선우덕, 2011)에서 공적 장기요양서비스 이용의사를 조사한 결과를 살펴보면, 부모를 위해 서비스를 이용하려는 의사는 70.8%인데 비해 본인의 이용의사는 47%로 조사되었다. 재가 서비스보다 시설서비스 이용의사가 높은 것으로 나타났으며, 특히 소득과 교육수준이 낮은 계층에서 공적장기요양, 그 중 시설서비스 이용의향이 높은 것으로 조사되었다.

베이비 붐 세대의 가족주의 가치관, 노후준비도, 생활만족도에 관한 연구(김성령, 2010)에서는 신체적, 경제적, 정서적, 사회참여 및 여가의 영역으로 노후준비도를 조사하였으며, 성별, 연령, 가족형태, 가구소득이 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 베이비 붐 세대의 노후준비정도는 남성보다 여성인 경우, 부부가족과 핵가족인 경우, 연령이 높고, 학력과 소득이 높을수록 노후준비정도가 높은 것으로 조사되었다.

또한 베이비 붐 세대의 80%는 노후 준비를 하고 있으며, 교육수준이 높을수록 노후 준비 비율이 높아지는 경향을 보였다. 노후 준비 재원은 주로 국민연금과 예금인 것으로 나타났다(최숙희, 2011).

이처럼 우리 사회에서 베이비 붐 세대가 노령인구로 유입되는 현실과 그들의 특징을 살펴보면, 높은 사회·경제적 수준을 가진 베이비 붐 세대는 기존의 노인과 다르게 노후 생활에 다양한 욕구가 나타날 것으로 예상된다(김영완, 2010). 실제 베이비 붐 세대는 장기요양서비스를 변화시키고 질을 향상시킬 것으로 예상하고 있다(Pratt, 2010).

위에서 살펴본 바와 같이 베이비 붐 세대의 장기요양서비스 요구에 관한 연구는 거의 찾아볼 수 없다. 베이비 붐 세대에 대한 사회적인 관심이 커지고 있는 시점이고 그들이 우리 사회에 미치는 영향이 크므로 앞으로 장기요양서비스의 공급을 위해 그들의 요구를 파악하는 것이 매우 중요한 과제이다.

## 2. 장기요양서비스의 개념

### 1) 개념 및 유형

장기요양서비스의 개념은 다음과 같이 다양하게 정의되고 있다. OECD에서는 장기요양서비스를 사전에 정해져 있지 않은 기간 동안에 장기간 지속되고 있는 장애를 지닌 자에게 제공되는 각종 서비스로 정의하고 있다(안희숙, 2007에 재인용됨). 또는 장기적으로 기능에 제한을 받고 있는 사람들에게 공식적 또는 비공식적으로 기능적 독립성을 최대한 지지해 주는 의료적, 사회적, 개인적인 일련의 서비스로 정의한다(Kane & Kane, 1987; 최은영, 권순만, 김찬우와 강주희, 2005에 재인용됨). Knickman과 Snell (2002)에 의하면, 장기요양서비스는 장애가 있거나 허약한 대상자의 요구에 따라 일상 생활 등을 도와주는 광범위한 서비스이며, 이는 비공식적 케어부터 공식적인 케어까지 다양한 영역을 의미한다. 또 다른 정의로는 일상적으로 수행해야 하는 동작의 일부 또는 전부가 제한되어 타인의 도움을 필요로 하는 자에게 제공되는 보건의료 및 사회서비스(선우덕, 2004)를 말한다. 우리나라에서는 장기요양급여를 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 의미한다고 정의하고 있다(노인장기요양보험법, 2012).

결과적으로 장기요양서비스의 개념을 정리하면 장기요양서비스는 대상자의 의료 및 복지에 대한 욕구, 개인적 수발 욕구를 포함한 다양한 욕구를 충족시키기 위한 여러 가지 성격의 다양한 영역간의 서비스가 복합적으로 제공되는 것을 의미한다. 즉, 장기요양서비스는 한 사람이 일상생활을 하는데 있어서 필요한 모든 도움을 장기간에 걸쳐 제공하는 서비스를 말하며(최은영 등, 2005), 구체적으로는 개인서비스, 건강보호서비스와 사회보호서비스를 포함한다(박경숙, 2003; 최은영 등, 2005에 재인용됨). 개인서비스는 식사, 배설, 목욕, 일상동작 등 주로 일상생활상의 기본활동에 대한 서비

스를 말한다. 건강보호서비스는 영양, 건강관리, 간호, 투약관리, 기능회복 훈련, 재활훈련 등의 서비스를 의미하며, 사회보호서비스는 세탁, 청소, 요리, 집안일, 사회관계, 심리·사회적 문제해결 등의 주로 IADL 활동과 관련되는 서비스를 포괄하는 것이다. 이처럼 장기요양서비스는 의료적 진단이나 의약처방 등의 의료 서비스나, 집청소, 식사준비와 같은 단순한 가사도움 서비스와도 구별되는 서비스이다(최은영 등, 2005).

장기요양서비스 대상 노인의 비율은, 독일은 65세 이상 노인 인구의 6.9%, 일본은 65세 이상의 12.4%, 오스트리아는 61세 이상의 17%를 차지하고 있고, 우리나라는 기본적인 일상생활동작(ADL)장애와 치매질환을 기준으로 하는 경우 65세 이상 노인의 약 15%가 장기요양서비스의 대상으로 집계되었다(선우덕, 2004).

장기요양서비스는 전달하는 서비스 제공자, 서비스 행태, 전달 장소에 따라 그 유형을 구분할 수 있다. 먼저 서비스 제공자에 따라 공식적 서비스와 비공식적 서비스로 나누어진다. 비공식적 서비스는 주로 가족, 친척, 친구 등에 의해 제공되는 서비스로 대부분 간병 수발과 가사지원에 국한되며, 공식적 서비스는 의사, 간호사, 물리치료사나 간병전문인과 같은 전문적인 교육을 받은 직업인에 의해 제공되는 것을 의미한다(선우덕, 2004). 이전 우리나라는 주로 자식, 특히 며느리 등의 여성에 의한 비공식적인 서비스가 대부분이었으나, 출산율 감소와 여성의 사회 진출 증가 등으로 인해 전통적인 가족 중심의 노인 부양체계가 해체되면서 과거와 같은 비공식적인 서비스에 의존하여 노인 부양 문제를 해결하는 것이 점점 어려워지고 있는 실정이며, 이에 따라 공식적인 장기요양서비스가 대두 되었다(권순정, 1999; 안희숙, 2007에 재인용됨).

서비스 행태에 따른 유형구분은 장기요양대상자에게 직접적으로 장기요양서비스의 구입에 필요한 비용을 제공하는 현금서비스와 보건의료 및 복지부문의 인력이 장기요양대상자에게 적합한 보건복지 서비스를 제공하는 현물서비스로 나누어 볼 수 있다(선우덕, 2004).

현재 우리나라의 장기요양서비스의 유형은 서비스가 제공되는 장소를 기

준으로 하여 시설서비스와 재가서비스로 나누어 진다. 재가서비스는 대상자의 가정에 서비스 제공 인력이 방문하여 서비스를 제공하는 것이고, 시설 서비스는 노인이 요양시설에 입주하거나 병원에 입주하여 일시적 또는 영구적으로 생활하면서 필요한 서비스를 받는 것을 말한다(김정완, 2009).

## 2) 호주, 일본, 한국의 장기요양서비스

현재 모든 나라에서 인구의 고령화와 더불어 장기적인 요양보호를 필요로 하는 치매, 중풍 등의 질환들이 증가하는 추세이고, 이에 선진국의 대부분은 장기요양보호를 필요로 하는 노인에 대한 사회적 보호 서비스로 장기요양보호제도를 실시하고 있다(박기영, 2011). 우리나라보다 일찍 인구 고령화를 경험하고 장기요양서비스 제도를 실시한 OECD국가 중 호주, 일본의 장기요양서비스의 내용을 구체적으로 살펴보고자 한다.

### (1) 호주의 장기요양서비스

호주의 장기요양서비스 대상자는 시설서비스의 경우 전 연령이고, 재가 서비스의 경우 70세 이상 노인에게 자산조사를 통해 대상자를 선정한다(최은영 등, 2005). 대상자 선정은 노인전문의, 일반의, 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등의 전문인력으로 구성된 노인요양평가팀이 담당한다. 이들은 대상자의 의학적, 신체적, 사회적, 그리고 정신심리학적 욕구의 장기요양욕구를 포괄적으로 사정하고, 욕구에 맞는 적절한 서비스에 자격이 되는지를 심사하여 대상자와 가족에게 서비스 선택의 범위와 필요한 정보를 제공한다. 이때 노인의 요구, 가족과 일차수발자의 의견이 서비스 범위를 결정하는데 중요한 역할을 한다(보건복지부, 2006).

서비스의 유형은 크게 시설서비스와 재가서비스인 지역사회서비스로 구분되며 건강상태에 따라 높은 수준의 케어와 낮은 수준의 케어로 나눈다. 24시간 간호서비스가 요구되는 경우 높은 수준의 케어, 스스로 걸거나 움직

일 수 있을 정도의 대상자들에게는 낮은 수준의 케어를 제공한다(호주장기요양보험 홈페이지).

호주 장기요양보험 홈페이지와 보건복지부 (2006) 자료를 바탕으로 장기요양서비스의 내용을 자세히 살펴보면 다음과 같다.

먼저 시설 서비스를 살펴보면, 시설보호는 자신의 집에서 다른 사람에 의해 수발을 받을 수 없는 경우에 제공되는 것으로 높은 수준의 케어와 낮은 수준의 케어의 두 종류로 구분된다. 높은 수준의 케어는 간호사가 직접 제공하거나 간호사의 감독아래 이루어지는 24시간 동안의 서비스를 말하며, 간호서비스를 주로 제공하며, 숙박, 지원서비스(세탁, 청소, 식사), 개인서비스(옷입기, 식사하기, 화장실 가기, 목욕, 산책), 건강관련서비스(물리치료, 작업치료, 오락치료, 발치료)등이 제공된다. 낮은 수준의 케어는 개인서비스(옷 갈아입기, 목욕, 이동 등)에 초점을 맞추며, 주거, 지원서비스(세탁, 청소, 식사), 건강관련서비스(물리치료, 작업치료, 오락치료, 발치료)가 함께 제공되며, 간호서비스는 필요할 때만 제공된다.

재가서비스 종류에는 낮은 수준의 케어에 해당하는 지역요양패키지(CACP, Community Aged Care Package)와 가정과 지역요양프로그램(HACC, Home and Community Care), 높은 수준의 케어에 해당하는 가정내 확대요양 패키지(EACH, Extended Aged Care at Home)와 EACH D(Extended Aged Care at Home Dementia)로 구분된다. CACP 는 시설서비스의 낮은 수준의 케어에 해당하는 노인들이 가정에서 시설서비스에 준하는 통합된 서비스를 받을 수 있도록 하는 시설 대안적 지역사회서비스로, 대상자 개인에 맞게 맞추어진 패키지 서비스가 제공되며, 목욕, 식사준비, 세탁, 의복관리, 교통, 집안일, 가정단기보호, 주택개조, 사회복지서비스 등이 포함된다. HACC는 노인이나 장애인 또는 그들의 보호자에게 연방정부와 주정부가 공동으로 제공하는 지역사회서비스로 가정간호, 가사지원, 신체수발지원, 식사배달이나, 식사배급소운영, 주택개조 및 관리, 교통, 단기보호, 주간보호서비스 등의 서비스가 제공된다. EACH는 높은 수준의 케어에 해당하는 대상자에게 제공하는 서비스를 가정에서 제공하는 것이며,

EACH D는 치매를 가진 대상자 개개인에 맞는 서비스 패키지가 제공되는 것이다.

또한 호주에서는 비공식적 보호자들에게 간병인 지원금 및 간병인 수당과 같은 현금 지원을 하고 있다. 간병인 지원금은 요양책임으로 인해 소득 창출 기회를 잃은 경우에 소득지원을 하는 것이고, 간병인 수당은 장애나 질병을 가진 대상자를 가정에서 돌보는 사람을 위한 소득 보조 제도이다(최은영 등, 2005).

이 외에 National respite for carer program과 Residential respite 프로그램이 있다. National respite for carer program은 가족수발자의 단기 혹은 응급시 일시 휴식에 대한 기금을 제공한다. 이 프로그램은 케어 업무에서 잠시 벗어날 수 있도록 하는 역할 뿐 아니라 이들을 위해 정보 제공이나 상담을 해준다. Residential respite 는 단기간 요양시설에 입소하는 것으로 가족수발자의 스트레스, 병이나 휴가 등의 경우에 이들을 도와주는 역할을 한다(최은영 등, 2005).

## (2) 일본의 장기요양서비스

일본의 65세 이상 노인인구 비율은 1970년 7.1%에 진입하였고, 급속한 고령화가 진행되어 2000년에는 17.2%가 되었다. 이후 2020년에는 26.9%가 될 것으로 전망하고 있다(국민건강보험공단, 2002).

일본은 2000년부터 노인장기요양보험, 즉 개호보험을 도입하였다. 보험 대상자는 40세 이상 모든 일본 거주자이며, 65세 이상은 1종, 40-64세 의료보험가입자는 2종으로 구분된다. 요양욕구가 있는 보험 가입자는 자격 심사를 통해 요양욕구에 따라 장기적인 개호를 필요로 하는 7개 요양수준(요개호1-5등급과 요지원1, 2등급) 중 하나로 분류된다. 급여를 받기 위해서는 1종의 피보험자는 원인과 상관없이 요개호상태 또는 요개호상태가 될 염려가 있는 요지원상태가 된 경우, 2종의 피보험자는 파킨슨이나 뇌졸중 같은 노령과 관련된 질병에 의해 요개호나 요지원상태가 된 경우에 급여 혜택을 받을 수 있다(와다마사루, 2011; 최은영 등, 2005).



개호보험서비스의 종류는 개호급여에 해당하는 재가서비스, 시설서비스, 지역밀착형 서비스, 예방급여에 해당하는 개호예방서비스와 지역밀착형 개호예방서비스, 그리고 개호예방사업 등이 포함된 지역지원사업으로 나누어 볼 수 있다. 요개호 1-5등급은 개호급여를 이용할 수 있고, 요지원 1, 2 등급은 예방급여, 등급 외 대상자는 지역지원사업을 이용할 수 있다(와다마사루, 2011; 이서영, 2009).

재가서비스는 가정도우미가 가정을 방문하여 목욕, 배설, 식사 등의 개호 등 일상생활을 수발하는 방문개호, 가정을 방문해서 욕조를 제공하여 목욕을 시키는 방문목욕, 간호사 등이 가정을 방문하여 영양상의 도움과 필요한 치료를 제공하는 방문간호, 이학요법사나 작업요법사 등이 신체 기능유지 및 회복 등 사회복귀에 필요한 재활서비스를 실시하는 방문재활, 의사, 치과 의사, 약제사 등이 영양상의 관리나 지도를 하는 재가요양관리지도, 주간보호센터 등에 다니면서 목욕, 식사제공 등의 일상생활 수발, 기능훈련을 받는 주간보호, 개호노인보건시설과 병원 등에 다니면서 이학요법, 작업요법, 재활훈련을 받는 주간 재활, 단기입소시설 등에 단기간 입소하여 목욕, 배설, 식사 등의 개호, 일상생활 도움과 기능훈련을 받는 단기입소서비스, 개호노인보건시설이나 요양형 병상군 등에 단기 입소하여 간호, 의학적 관리하의 개호, 기능훈련, 그 외 의료 및 일상생활상의 수발 서비스를 제공하는 단기입소 요양개호, 유료 노인홈, 개호이용형 경비 노인홈에 입소하고 있는 개호 필요자에 대해 개호서비스 계획에 기초한 목욕, 배설, 식사 등의 개호, 그 외 일상생활상의 수발, 기능훈련 및 영양상의 수발 서비스를 제공하는 특정시설 입소 생활개호, 휠체어나 특수 침대 등 복지용구를 대여하는 복지용구대여 및 복지용구 구입비 지급, 손잡이 설치, 문턱개조, 미끄럼방지 및 이동을 원활하게 하기 위한 마루 재료 변경, 미닫이문의 변경, 양식변경에의 변경 등을 포함하는 주택개조로 자세히 나누어 볼 수 있다(국민건강보험공단, 2002).

시설서비스는 상시 간병이 필요하고 재택생활이 곤란한 중증의 허약노인을 대상으로 하는 개호노인복지시설(특별양호노인홈), 주로 재활훈련이 필

요한 중증의 허약노인을 대상으로 하는 개호노인보건시설 및 장기간 요양을 요하는 환자를 대상으로 하는 개호요양형 의료시설 등이 있다. 개호노인 복지시설에서는 식사, 배설, 입욕 등의 개호와 그 외의 일상생활의 도움, 기능훈련, 건강관리 및 영양상의 도움을 제공하고, 노인보건시설에서는 간호, 의학적 관리하의 개호 및 기능 훈련 등을 제공한다. 그 외 개호요양형 의료시설에서는 영양상의 관리, 간호, 의학적인 관리에서의 개호 등의 수발 및 기능훈련, 의료서비스를 제공한다(국민건강보험공단, 2002; 와다마사루, 2011).

지역밀착형예방서비스는 치매상태의 개호 필요자에게 목욕, 배설, 식사 등의 개호, 일상생활상의 수발 및 기능 훈련 서비스를 제공하는 치매 대응형 공동생활 개호와 소규모 다기능형 거택개호, 야간 대응형 방문개호 등이 있다(와다마사루, 2011).

그 외에 개호필요자의 개별성을 존중하여 개인의 상황, 환경, 욕구 등을 감안해서 재가서비스 계획을 세우고, 해당 계획에 기초한 서비스가 제공되도록 지원하며, 개호 필요자가 개호보험 시설에 입소할 경우 개호보험 시설의 소개와 그 외 서비스를 제공할 수 있도록 지원하는 케어매니지먼트가 있다(국민건강보험공단, 2002; 최은영 등, 2005).

### (3) 우리나라의 장기요양서비스

노인장기요양법 23조에 의하면, 우리나라는 현재 장기요양서비스를 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 분류하고 있다. 노인장기요양보험홈페이지를 참조하여 그 각각의 내용을 살펴보면 다음과 같다.

재가급여는 요양보호사가 수급자의 집을 방문해서 목욕, 배설, 화장실 이용, 옷 갈아입기, 머리감기 취사, 생필품 구매, 청소, 주변정돈 등을 도와주는 방문요양, 2인 이상의 요양보호사가 목욕설비를 갖춘 차량을 이용하여, 수급자의 가정을 방문하여 목욕을 제공하는 방문목욕, 간호사, 조무사 또는 치과위생사가 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생을 제공하는 방문간

호, 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 목욕, 식사, 기본간호, 치매관리, 응급서비스 등 심신기능의 유지·향상을 위한 교육과 훈련 등을 제공하는 주·야간보호, 부득이한 사유로 일시적으로 가족의 보호를 받을 수 없는 수급자에게 일정기간 동안 단기보호시설에 보호하여 목욕, 식사, 기본간호, 치매관리, 응급 서비스 신체활동지원과 심신기능의 유지·향상을 위한 교육과 훈련 등을 제공하는 단기보호, 수급자의 일상생활과 신체활동 지원에 필요한 용구(휠체어, 이동형 좌변기, 전동 침대 등)를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 기타급여로 구분된다.

시설급여는 노인요양시설, 노인요양공동생활가정으로 분류된다. 노인요양시설은 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 자를 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이다. 노인요양공동생활가정은 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 장기요양급여를 말한다.

특별현금 급여(가족요양비)는 도서·벽지 등 방문요양기관이 현저히 부족한 지역에 거주하거나, 천재지변이나 그 밖에 이와 유사한 사유로 인하여 장기요양기관에서 장기요양급여를 이용하기 어려운 자, 신체·정신 또는 성격 등 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 수급자에게 현금으로 지급하는 것을 의미한다.

위의 분류를 바탕으로 재가 및 시설급여에서 제공되는 서비스의 구체적인 내용을 다음과 같이 정리할 수 있다(보건복지부, 2012).

먼저 재가 서비스 중 방문요양서비스는 세면도움, 구강관리, 몸 청결, 머리감기기, 몸단장, 옷 갈아 입히기, 목욕도움, 배설도움, 식사도움, 체위변경, 이동도움, 신체기능의 유지·증진 등을 제공하는 신체활동지원서비스, 취사, 생활필수품 구매, 청소, 세탁 등을 제공하는 가사활동지원서비스, 외출시 동행, 부축, 일상업무를 대행하는 개인활동지원서비스, 말벗, 격려 및

위로, 생활상담, 의사소통도움을 주는 정서지원서비스가 포함된다.

방문목욕서비스는 목욕준비, 입욕시 이동보조, 몸 씻기, 머리말리기, 옷 갈아입히기와 목욕 후 주변정리까지를 포함한다.

방문간호서비스는 간호사정 및 진단 등 기본간호, 욕창치료 및 단순 상처 치료 등 간호, 검사관련 사항, 투약관련지도, 환자와 가족을 대상으로 건강 관리에 필요한 식이요법 등 교육훈련, 상담 등을 제공한다.

주·야간보호서비스는 생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스로 취미, 오락, 운동 등 여가생활을 도와주는 일상생활지원, 이동, 체위변경, 기능훈련(물리치료적 훈련, 작업치료적 훈련, 언어치료적 훈련) 등을 제공하는 일상동작훈련, 몸청결, 머리감기, 얼굴씻기, 손씻기, 구강관리, 몸단장, 옷갈아입히기, 배설, 식사도움을 주는 급식 및 목욕서비스 등이 있다. 또한 송영서비스와 노인 가족에 대한 교육 및 상담을 제공한다.

단기보호서비스는 급식, 치료, 그 밖의 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 서비스와 그 외 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정의 사업에 준하는 서비스를 제공하는 것을 말한다.

시설서비스에는 신체활동지원서비스, 개인활동지원서비스, 정서지원서비스, 기능평가 및 훈련서비스(신체기능의 훈련, 기본동작 훈련, 일상생활 동작 훈련, 물리치료, 언어치료, 작업치료, 지각기능훈련, 인지정신기능훈련, 기타 재활치료 제공), 치매관리지원서비스(배회, 불결행위, 폭력행위, 폭언 대처 격리, 강박 등 그 밖에 문제행동에 대한 대처), 응급서비스(의식소실, 호흡곤란, 출혈, 외상, 화상 등 응급상황에 대한 대처), 시설환경관리서비스(침구·린넨 교환 및 환경관리, 물품관리 등 포함)와 간호처치서비스(혈압, 체온, 맥박, 호흡측정, 신장, 체중, 흉위 측정을 포함한 관찰 및 측정, 투약 및 주사, 호흡기간호, 피부간호, 통증간호, 배설간호, 검사 및 기타처치, 진찰, 투약처방, 타 병원진료 의뢰 등에 대한 보조)가 포함된다(보건복지부, 2008; 박효진, 2008에 재인용됨).

### 3. 장기요양서비스 이용에 영향을 미치는 요인

#### 1) 앤더슨의 의료이용모형 (Anderson's behavioral model of health service use)

본 연구의 분석틀로 이용된 앤더슨의 의료이용모형은 본래 의료서비스 이용을 설명하기 위한 이론이나 장기요양서비스 이용분석 연구에 널리 사용되어온 모형이다(김미순, 2007; 이윤경, 2009). 앤더슨의 의료이용모형은 개인의 특성과 조건이 그들이 이용하는 의료 서비스의 양과 형태를 결정하는데 영향을 미치는 요소라고 가정한다(김미순, 2007). 이 요소들을 개인이 가진 질병에 앞서 개인이 원래 지니고 있는 특성과 서비스 이용의 경향을 나타내는 소인성 요인, 서비스 이용을 가능하게 하거나 저해하는 가능성 요인, 건강서비스를 이용하는데 가장 직접적인 원인이 되는 상병 상태로 분류한다(Anderson & Newman, 1973).

소인성 요인은 인구학적 요인, 사회구조적 요인, 건강에 대한 인식으로 구성된다. 인구학적 요인들은 연령, 성, 결혼상태, 과거 질병이 포함되고, 사회구조적 요인으로는 교육수준, 종교, 인종, 민족성, 직업, 가족규모 등이 포함된다. 건강에 대한 인식은 건강과 질병에 대한 가치관, 건강 서비스에 대한 태도, 지식을 포함한다.

가능성 요인은 개인으로 하여금 건강서비스를 이용할 수 있도록 가능하게 하는 요인으로 가족과 지역사회자원을 포함한다. 가족자원에는 소득, 건강 보험이나 민간보험의 보장 수준, 이용 가능한 의료자원과 접근성이 포함되며, 지역사회자원에는 의료인력과 시설의 공급형태, 의료서비스 전달체계의 특성, 의료서비스 가격, 거주지역의 특성을 말한다.

상병 요인은 주관적, 객관적 질병 상태로 개인이 주관적으로 인지하는 장애, 증상, 진단, 건강상태와 객관적으로 평가된 증상, 진단을 말한다(Anderson & Newman, 1973). 이는 1975년 초기 모형을 수정하면서 욕구 요인으로 변경되었고(김미순, 2007), 이는 질병이나 장애와 같이 서비스

를 이용하는데 가장 직접적인 원인이 되는 요인이다. 욕구 요인은 개인이 주관적으로 인식하는 건강에 대한 인지된 욕구와 전문가가 진단한 개인의 건강상태와 서비스 필요성에 대한 평가된 욕구로 구성된다(Anderson, 1995).

앤더슨의 의료이용모형은 위에서 살펴본 이 세가지 요인들이 서로 상호 연관되어 개인이 이용하는 보건의료 서비스의 양과 형태를 결정한다고 설명하고 있다. 실제로 이러한 요인들이 장기요양서비스 이용에 영향을 미치는 변수들로 인식되어, 많은 선행 연구에서 이 이론이 사용되고 있다(김미순, 2007).

본 연구에서도 앤더슨의 의료이용모형을 기반으로 선행연구에서 장기요양서비스 이용의사와 요구도에 영향을 미치는 변수를 파악하고, 베이비 붐 세대의 특성을 중심으로 변수를 추출하여 연구에 사용하였다.

## 2) 장기요양서비스 요구도에 관한 선행연구

우리나라에서 이루어진 장기요양서비스 이용 및 서비스 요구도에 관한 연구를 위에서 살펴본 앤더슨의 이론을 바탕으로 소인성 요인, 가능성 요인, 욕구 요인으로 나누어 검토하고자 한다.

### (1) 소인성 요인

성별, 연령, 결혼상태, 학력, 종교 등이 소인성 요인으로 많이 다루어 지고 있다. 성별에 따른 서비스 이용의사에 관한 선행연구를 살펴보면, 이윤경(2009)의 노인을 대상으로 한 연구에서 남성이 여성보다 시설 서비스를 이용할 확률이 낮은 것으로 나타났으나, 다른 많은 연구에서는 성별은 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다(김은영, 남은숙, 채영란과 이혜경, 2008; Kim & Kim, 2004).

김은영 등(2008), Kim과 Kim (2004)의 연구에서는 연령이 낮을수록 시설서비스 이용의사가 높은 것으로 나타났으나, 연령이 낮을수록 재가서비

스 이용의사도 높은 결과(김은영 등, 2008)를 보여 일관성이 없었다.

학력에 따른 연구를 보면 노인을 대상으로 한 연구에서 학력이 높을수록 시설 서비스를 더 많이 이용한다고 나타났으나(김은영 등, 2008; Kim & Kim, 2004), 베이비 붐 세대를 대상으로 한 선우덕 (2011)의 연구에서는 교육수준이 낮을 수록 시설서비스 이용의사가 높다고 나타났다.

간호요구도를 조사한 선행연구들을 앤더슨 이론의 요인에 따라 구분해 보면 다음과 같다.

김정순 (2007)에 의하면 재가 노인은 여성인 경우 간호요구도가 높은 것으로 나타났으나, 중년과 시설에 거주하는 노인을 대상으로 한 다른 연구에서는 성별에 따른 간호요구도는 차이가 없는 것으로 나타났다(김지현, 2008; 김현이, 2008; 양윤정과 김정희, 2007).

재가 노인의 경우 연령이 높을수록 간호요구도가 높은 결과를 보였고(김정순, 2007), 시설 거주 노인의 경우 연령이 높을수록 장기요양서비스 요구도(Huang, Lin, & Li, 2008)와 간호요구도 중 정보적 간호요구도가 낮다고 나타났다(양윤정과 김정희, 2007). 반면, 노인을 대상으로 한 다른 연구(김인숙과 강승주, 2007; 김현이, 2008)와 중년을 대상으로 한 연구(김지현, 2008)에서는 연령이 간호요구도에 영향을 미치지 않는다는 결과를 보였고, 김은경과 이재창 (2005)의 연구에서는 연령에 따라 다른 요구도를 보여 그 결과에 일관성이 없었다.

학력에 따른 간호요구도를 보면, 중년의 경우 학력이 높을수록 간호요구도가 높다고 나타났으나(김지현, 2008), 재가 노인의 경우 저학력인 경우 요구도가 높은 것으로 나타났다(김정순, 2007).

종교에 따라 간호요구도에 차이가 있다는 결과(김현이, 2008)가 있었으나 다른 연구에서는 관계가 없는 것으로 나타났고, 결혼상태도 간호요구도에 영향을 주지 않는 것으로 나타났다.

## (2) 가능성 요인

가능성 요인으로는 소득수준, 직업, 거주지역, 비공식적 지원(가족 형태

및 자녀수)가 많이 다루어 지고 있다.

먼저 소득수준 별 서비스 이용의사를 살펴보면, 노인을 대상으로 한 Kim 과 Kim (2004), 이윤경 (2009), 베이비 붐 세대를 대상으로 한 선우덕 (2011)의 연구에서는 소득이 낮을수록 시설 서비스 이용의사가 높은 것으로 나타났다. 그러나 김은영 등 (2008)에 의하면 노인을 대상으로 한 연구에서 오히려 소득이 낮은 경우 재가 서비스 이용의사가 높은 것으로 나타나 상반된 결과를 보였다.

거주지역별 차이를 보면 도시 지역에 거주할 경우 시설 서비스 이용의사가 높고, 농촌에 거주할수록 재가 서비스 이용의사가 높은 것으로 나타났다 (김은영 등, 2008). 또한 도시에 거주할수록 서비스를 이용하지 않는 경우보다 시설서비스나 재가서비스를 이용할 확률이 높은 것으로 나타났다(이윤경, 2009).

자녀수에 따른 서비스 이용의사를 연구한 결과를 보면, 자녀수가 적을수록 시설 서비스 이용의사가 높은 것으로 나타났다(김은영 등, 2008; Kim & Kim, 2004).

간호요구도에 영향을 주는 변수를 살펴보면, 거주지역에 따라 농촌지역의 재가노인이 도시거주 노인들보다 서비스 요구범위가 넓게 나타났다(김은경과 이재창, 2005). 가족 형태 중 독거 노인일 경우 간호요구도가 높은 것으로 나타났고(김정순, 2007), 자녀수가 많은 경우 장기요양서비스 중 건강관련교육과 전문간호서비스 요구도가 높게 나타났다(Huang et al., 2008). 그러나 김지현 (2008), 양윤정과 김정희(2007), 김현이 (2008)의 연구에서는 가능성 요인은 간호요구도에 영향을 주지 않는 것으로 조사되었다.

### (3) 욕구 요인

욕구요인은 많은 연구에서 신체상의 장애, ADL, 질병 여부와 주관적 건강상태로 측정하고 있다.

서비스 이용의사에 관한 연구를 보면, 노인이 가지고 있는 질병의 수가



많을 수록(Kim과 Kim, 2004), ADL의 기능상태가 나쁠수록(이윤경, 2009) 시설 서비스 이용의사가 높은 것으로 나타났다. 그러나 김은영 등 (2008)에 의하면 재가서비스 이용의사에 영향을 주는 변수 중 욕구 요인에 해당하는 것은 없는 것으로 나타났다.

간호요구도에 영향을 미치는 변수를 살펴보면 노인을 대상으로 한 김인숙과 강승주 (2007), 김정순 (2007)의 연구에 의하면 ADL의 기능상태와 현재 건강상태가 나쁠수록 간호요구도가 높아지는 것으로 나타났고, Huang 등 (2008)의 연구에서도 질병수가 많을수록 장기요양서비스 중 건강관련교육과 전문간호서비스 요구도가 높게 나타났다. 그러나 김지현 (2008), 양윤정과 김정희 (2007), 김현이 (2008)의 연구에서는 욕구 요인에 해당하는 변수는 없는 것으로 나타났다.

이상에서와 같이 간호요구도에 영향을 주는 변수들을 앤더슨 이론을 적용하여 살펴보았다.

그러나 선행연구들을 살펴보면 대상자의 특성에 따른 서비스 종류의 선택에 관한 연구나 시설서비스나 재가서비스를 받는 노인 대상자의 간호요구도에 관한 연구, 중년을 대상으로 한 간호요구도에 관한 연구는 이루어져 왔으나 시설서비스와 재가 서비스를 모두 다루는 장기요양서비스에 대한 포괄적인 서비스 요구도 조사와 베이비 붐 세대에 관한 연구는 거의 찾아볼 수가 없다.

또한 간호요구도에 영향을 미치는 요인으로 소인성 요인에 해당하는 성별, 연령, 학력, 종교, 가능성요인에 해당하는 거주지역, 가족형태와 자녀수, 욕구요인에 해당하는 ADL과 질병수가 영향을 주는 것으로 나타났으나 선행연구들에서 서로 상반된 결과를 보이는 부분이 많아 일관성이 없는 것으로 보인다.

그러므로 앞으로 실질적인 장기요양서비스 수요자인 베이비 붐 세대를 대상으로 포괄적인 서비스 요구도를 조사하고 이들의 특성 중 어떤 변수가 장기요양서비스의 요구도에 영향을 미치는지 조사하는 것은 의미있다고 볼 수 있다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구설계

본 연구는 베이비 붐 세대의 장기요양서비스에 대한 요구도를 파악하는 서술적 조사연구이다.

#### 2. 연구의 개념적 기틀

앤더슨의 의료이용모형을 기반으로 하여 다음과 같이 연구의 개념적 기틀을 작성하였다.

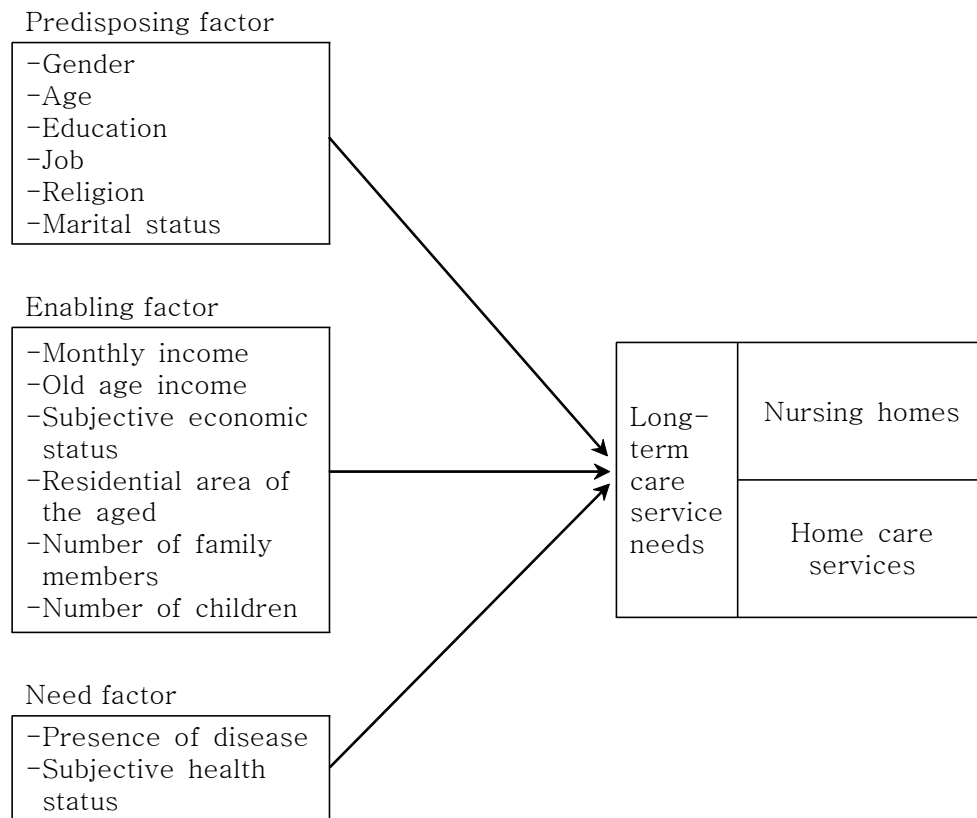


Figure 1. Research framework

### 3. 연구대상

본 연구에서 표적모집단은 1955-1963년 사이 태어난 현재 50-58세 베이비 붐 세대로 2010년 기준 전체인구의 14.6%를 차지하는 약 712만명이다. 근접모집단은 표적모집단 중 서울과 경기도에 거주하는 자로, 서울과 경기도에 거주하는 베이비 붐 세대는 각각 약 140만명, 약 157만명이다(통계청, 2012).

표본의 추출은 비확률 표출법 중 편의표출법을 사용하였다.

표본수는 검정력 분석을 통해 산출하였다. 검정력 분석 방법 중, 한 표본 비율을 이미 알고 있는 한 모집단의 비율과 비교하여 필요한 표본수를 산정하는 방법을 사용하였다(이은옥 등, 2009).

$$\begin{aligned} \text{공식: } N &= \frac{Z_{(1-2\alpha)}^2 pq}{L^2} \quad (\alpha: \text{유의수준, } p: \text{모집단의 비율, } q=1-p, \\ &\quad L: \text{비율의 허용오차}) \\ &= \frac{1.96^2 \times 0.146 \times 0.854}{0.05^2} = 191.59 \text{로 } 192 \text{명의 표본이 필} \\ &\quad \text{요한 것으로 산출되었다.} \end{aligned}$$

그러므로 본 연구의 표본수 196명으로 충족된 것으로 보인다.

### 4. 연구 도구

장기요양서비스 요구도 측정도구는 연구자가 우리나라의 장기요양기관 평가지표와 호주의 노인요양시설 평가지표(Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd, 2011)를 바탕으로 하여 문헌 고찰을 통하여 예비도구의 문항을 재구성하고 수정하였다. 점수는 5점 리커트 척도("1=전혀 필요하지 않다" 부터 "5=매우 필요하다")로 측정되며 점수가 높을수록 요구도가 높음을 의미한다.

예비도구의 구성 및 문장의 수정은 일차적으로 간호학 교수 1인의 검증을 받았고, 다른 간호학 교수1인과 노인요양시설의 시설장 1인에게 내용타당도를 검증받아 문항을 작성하여 사용하였다. 내용타당도지수(CVI)는 각 문항별로 “1=관련없음, 2=문항의 수정이 없으면 관련성을 평가할 수 없음, 3=관련이 있으나 다소 문항 수정이 필요함, 4=매우 관련이 있음”으로 하는 4점 척도로 평가하였다. CVI는 전문가가 3점이나 4점을 준 문항의 비율로 계산하는데, 본 예비도구의 타당도 검증결과 전체 CVI는 0.98 이었다. 또한 각 문항별 CVI를 확인한 결과, 40문항 중 39문항이 1.0이고 1문항이 0.8이하로 확인되었다(문항 33번 : CVI=0.5). 이 문항은 간호학 교수 1인의 의견에 따라 표현을 수정하였고, 0.8이상인 경우도 의미 전달이 모호할 수 있는 문항들은 표현을 수정하였으며, 설문 응답시 이해가 용이하도록 문항의 배치도 수정하여 조사에 사용하였다(부록1).

이후 대상자인 베이비 붐 세대 18명을 대상으로 예비조사를 시행하여, 설문 문항의 수정사항을 확인하였고, 문항에 대한 변경은 이루어지지 않았다.

도구의 타당도를 검증하기 위해 본 조사에서 수집된 자료로 문항 분석과 요인분석을 실시하였다

먼저 문항과 전체 문항과의 상관계수를 알아보기 위해 문항 분석을 실시하였다. 문항과 전체문항과의 상관계수는 .440에서 .699로 나타났다. 문항간 상관계수가 .30이하인 경우 각 척도 영역내에서 기여도가 낮은 것으로 간주되는데(이은옥, 임난영과 박현애, 1998), 본 도구 문항의 경우 .30이하인 문항이 발견되지 않아 40문항을 모두 선정하였다(Table 1).

Table 1. Cronbach'a Value of Each Variable

Item	Corrected item- Total correlation	a if item deleted
1. 건강 문제에 따른 간호 및 치료	.580	.956
2. 내가 원할 때 의사나 간호사를 신속하게 만나는 것	.539	.957
3. 간호사가 나의 간호요구에 부합되는 서비스 제공	.577	.956
4. 건강상태와 요구에 맞는 의료 전문가 연결	.613	.956
5. 투약 관리	.655	.956

6. 통증 관리	.679	.956
7. 죽음을 앞둔 경우, 안락과 존엄성 유지	.599	.956
8. 영양상태 유지	.684	.956
9. 선호하는 음식 제공	.683	.956
10. 피부 상태 관리	.550	.957
11. 배설 문제 파악 및 관리	.674	.956
12. 운동능력과 기동력 유지	.639	.956
13. 구강과 치아 건강 유지	.625	.956
14. 감각손실 여부 확인과 관리	.669	.956
15. 나의 수면 양상 유지	.601	.956
16. 독립성 유지	.455	.957
17. 대인관계 유지 및 지역사회 행사 참여	.504	.957
18. 원하는 야외 활동 참여	.555	.957
19. 사생활과 존엄성 유지 및 비밀 보장	.573	.957
20. 개인정보 보호	.544	.957
21. 간호사 및 직원들과의 친밀한 관계	.589	.956
22. 간호사와 직원들이 나의 서비스 내용을 결정	.529	.957
23. 관심, 습관, 종교와 문화적 배경 존중	.495	.957
24. 치매 예방 프로그램 제공	.699	.956
25. 치매 환자를 위한 환경조성	.684	.956
26. 필요한 교육 제공	.621	.956
27. 감염 관리	.656	.956
28. 청소와 세탁 서비스 제공	.592	.956
29. 편안하고 조용한 환경	.676	.956
30. 화재위험이 없고, 안전한 환경	.683	.956
31. 장기요양서비스에 대한 불만 사항 제기	.591	.956
32. 장기요양서비스가 관련 법과 전문적인 기준 및 지침에 따라 제공되는 것	.649	.956
33. 장기요양서비스 제공 기관의 관리자와 인력이 적절한 지식과 기술을 갖추는 것	.647	.956
34. 장기요양서비스를 제공하는 기관이 서비스의 개선을 위해 지속적으로 노력하는 것	.640	.956
35. 가족과 친구의 자유로운 방문	.454	.957
36. 시설내 다양한 활동	.464	.957
37. 개인 물품 소지 허용	.440	.957
38. 필요하다면 외부기관의 서비스 이용	.517	.957
39. 변화된 생활에 적응할 수 있도록 도움을 주는 것	.489	.957
40. 시설의 거주자들과 친밀한 관계 유지	.474	.957

이후 본 도구의 구성타당도를 검증 하기 위해 요인분석을 실시하였다. 요인분석의 모형은 주축요인추출방법을 사용했고, 요인회전은 베리맥스 방법을 사용하였다. 분석 결과 고유치 1이상인 요인이 총 5개로 추출되었고, 5개 요인이 총 분산의 54.5%를 설명하는 것으로 나타났다. 보통 설명력이 50% 이상이면 도구의 타당성을 인정한다(이은옥, 2009). 요인별로 살펴보면 제 1요인은 총분산에 대하여 18.71%, 제 2요인은 9.28%, 제 3요인은 9.27%, 제 4요인은 9.18%, 제5요인은 8.09%를 설명하였다.

요인의 명명은 요인의 부하량이 큰 것이 가장 그 요인을 잘 설명하는 것이므로 각 요인별로 부하량이 큰 문항들을 중심으로 명명하였다. 제1요인은 모두 15개 문항으로 이 중 부하량이 큰 문항은 ‘내가 원할 때 의사나 간호사를 신속하게 만나는 것’, ‘투약 관리’, ‘운동능력과 기동력 유지’, ‘간호사가 나의 간호요구에 부합되는 서비스 제공’, ‘건강문제 따른 간호 및 치료’ 이다. 이는 본 도구 구성시 참조하였던 문항들의 구성 개념과 일치하는 것으로 원래 명칭과 유사하게 개인건강간호로 명명하였다.

제2요인은 모두 8문항으로 구성되었다. 부하량이 큰 문항들을 살펴보면 ‘원하는 야외활동참여’, ‘대인관계 유지 및 지역사회 행사 참여’, ‘사생활과 존엄성 유지 및 비밀 보장’이다. 이 요인 역시 도구 구성시 참조하였던 문항들의 구성개념과 일치하여 원래 명칭과 유사하게 삶의 방식 존중으로 명명하였다.

제3요인은 6문항으로 구성되었으며, ‘시설내 다양한 활동’, ‘변화된 생활에 적응할 수 있도록 도움을 주는 것’, ‘시설의 거주자들과 친밀한 관계유지’가 부하량이 큰 문항들로 사회적 상호작용으로 명명하였다.

제4요인은 7문항으로 구성되었다. 전체 문항들 중 ‘장기요양서비스 제공기관의 관리자와 인력이 적절한 지식과 기술을 갖추는 것’, ‘장기요양서비스를 제공하는 기관이 서비스의 개선을 위해 지속적으로 노력하는 것’, ‘장기요양서비스가 관련 법과 전문적인 기준 및 지침에 따라 제공되는 것’이 부하량이 큰 문항이어서, 서비스의 질 향상으로 명명하였다.

제5요인은 4문항으로 구성되었고, ‘편안하고 조용한 환경’, ‘화재위험이

없고, 안전한 환경'이 부하량이 큰 문항으로 안전한 환경이라고 명명하였다.

본 도구의 신뢰도를 검증하기 위해 Cronbach's  $\alpha$  값을 산출하였다. 전체 Cronbach's  $\alpha$ 는 .957이었고, 5개 요인별 Cronbach's  $\alpha$  값을 살펴보면 다음과 같다. 개인건강간호 .935, 삶의 방식 존중 .851, 사회적 상호작용 .838, 서비스의 질 향상 .891, 안전한 환경 .875로 나타나 모두 내적 일관성 신뢰도가 만족할 만한 수준으로 나타났다(Table 2).

Table 2. Reliability and Validity

No	Item contents	Factor loading				
		Personal health care	Respect for lifestyle	Social interaction	Improvement of service quality	Safe environment
1	건강 문제에 따른 간호 및 치료	.667				
2	내가 원할 때 의사나 간호사를 신속하게 만나는 것	.745				
3	간호사가 나의 간호요구에 부합되는 서비스 제공	.696				
4	건강상태와 요구에 맞는 의료 전문가 연결	.668				
5	투약 관리	.741				
6	통증 관리	.702				
7	죽음을 앞둔 경우, 안락과 존엄성 유지	.503				
8	영양상태 유지	.677				
9	선호하는 음식 제공	.565				
10	피부 상태 관리	.543				
11	배설 문제 파악 및 관리	.659				
12	운동능력과 기동력 유지	.702				
13	구강과 치아 건강 유지	.566				
14	감각손실 여부 확인과 관리	.578				
15	나의 수면 양상 유지	.390				
16	독립성 유지		.362			
17	대인관계 유지 및 지역사회 행사 참여		.646			
18	원하는 야외 활동 참여		.698			
19	사생활과 존엄성 유지 및 비밀 보장		.565			
20	개인정보 보호		.453			
21	간호사 및 직원들과의 친밀한 관계		.551			
22	간호사와 직원들이 나의 서비스 내용을 결정		.544			
23	관심, 습관, 종교와 문화적 배경 존중		.315			



No	Item contents	Factor loading				
		Personal health care	Respect for lifestyle	Social interaction	Improvement of service quality	Safe environment
35	가족과 친구의 자유로운 방문			.584		
36	시설내 다양한 활동			.768		
37	개인 물품 소지 허용			.635		
38	필요하다면 외부기관의 서비스 이용			.520		
39	변화된 생활에 적응할 수 있도록 도움을 주는 것			.609		
40	시설의 거주자들과 친밀한 관계 유지			.608		
24	치매 예방 프로그램 제공				.601	
25	치매 환자를 위한 환경조성				.586	
26	필요한 교육 제공				.399	
31	장기요양서비스에 대한 불만 사항 제기				.417	
32	장기요양서비스가 관련 법과 전문적인 기준 및 지침에 따라 제공되는 것				.592	
33	장기요양서비스 제공 기관의 관리자와 인력이 적절한 지식과 기술을 갖추는 것				.635	
34	장기요양서비스를 제공하는 기관이 서비스의 개선을 위해 지속적으로 노력하는 것				.597	
27	감염 관리					.503
28	청소와 세탁 서비스 제공					.668
29	편안하고 조용한 환경					.719
30	화재위험이 없고, 안전한 환경					.671
	Eigen value	15.39	3.17	2.32	1.69	1.43
	% of the total variance explained	18.71	9.28	9.27	9.18	8.09
	Cumulative %	18.71	28.00	37.27	46.45	54.54
	Cronbach's α	.935	.851	.838	.891	.875

## 5. 자료수집방법

자료 수집은 2012년 9월 3일부터 10월 9일까지 이루어졌다. 본 자료 수집 이전인 8월 18일부터 8월 24일까지 베이비 붐 세대 18명을 대상으로 예비조사를 거쳐 문항을 최종 확정하여 본 조사를 실시하였다.

본 조사시 소득과 계층이 특정 집단으로 집중되는 것을 피하기 위해 베이비 붐 세대의 소득분포자료(통계개발원, 2010)를 참고로 하여 산출된 대상자 수 192명을 이 소득 비율로 나누어 자료 수집을 시행하였다. 이를 위해 동사무소에 내소한 자, 학교, 은행, 사기업, 공기업에서 근무하는 자, 식당, 가게, 교회의 지역주민을 대상으로 자료수집을 하였다. 연구자가 직접 설문장소를 방문하여 대상자를 만나 설문 조사를 하거나, 해당 장소에 근무하는 연구자의 지인을 통해 설문 조사를 하였다. 설문 조사를 하기 전 연구자의 지인들에게 연구에 대한 사전 설명과 설문지 문항 내용 및 작성 방법, 면담 요령 등을 자세히 설명해 정확한 자료 수집이 이루어지도록 하였다.

설문은 자발적으로 연구에 참여 의사를 밝힌 대상자에 한하여 이루어지고, 응답도중 설문지 작성에 동의하지 않을 경우 언제든지 중단할 수 있으며 설문지는 연구 목적으로만 사용된다는 내용이 포함된 동의서에 서명을 받은 후 설문지를 배포하고 회수하였다. 회수한 설문지 220부 중 설문의 응답내용이 불성실하거나 부정확한 24부를 제외하여 196부를 분석대상으로 하였다.

## 6. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 20.0 프로그램을 이용하여 분석하였고, 구체적 분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 수정·보완된 도구의 신뢰도를 파악하기 위해 Cronbach's  $\alpha$  값을 산출하였다.
- 2) 수정·보완된 도구의 구성타당도를 검증하기 위해 요인분석을 실시하

였다.

- 3) 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 분석하였다.
- 4) 재가서비스와 시설서비스를 선택한 대상자 특성의 차이를 파악하기 위해  $\chi^2$  검정을 실시하였다.
- 5) 대상자의 장기요양서비스 요구는 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 6) 대상자의 일반적 특성에 따른 장기요양서비스 요구는 독립표본t-test와 one-way ANOVA로 분석하였고 사후검정은 Scheffe test를 사용하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 연구 대상자의 특성

본 연구 대상자는 여자가 117명(59.7%)이고, 남자는 79명(40.3%)이었다. 대상자의 연령은 베이비 붐 세대를 전기와 후기로 나누어보면 후기에 해당하는 54-58세가 106명(54.1%), 전기에 해당하는 50-53세가 90명(45.9%)이었다.

연구대상자의 교육수준은 고등학교 졸업자 93명(47.4%), 대학이상 졸업자 83명(42.3%), 중학교 이하 졸업자 20명(10.2%)순으로 나타났다. 직업은 화이트칼라 직업군이 116명(59.2%)으로 가장 많았고, 주부 41명(20.9%), 블루칼라 직업군 24명(12.2%), 무직 7명(3.6%)의 순으로 나타났다.

연구 대상자 중 66명(33.7%)이 종교가 없으며, 62명(31.6%)이 기독교, 34명(17.3%)이 불교, 32명(16.3%)이 천주교를 믿고 있었다.

연구 대상자의 대부분인 174명(88.8%)이 배우자가 있었고 130명(66.3%)이 2명의 자녀가 있으며, 자녀가 없거나 1명, 3명 이상의 자녀가 있는 경우가 각각 33명(16.8%)이었다. 동거하는 가족수를 살펴보면, 4인 가정이 83명(42.3%)으로 가장 많았고 3인 가정 48명(24.5%), 2인 가정 38명(19.4%)으로 조사되었으며, 5인 이상의 가족구성원이 함께 사는 경우가 15명(7.7%), 1인 가정은 12명(6.1%)으로 나타났다.

대상자의 월평균 가구 소득은 400만원이상 600만원 미만인 경우가 61명(31.1%), 200만원 이상 400만원 미만인 가정이 60명(30.6%)으로 많았고, 600만원 이상의 고소득 가정이 39명(19.9%), 200만원 미만 가정이 36명(18.4%)으로 나타났다. 대상자가 느끼는 주관적 경제 상태를 3분류로 살펴보면 86명(43.9%)이 여유가 없다고 응답하였고, 71명(36.2%)이 적정하다, 39명(19.9%)이 여유가 있다고 대답하였다.

대상자가 예상하는 노후 소득은 200만원대가 64명(32.7%), 100만원대가 54명(27.6%), 300만원대 37명(18.9%)로 나타났고 100만원 미만으로

예상하는 경우가 21명(10.7%), 400만원 이상으로 예상하는 경우가 20명(10.2%)으로 조사되었다. 노후에 예상하는 생활의 주수입원은 다중응답으로 체크하였는데, 국민연금이 100명(24.0%)으로 가장 높았고, 개인연금 66명(15.8%), 예금 52명(12.5%), 공무원 연금 45명(10.8%), 근로 소득 및 사업소득 39명(9.4%)으로 조사되었고, 그 외 임대소득 36명(8.6%), 역모기지 22명(5.3%), 퇴직금 20명(4.8%)으로 나타났다. 자녀에게 노후 생활비를 의존하겠다고 응답한 경우도 20명(4.8%)으로 낮은 비율을 차지하였으며, 정부 및 사회단체의 지원에 의존하려는 경우도 8명(1.9%)으로 나타났다. 이 변수는 추후 분석시 준비없음(27명, 13.8%), 공적노후소득-국민연금, 공무원연금, 퇴직금(24명, 12.2%)-, 사적노후소득-개인연금, 예금, 부동산 임대소득, 역모기지(37명, 18.9%)-, 공적노후소득과 사적노후소득(59명, 30.1%), 기타-근로소득 및 사업소득, 자녀에게 의존, 정부 및 사회단체 지원에 의존(49명, 25.0%)-로 분류하여 분석하였다.

대상자 중 82명(41.8%)이 노후에 거주하고 싶은 지역으로 대도시를 선택하였으며, 67명(34.2%)이 중소도시, 41명(20.9%)이 농촌지역을 선택하여 대부분 대상자들이 노후를 도시에서 지내고 싶어하는 것으로 나타났다.

연구 대상자의 주관적 건강상태를 살펴보면, 보통이라고 응답한 경우가 91명(46.4%)로 가장 많았고, 건강하다 76명(38.8%), 건강하지 않다 29명(14.8%)의 순으로 나타났다. 질병을 가지고 있는 사람은 92명(46.9%)으로 나타났고, 이 중 49명(33.3%)가 고혈압을 앓고 있으며, 고지혈증 28명(19.0%), 관절염 18명(12.2%), 비만 15명(10.2%), 당뇨 13명(8.8%)으로 조사되었다. 이외 심장질환 4명(2.7%), 간질환 3명(2.0%), 암 2명(1.4%), 뇌졸중 1명(0.7%)으로 나타났다.

서비스를 이용하기 위해 현재 지불하는 노인장기요양보험료와 본인부담금 이외에 추가로 본인이 부담할 수 있는 비용은 20만원이상 40만원 미만 이 67명(34.2%), 20만원 미만이 66명(33.7%), 40만원 이상이 63명(32.1%) 순으로 나타났다. 서비스 이용시 비용은 87명(44.4%)이 다른 도움없이 본인이 스스로 직접 지불할 것으로 응답하였다.

연구 대상자가 향후 노인장기요양보험 서비스를 이용할 경우 104명(53.1%)이 노인요양시설 입주를 원하고, 92명(46.9%)이 재가서비스를 원하는 것으로 나타났으며, 그 각각의 특성은 Table 3과 같다. 시설서비스 선호 대상자와 재가서비스 선호 대상자는 그 특성에서 대상자 집단간 차이를 보이지 않았다(Table 3).

Table 3. General Characteristics and Differences between the Subjects who Preferred Nursing Homes and Home Care Services

Variables	Categories	Total (n=196)	Nursing homes (n=104)	Home care services (n=92)	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Gender	Male	79 (40.3)	43 (41.3)	36 (39.1)	0.10	.752
	Female	117 (59.7)	61 (58.7)	56 (60.9)		
Age (yr)*	50-53	90 (45.9)	51 (49.0)	39 (42.4)	0.87	.351
	54-58	106 (54.1)	53 (51.0)	53 (57.6)		
Education level	≤Middle school	20 (10.2)	9 (8.7)	11 (12.0)	1.90	.386
	High school	93 (47.4)	54 (51.9)	39 (42.4)		
	≥College	83 (42.3)	41 (39.4)	42 (45.7)		
Job†	White collar	116 (59.2)	61 (58.7)	55 (59.8)	1.65	.649
	Blue collar	24 (12.2)	13 (12.5)	11 (12.0)		
	Housewife	41 (20.9)	22 (21.2)	19 (20.7)		
	Unemployed	7 (3.6)	2 (1.9)	5 (5.4)		
Religion†	Christian	62 (31.6)	26 (25.0)	36 (39.1)	7.53	.057
	Buddhism	34 (17.3)	22 (21.2)	12 (13)		
	Catholicism	32 (16.3)	14 (13.5)	18 (19.6)		
	None	66 (33.7)	40 (38.5)	26 (28.3)		
Marital status	Couple	174 (88.8)	90 (86.5)	84 (91.3)	1.11	.291
	Single	22 (11.2)	14 (13.5)	8 (8.7)		
Number of children	0 or 1	33 (16.8)	23 (22.1)	10 (10.9)	4.46	.107
	2	130 (66.3)	64 (61.5)	66 (71.7)		
	≥3	33 (16.8)	17 (16.3)	16 (17.4)		
Number of family members	1	12 (6.1)	8 (7.7)	4 (4.3)	4.57	.335
	2	38 (19.4)	25 (24.0)	13 (14.1)		
	3	48 (24.5)	23 (22.1)	25 (27.2)		
	4	83 (42.3)	41 (39.4)	42 (45.7)		
	≥5	15 (7.7)	7 (6.7)	8 (8.7)		
Monthly income (10,000 KRW)	<200	36 (18.4)	19 (18.3)	17 (18.5)	5.59	.134
	200-399	60 (30.6)	39 (37.5)	21 (22.8)		
	400-599	61 (31.1)	29 (27.9)	32 (34.8)		
	≥600	39 (19.9)	17 (16.3)	22 (23.9)		
Subjective Economic status	Wealthy	39 (19.9)	24 (23.1)	15 (16.3)	1.41	.495
	Moderate	71 (36.2)	36 (34.6)	35 (38.0)		
	Poor	86 (43.9)	44 (42.3)	42 (45.7)		
Old age income (10,000 KRW)	<100	21 (10.7)	10 (9.6)	11 (12.0)	4.52	.341
	100-199	54 (27.6)	29 (27.9)	25 (27.2)		
	200-299	64 (32.7)	39 (37.5)	25 (27.2)		
	300-399	37 (18.9)	19 (18.3)	18 (19.6)		
	≥400	20 (10.2)	7 (6.7)	13 (14.1)		

Table 3. (continued)

Variables	Categories	Total (n=196)	Nursing homes (n=104)	Home care services (n=92)	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Types of old age income <sup>†</sup>	Public income				3.24	.519
	National pension	100 (24.0)	55 (23.0)	45 (25.3)		
	Government employees pension	45 (10.8)	19 (7.9)	26 (14.6)		
	Retirement allowance	20 (4.8)	15 (6.3)	5 (2.8)		
	Private income					
	Individual pension	66 (15.8)	41 (17.2)	25 (14.0)		
	Saving	52 (12.5)	31 (13.0)	21 (11.8)		
	Income for lease	36 (8.6)	21 (8.8)	15 (8.4)		
	Reverse mortgage	22 (5.3)	12 (5.0)	10 (5.6)		
	Others					
	Earned income	39 (9.4)	25 (10.5)	14 (7.9)		
	Children assistance	20 (4.8)	12 (5.0)	8 (4.5)		
Government assistance	8 (1.9)	4 (1.7)	4 (2.2)			
Others	9 (2.2)	4 (1.7)	5 (2.8)			
Residential area of the aged <sup>†</sup>	Rural area	41 (20.9)	22 (21.2)	19 (20.7)	1.77	.413
	Big city	82 (41.8)	40 (38.5)	42 (45.7)		
	Medium and small city	67 (34.2)	40 (38.5)	27 (29.3)		
Subjective Health status	Healthy	76 (38.8)	35 (33.7)	41 (44.6)	3.76	.153
	Moderate	91 (46.4)	55 (52.9)	36 (39.1)		
	Unhealthy	29 (14.8)	14 (13.5)	15 (16.3)		
Presence of disease	Yes	92 (46.9)	53 (51.0)	39 (42.4)	1.44	.230
	No	104 (53.1)	51 (49.0)	53 (57.6)		
Types of disease <sup>‡</sup>	Hypertension	49 (33.3)	29 (34.1)	20 (32.3)		
	Hyperlipidemia	28 (19.0)	17 (20.0)	11 (17.7)		
	Arthritis	18 (12.2)	10 (11.8)	8 (12.9)		
	Obesity	15 (10.2)	10 (11.8)	5 (8.1)		
	Diabetes	13 (8.8)	7 (8.2)	6 (9.7)		
	Heart problem	4 (2.7)	2 (2.4)	2 (3.2)		
	Liver disease	3 (2.0)	3 (3.5)	0 (0.0)		
	Cancer	2 (1.4)	1 (1.2)	1 (1.6)		
	Stroke	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (1.6)		
	Others	14 (9.5)	6 (7.1)	8 (12.9)		
Additional fee (10,000 KRW)	<20	66 (33.7)	36 (34.6)	30 (32.6)	0.61	.739
	20-39	67 (34.2)	33 (31.7)	34 (37.0)		
	≥40	63 (32.1)	35 (33.7)	28 (30.4)		
Service fee payer <sup>†</sup>	Oneself	87 (44.4)	43 (41.3)	44 (47.8)	0.66	.416
	Other support	103 (52.6)	57 (54.8)	46 (50.0)		

\*베이비 붐 세대를 전기 베이비부머(1955-1959년 출생 집단)와 후기 베이비부머(1960-1963년 출생 집단)로 구분함(이소경, 2011b); †Numbers of no response are excluded; ‡Multiple choice



## 2. 장기요양서비스 요구도

시설과 재가를 선택한 대상자 별로 장기요양서비스 요구도를 살펴보면 다음과 같다.

시설을 선택한 대상자 104명의 장기요양서비스 요구도 점수는 평균 4.28( $\pm$ 0.53)점이며 최소 2.20점에서 최대 4.93점까지의 분포를 보였다. 각 영역별 점수를 살펴보면, 안전한 환경영역이 평균 4.40( $\pm$ 0.69)점, 사회적 상호작용영역이 평균 4.38( $\pm$ 0.55)점, 서비스의 질 향상영역이 평균 4.34( $\pm$ 0.64)점, 개인건강간호영역이 평균 4.28( $\pm$ 0.69)점, 삶의 방식 존중영역이 평균 4.11( $\pm$ 0.60)점의 순으로 나타났다 (Table 4).

Table 4. Needs of Subjects who Preferred Nursing Homes (N=104)

	No of items	Mean $\pm$ SD	Minimum	Maximum
Personal health care	15	4.28 $\pm$ 0.69	1.53	5.00
Respect for lifestyle	8	4.11 $\pm$ 0.60	2.50	5.00
Social interaction	6	4.38 $\pm$ 0.55	2.50	5.00
Improvement of service quality	7	4.34 $\pm$ 0.64	1.29	5.00
Safe environment	4	4.40 $\pm$ 0.69	1.00	5.00
Total	40	4.28 $\pm$ 0.53	2.20	4.93

재가를 선택한 대상자 92명의 장기요양서비스 요구도 점수는 평균 4.18 점( $\pm$ 0.56)이고 최소 1.25점에서 최대 4.83점까지의 분포를 보였다. 사회적 상호작용, 서비스의 질 향상과 안전한 환경, 개인건강간호, 삶의 방식 존중 영역의 순으로 나타났다. 각 영역별 점수는 아래 표와 같다(Table 5).

Table 5. Needs of Subjects who Preferred Home Care Services

(N=92)

	No of items	Mean ± SD	Minimum	Maximum
Personal health care	15	4.19±0.68	1.07	5.00
Respect for lifestyle	8	3.83±0.72	1.38	5.00
Social interaction	6	4.37±0.56	1.83	5.00
Improvement of service quality	7	4.32±0.64	1.14	5.00
Safe environment	4	4.32±0.81	1.00	5.00
Total	40	4.18±0.56	1.25	4.83

### 3. 대상자의 특성에 따른 장기요양서비스 요구도

#### 1) 시설을 선택한 대상자의 특성에 따른 장기요양서비스 요구도

##### (1) 대상자의 특성에 따른 개인건강간호 요구도 차이

시설을 선택한 대상자의 특성 중 개인건강간호 요구도는 성별( $t=-2.82$ ,  $p<.05$ ), 노후희망거주지역( $F=4.40$ ,  $p<.05$ )과 질병 유무( $t=2.28$ ,  $p<.05$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

성별의 경우 여성( $4.44\pm 0.62$ )이 남성( $4.07\pm 0.72$ )보다 요구도가 높은 것으로 나타났다.

대상자가 원하는 노후거주지역은 도시( $4.23\pm 0.65$  <  $4.49\pm 0.51$ )를 선택한 대상자의 요구도가 농촌지역( $3.97\pm 0.91$ )을 선택한 대상자의 요구도보다 높은 것으로 나타났다( $F=4.40$ ,  $p<.05$ ). 또한 질병이 없는 대상자( $4.44\pm 0.56$ )가 질병이 있는 대상자( $4.14\pm 0.76$ )의 요구도에 비해 통계적으로 유의하게 높게 나타났다. 그러나 그 외 변수들에서는 개인건강간호 요구도의 차이가 유의하게 나타나지 않았다.

##### (2) 대상자의 특성에 따른 삶의 방식 존중에 대한 요구도 차이

삶의 방식 존중에 대한 요구도는 직업에 따라 통계적으로 유의한 차이가

있는 것으로 나타났다( $F=3.92, p<.05$ ). 주부( $4.33\pm 0.55$ ), 화이트칼라 직업군( $4.17\pm 0.58$ ), 블루칼라 직업군( $3.74\pm 0.46$ ), 무직인 경우( $3.50\pm 0.88$ ) 순으로 요구도가 높게 나타났으나, Scheffe의 사후검정 결과 집단 간 차이는 나타나지 않았다.

### (3) 대상자의 특성에 따른 사회적 상호작용에 대한 요구도 차이

사회적 상호작용 영역의 요구도는 대상자가 원하는 노후거주지역에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 도시( $4.42\pm 0.50 < 4.49\pm 0.43$ )를 선택한 대상자의 요구도가 농촌지역( $4.12\pm 0.74$ )을 선택한 사람의 요구도보다 높은 것으로 나타났다( $F=3.44, p<.05$ ).

### (4) 대상자의 특성에 따른 서비스의 질 향상에 대한 요구도 차이

서비스의 질 향상에 대한 요구도에 유의한 차이를 보이는 변수는 성별( $t=-2.16, p<.05$ ), 노후희망거주지역( $F=3.40, p<.05$ ), 질병유무( $t=2.02, p<.05$ )로 나타났다.

여성( $4.46\pm 0.49$ )이 남성( $4.16\pm 0.79$ )보다 서비스의 질 향상 영역에 대한 요구도가 높으며, 노후희망거주지역은 농촌( $4.03\pm 0.81$ )에 비해 도시( $4.38\pm 0.48 < 4.45\pm 0.66$ )지역을 원하는 집단이 요구도가 높은 것으로 나타났다. 또한 질병을 가진( $4.21\pm 0.78$ ) 대상자에 비해 그렇지 않은 대상자( $4.46\pm 0.44$ )의 경우 이 영역의 요구도가 통계적으로 유의하게 높은 결과를 나타냈다.

### (5) 대상자의 특성에 따른 안전한 환경에 대한 요구도 차이

안전한 환경에 대한 요구도는 질병유무에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다( $t=2.77, p<.05$ ). 이 요구도 역시 질병이 없는 대상자( $4.59\pm 0.54$ )가 질병이 있는 대상자( $4.23\pm 0.77$ )에 비해 요구도가 높은 것으로 나타났다(Table 6).

Table 6. The Difference of Long-Term Care Service Needs by Characteristics of Nursing Homes Preference Subjects (N=104)

Variables	Categories	n(%)	Personal health care	Respect for lifestyle	Social interaction	Improvement of service quality	Safe environment
			M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Gender	Male	43(41.3)	4.07±0.72	4.07±0.57	4.35±0.57	4.16±0.79	4.28±0.64
	Female	61(58.7)	4.44±0.62	4.14±0.63	4.39±0.53	4.46±0.49	4.49±0.71
	t(p)		-2.82(.006)	-0.64(.526)	-0.37(.710)	-2.16(.035)	-1.49(.139)
Age	50-53	51(49.0)	4.22±0.75	4.09±0.67	4.32±0.60	4.28±0.72	4.43±0.74
	54-58	53(51.0)	4.34±0.62	4.13±0.54	4.43±0.49	4.39±0.56	4.38±0.64
	t(p)		-0.87(.385)	-0.35(.728)	-0.97(.334)	-0.85(.396)	0.33(.743)
Education level	≤Middle school	9(8.7)	4.15±0.99	3.96±0.62	4.07±0.79	3.98±0.90	4.17±0.81
	High school	54(51.9)	4.33±0.73	4.11±0.62	4.33±0.57	4.38±0.68	4.46±0.71
	≥University	41(39.4)	4.26±0.56	4.15±0.58	4.50±0.42	4.36±0.52	4.38±0.63
	F(p)		1.77(.414)	0.88(.643)	3.69(.158)	2.55(.279)	1.74(.420)
Job	White collar	61(58.7)	4.33±0.57	4.17±0.58	4.40±0.57	4.39±0.51	4.46±0.57
	Blue collar	13(12.5)	3.75±1.05	3.74±0.46	4.14±0.67	3.91±1.03	4.12±1.10
	Housewife	22(21.2)	4.51±0.49	4.33±0.55	4.45±0.38	4.56±0.41	4.50±0.60
	Unemployed	2(1.9)	4.10±1.27	3.50±0.88	4.25±1.06	3.93±1.31	4.13±1.24
	F(p)		6.51(.089)*	3.92(.011)	0.99(.401)	5.54(.136)*	1.20(.316)
Religion	Christian	26(25.0)	4.24±0.62	4.12±0.67	4.40±0.35	4.32±0.59	4.39±0.67
	Buddhism	22(21.2)	4.35±0.86	4.11±0.62	4.39±0.75	4.32±0.70	4.25±0.92
	Catholicism	14(13.5)	4.28±0.41	4.12±0.58	4.44±0.42	4.40±0.44	4.48±0.44
	None	40(38.5)	4.30±0.73	4.15±0.56	4.33±0.58	4.36±0.73	4.51±0.62
	F(p)		0.10(.957)	0.03(.992)	0.20(.898)	0.06(.979)	0.71(.549)
Marital status	Couple	90(86.5)	4.31±0.67	4.12±0.59	4.37±0.56	4.37±0.58	4.42±0.67
	Single	14(13.5)	4.13±0.80	4.07±0.72	4.43±0.46	4.09±0.96	4.32±0.78
	t(p)		0.88(.381)	0.27(.789)	-0.38(.704)	1.53(.130)	0.48(.631)

Table 6. (continued)

Variables	Categories	n(%)	Personal health care	Respect for lifestyle	Social interaction	Improvement of service quality	Safe environment
			M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Number of children	0 or 1	23(22.1)	4.10±0.76	3.97±0.62	4.38±0.60	4.22±0.79	4.35±0.64
	2	64(61.5)	4.36±0.68	4.12±0.60	4.39±0.56	4.37±0.63	4.42±0.73
	≥3	17(16.3)	4.23±0.57	4.26±0.57	4.34±0.46	4.37±0.47	4.41±0.62
	F(p)		1.26(.289)	1.17(.315)	0.04(.961)	0.44(.647)	0.10(.907)
Number of family members	1	8(7.7)	4.10±0.81	3.92±0.65	4.29±0.55	4.20±0.63	4.25±0.80
	2	25(24.0)	4.11±0.66	4.08±0.57	4.44±0.42	4.17±0.77	4.35±0.63
	3	23(22.1)	4.42±0.61	4.32±0.50	4.38±0.58	4.55±0.36	4.63±0.45
	4	41(39.4)	4.32±0.73	4.03±0.64	4.37±0.62	4.30±0.70	4.30±0.82
	≥5	7(6.7)	4.49±0.52	4.23±0.71	4.29±0.53	4.59±0.31	4.61±0.38
F(p)		0.96(.432)	1.17(.329)	0.18(.948)	1.47(.216)	1.14(.343)	
Monthly income	<200	19(18.3)	4.35±0.81	4.21±0.55	4.21±0.59	4.24±0.76	4.33±0.76
	200-399	39(37.5)	4.17±0.72	4.01±0.70	4.35±0.51	4.26±0.79	4.27±0.86
	400-599	29(27.9)	4.35±0.69	4.19±0.52	4.46±0.59	4.50±0.41	4.55±0.43
	≥600	17(16.3)	4.34±0.41	4.10±0.55	4.47±0.51	4.33±0.39	4.54±0.45
	F(p)		0.52(.669)	0.74(.529)	1.00(.398)	0.96(.413)	1.27(.289)
Subjective economic status	Wealthy	24(23.1)	4.16±0.70	4.09±0.60	4.43±0.59	4.18±0.55	4.14±0.83
	Moderate	36(34.6)	4.25±0.77	4.06±0.65	4.47±0.54	4.35±0.83	4.49±0.69
	Poor	44(42.3)	4.38±0.60	4.17±0.57	4.27±0.52	4.41±0.51	4.48±0.57
	F(p)		0.80(.450)	0.38(.686)	1.54(.220)	0.93(.399)	2.45(.091)
Old age income (10,000 KRW)	<100	10(9.6)	4.13±0.76	4.04±0.56	4.18±0.45	4.07±0.64	4.13±0.78
	100-199	29(27.9)	4.43±0.68	4.18±0.66	4.31±0.56	4.35±0.81	4.46±0.66
	200-299	39(37.5)	4.19±0.77	4.04±0.60	4.44±0.51	4.35±0.63	4.37±0.81
	300-399	19(18.3)	4.25±0.52	4.14±0.63	4.43±0.61	4.40±0.49	4.42±0.46
	≥400	7(6.7)	4.49±0.45	4.23±0.41	4.40±0.67	4.39±0.29	4.71±0.37
	F(p)		0.80(.528)	0.34(.850)	0.61(.657)	0.48(.753)	0.83(.508)

Table 6. (continued)

Variables	Categories	n(%)	Personal health care	Respect for lifestyle	Social interaction	Improvement of service quality	Safe environment
			M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Types of Old age income	None	12(11.5)	4.31±0.58	4.22±0.47	4.40±0.43	4.57±0.38	4.54±0.53
	Public income	12(11.5)	4.11±1.01	4.11±0.57	4.07±0.57	4.19±0.62	4.08±1.23
	Private income	18(17.3)	4.47±0.66	4.04±0.66	4.52±0.43	4.54±0.36	4.67±0.43
	Public+ Private	31(29.8)	4.37±0.58	4.13±0.58	4.44±0.43	4.35±0.72	4.43±0.61
	Others	31(29.8)	4.15±0.69	4.10±0.67	4.34±0.70	4.16±0.74	4.30±0.62
	F(p)		0.94(.446)	0.16(.959)	1.40(.241)	1.62(.176)	1.67(.163)
Residential area of the aged	Rural area	22(21.2)	3.97±0.91 <sup>a</sup>	4.03±0.63	4.12±0.74 <sup>a</sup>	4.03±0.81 <sup>a</sup>	4.19±1.04
	Big city	40(38.5)	4.23±0.65 <sup>ab</sup>	4.13±0.57	4.49±0.43 <sup>b</sup>	4.38±0.48 <sup>ab</sup>	4.43±0.52
	Medium& small city	40(38.5)	4.49±0.51 <sup>b</sup>	4.13±0.63	4.42±0.50 <sup>ab</sup>	4.45±0.66 <sup>b</sup>	4.47±0.59
	F(p)		4.40(.015)	0.21(.809)	3.44(.036)	3.40(.037)	1.23(.296)
Subjective health status	Healthy	35(33.7)	4.31±0.66	4.13±0.53	4.33±0.57	4.36±0.45	4.43±0.79
	Moderate	55(52.9)	4.25±0.74	4.10±0.66	4.42±0.56	4.34±0.77	4.40±0.64
	Unhealthy	14(13.5)	4.35±0.57	4.12±0.58	4.33±0.44	4.26±0.53	4.38±0.63
	F(p)		0.16(.854)	0.02(.985)	0.29(.752)	0.13(.877)	0.04(.962)
Presence of disease	No	51(49.0)	4.44±0.56	4.15±0.61	4.38±0.52	4.46±0.44	4.59±0.54
	Yes	53(51.0)	4.14±0.76	4.08±0.60	4.37±0.58	4.21±0.78	4.23±0.77
	t(p)		2.28(.025)	0.58(.561)	0.05(.964)	2.02(.047)	2.77(.007)
Additional fee (10,000 KRW)	<20	36(34.6)	4.40±0.74	4.21±0.59	4.31±0.60	4.39±0.61	4.35±0.82
	20-39	33(31.7)	4.20±0.67	4.16±0.56	4.37±0.49	4.40±0.44	4.52±0.47
	≥40	35(33.7)	4.24±0.64	3.96±0.64	4.45±0.54	4.22±0.82	4.35±0.72
	F(p)		0.79(.455)	1.67(.194)	0.56(.575)	0.90(.412)	0.63(.534)
Service fee payer	Oneself	43(41.3)	4.24±0.67	4.06±0.62	4.31±0.57	4.23±0.77	4.35±0.65
	Other Support	57(54.8)	4.30±0.71	4.14±0.61	4.41±0.54	4.39±0.55	4.45±0.73
	F(p)		-0.43(.668)	-0.65(.519)	-0.86(.389)	-1.21(.228)	-0.70(.486)

<sup>a,b</sup>Scheffe의 사후검정으로 통계처리함 (Residential area of old age : a<ab<b)

\*Kruskal-Wallis 검정

## 2) 재가를 선택한 대상자의 특성에 따른 장기요양서비스 요구도

### (1) 대상자의 특성에 따른 개인건강간호 요구도 차이

재가를 선택한 대상자의 개인건강간호 요구도는 동거가족수와 주관적 건강상태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

4인 가족 이상인 경우와 같이 동거가족수가 많은 경우( $3.56 \pm 0.77 < 4.13 \pm 0.80$ )요구도가 낮게 나타났고 동거가족수가 적은 대상자( $4.23 \pm 0.40 < 4.42 \pm 0.34 < 4.45 \pm 0.42$ )에게서 요구도가 상대적으로 높은 것으로 나타났다( $F=3.10, p<.05$ ). 그러나 Scheffe의 사후검정 결과 집단 간 차이는 나타나지 않았다.

주관적 건강상태에 따른 요구도는 건강하지 않다고 생각하는 그룹( $4.49 \pm 0.33$ )이 가장 높은 점수를 나타냈고, 보통의 건강상태라고 생각하는 그룹( $4.24 \pm 0.50$ ), 건강하다고 생각하는 그룹( $4.04 \pm 0.86$ )순으로 나타났다. 주관적 건강상태는 그룹 간 요구도가 Leven의 등분산 가정을 만족하지 않아 Welch와 Brown-Forsythe분석으로 통계 처리하였다. 등분산 가정을 만족하지 않는 경우 Welch와 Brown-Forsythe분석결과가 모두 유의한 차이가 나와야 모수적인 방법으로 해석이 가능하다. 이 경우 Welch의 분산분석 결과( $F=4.52, p<.05$ )와 Brown-Forsythe 분석결과( $F=3.63, p<.05$ )가 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 사후검정은 Tamhane을 시행하였고 그 결과 집단간 차이는 나타나지 않았다.

그러나 그 외 변수들에서는 개인건강간호 요구도 차이가 유의하게 나타나지 않았다.

### (2) 대상자의 특성에 따른 삶의 방식 존중에 대한 요구도 차이

삶의 방식 존중에 대한 요구도는 연령에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 연령이 높은 집단인 베이비 붐 후기 세대( $3.97 \pm 0.59$ )가 연령이 낮은 집단인 베이비 붐 전기 세대( $3.63 \pm 0.83$ )에서 보다 요구도가 높은 것으로 나타났다( $t=-2.25, p<.05$ ).

### (3) 대상자의 특성에 따른 안전한 환경에 대한 요구도 차이

안전한 환경에 대한 요구도는 노후희망거주지역에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다( $F=3.48, p<.05$ ). 중소도시( $4.65\pm 0.48$ ), 농촌( $4.26\pm 1.02$ ) 순으로 요구도가 높게 나타났으며, 대도시( $4.19\pm 0.68$ )에서 가장 낮은 요구도를 보였다. 그러나 Scheffe의 사후검정 결과 집단 간 차이는 유의하지 않았다.

### (4) 대상자의 특성에 따른 사회적 상호작용, 서비스의 질 향상에 대한 요구도 차이

대상자의 특성에 따른 사회적 상호작용 영역과 서비스의 질 향상 영역에 대한 요구도는 통계적으로 유의한 차이를 나타내는 변수는 없었다(Table 7).



Table 7. The Difference of Long-Term Care Service Needs by Characteristics of Home Care Services Preference Subjects (N=92)

Variables	Categories	n(%)	Personal health care	Respect for lifestyle	Social interaction	Improvement of service quality	Safe environment
			M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Gender	Male	36(39.1)	4.10±0.67	3.72±0.74	4.46±0.43	4.25±0.51	4.13±0.90
	Female	56(60.9)	4.25±0.69	3.90±0.70	4.30±0.62	4.36±0.71	4.44±0.73
	t(p)		-0.99(.324)	-1.19(.236)	1.34(.184)	-0.79(.433)	-1.82(.072)
Age	50-53	39(42.4)	4.05±0.85	3.63±0.83	4.31±0.64	4.26±0.71	4.25±0.96
	54-58	53(57.6)	4.29±0.51	3.97±0.59	4.41±0.49	4.35±0.57	4.37±0.67
	t(p)		-1.59(.116)	-2.25(.027)	-0.86(.395)	-0.66(.508)	-0.72(.474)
Education level	≤Middle school	11(12.0)	4.24±0.57	3.92±0.97	4.47±0.54	4.26±0.77	4.48±0.43
	High school	39(42.4)	4.15±0.86	3.96±0.65	4.34±0.63	4.38±0.71	4.50±0.73
	≥University	42(45.7)	4.21±0.51	3.67±0.69	4.36±0.51	4.27±0.53	4.11±0.91
	F(p)		0.11(.900)	1.82(.168)	0.22(.801)	0.32(.727)	2.65(.076)
Job	White collar	55(59.8)	4.12±0.76	3.80±0.72	4.38±0.58	4.30±0.64	4.28±0.91
	Blue collar	11(12.0)	4.52±0.23	4.08±0.63	4.47±0.31	4.55±0.50	4.55±0.33
	Housewife	19(20.7)	4.14±0.65	3.72±0.79	4.24±0.60	4.22±0.67	4.24±0.68
	Unemployed	5(5.4)	4.41±0.22	4.25±0.46	4.63±0.53	4.51±0.52	4.80±0.27
	F(p)		3.00(.391)*	1.22(.307)	0.86(.466)	0.81(.494)	1.02(.389)
Religion	Christian	36(39.1)	4.29±0.50	3.90±0.62	4.38±0.45	4.41±0.47	4.42±0.66
	Buddhism	12(13.0)	3.97±1.05	3.91±1.01	4.36±0.91	4.17±1.19	4.31±1.14
	Catholicism	18(19.6)	4.00±0.80	3.51±0.76	4.42±0.44	4.27±0.44	4.10±1.03
	None	26(28.3)	4.30±0.58	3.91±0.63	4.31±0.60	4.28±0.61	4.35±0.64
	F(p)		1.40(.249)	1.44(.237)	0.13(.944)	0.55(.650)	0.63(.597)
Marital status	Couple	84(91.3)	4.20±0.61	3.85±0.67	4.38±0.50	4.35±0.54	4.35±0.75
	Single	8(8.7)	4.07±1.25	3.61±1.13	4.19±1.03	3.93±1.28	3.97±1.30
	t(p)		0.54(.590)	0.58(.577)	0.53(.612)	0.93(.383)	1.30(.199)

Table 7. (continued)

Variables	Categories	n(%)	Personal health care	Respect for lifestyle	Social interaction	Improvement of service quality	Safe environment
			M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Number of children	0 or 1	10(10.9)	4.40±0.52	3.81±0.91	4.62±0.36	4.60±0.34	4.33±1.12
	2	66(71.7)	4.17±0.69	3.79±0.70	4.30±0.58	4.27±0.67	4.32±0.80
	≥3	16(17.4)	4.15±0.73	3.99±0.68	4.50±0.55	4.30±0.63	4.33±0.66
	F( <i>p</i> )		0.53(.591)	0.52(.596)	2.03(.137)	1.14(.323)	0.00(.999)
Number of family members	1	4(4.3)	4.42±0.34	3.66±0.90	4.46±0.42	4.11±0.71	4.25±0.65
	2	13(14.1)	4.23±0.40	3.99±0.60	4.33±0.50	4.23±0.71	4.40±0.53
	3	25(27.2)	4.45±0.42	4.00±0.78	4.55±0.39	4.60±0.32	4.28±0.97
	4	42(45.7)	4.13±0.80	3.74±0.70	4.28±0.65	4.23±0.70	4.35±0.83
	≥5	8(8.7)	3.56±0.77	3.56±0.69	4.27±0.60	4.13±0.74	4.19±0.72
F( <i>p</i> )		3.10(.020)	0.99(.416)	1.01(.408)	1.87(.124)	0.12(.974)	
Monthly income	<200	17(18.5)	4.40±0.39	4.07±0.62	4.36±0.50	4.47±0.56	4.50±0.47
	200–399	21(22.8)	4.13±0.88	3.81±0.87	4.29±0.73	4.14±0.93	4.35±0.94
	400–599	32(34.8)	4.08±0.68	3.70±0.63	4.27±0.47	4.26±0.55	4.13±0.84
	≥600	22(23.9)	4.26±0.64	3.84±0.75	4.58±0.51	4.44±0.42	4.43±0.82
	F( <i>p</i> )		0.95(.419)	1.04(.379)	1.60(.196)	1.27(.291)	1.00(.395)
Subjective economic status	Wealthy	15(16.3)	4.15±0.77	3.76±0.62	4.43±0.54	4.40±0.51	4.40±0.43
	Moderate	35(38.0)	4.13±0.64	3.80±0.80	4.40±0.51	4.28±0.61	4.36±0.79
	Poor	42(45.7)	4.26±0.69	3.87±0.69	4.32±0.61	4.31±0.70	4.26±0.93
	F( <i>p</i> )		0.34(.711)	0.16(.855)	0.31(.735)	0.18(.836)	0.25(.776)
Old age income (10,000 KRW)	<100	11(12.0)	4.41±0.49	4.01±0.83	4.32±0.53	4.51±0.63	4.59±0.32
	100–199	25(27.2)	4.21±0.81	3.86±0.82	4.26±0.72	4.18±0.85	4.23±0.99
	200–299	25(27.2)	3.87±0.74	3.73±0.61	4.34±0.55	4.31±0.48	4.28±0.83
	300–399	18(19.6)	4.32±0.48	3.85±0.49	4.38±0.42	4.29±0.63	4.32±0.55
	≥400	13(14.1)	4.41±0.49	3.76±0.92	4.64±0.39	4.46±0.42	4.35±1.00
	F( <i>p</i> )		2.29(.066)	0.33(.856)	1.05(.388)	0.71(.585)	0.40(.811)

Table 7. (continued)

Variables	Categories	n(%)	Personal health care	Respect for lifestyle	Social interaction	Improvement of service quality	Safe environment
			M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Types of old age income	None	15(16.3)	4.18±0.59	3.57±0.77	4.40±0.38	4.36±0.43	4.15±0.95
	Public income	12(13.0)	4.01±0.86	4.03±0.37	4.47±0.49	4.54±0.32	4.48±0.41
	Private income	19(20.7)	4.06±0.93	3.64±0.97	4.21±0.76	4.02±1.02	4.20±0.91
	Public+ Private	28(30.4)	4.23±0.60	3.93±0.61	4.38±0.54	4.38±0.42	4.41±0.82
	Others	18(19.6)	4.40±0.36	3.94±0.63	4.42±0.55	4.35±0.64	4.35±0.78
	F(p)			0.83(.511)	1.35(.257)	0.52(.724)	1.56(.193)
Residential area of the aged	Rural area	19(20.7)	4.16±0.70	3.94±0.78	4.39±0.39	4.42±0.45	4.26±1.02
	Big city	42(45.7)	4.19±0.56	3.68±0.68	4.33±0.50	4.23±0.57	4.19±0.68
	Medium&small city	27(29.3)	4.31±0.62	4.04±0.57	4.48±0.56	4.45±0.55	4.65±0.48
	F(p)			0.47(.627)	2.66(.075)	0.80(.454)	1.57(.215)
Subjective health status	Healthy	41(44.6)	4.04±0.86	3.79±0.80	4.43±0.65	4.26±0.72	4.26±0.85
	Moderate	36(39.1)	4.24±0.50	3.72±0.65	4.24±0.44	4.30±0.55	4.23±0.84
	Unhealthy	15(16.3)	4.49±0.33	4.19±0.52	4.49±0.55	4.49±0.58	4.70±0.45
	F(p)			4.52(.015) <sup>†</sup> 3.63(.031) <sup>‡</sup>	2.52(.086)	1.56(.216)	0.67(.513)
Presence of disease	No	53(57.6)	4.12±0.78	3.79±0.77	4.37±0.59	4.27±0.71	4.21±0.91
	Yes	39(42.4)	4.29±0.50	3.88±0.63	4.36±0.53	4.37±0.51	4.47±0.62
	t(p)			-1.06(.290)	-0.56(.577)	0.04(.969)	-0.75(.453)
Additional fee (10,000 KRW)	<20	30(32.6)	4.36±0.41	3.88±0.67	4.27±0.51	4.35±0.59	4.52±0.44
	20-39	34(37.0)	4.07±0.83	3.83±0.77	4.33±0.67	4.34±0.71	4.26±0.89
	≥40	28(30.4)	4.15±0.70	3.77±0.72	4.51±0.45	4.24±0.60	4.18±0.97
	F(p)			1.50(.229)	0.15(.864)	1.46(.237)	0.28(.756)
Service fee payer	Oneself	44(47.8)	4.16±0.80	3.77±0.65	4.33±0.61	4.24±0.73	4.20±0.87
	Other support	46(50.0)	4.23±0.55	3.88±0.77	4.38±0.51	4.40±0.50	4.43±0.74
	F(p)			-0.48(.630)	-0.77(.444)	-0.46(.648)	-1.22(.224)

\*Kruskal-Wallis 검정

†Welch 분석으로 통계처리함

‡Brown-Forsythe 분석으로 통계처리함

## V. 논의

본 연구는 향후 장기요양서비스의 주 이용층인 베이비 붐 세대를 대상으로 그들의 특성에 따른 장기요양서비스의 요구도를 확인하여, 요구에 부합되는 개별화된 맞춤형 서비스의 필요성을 제기하고 개발 방향을 파악하고자 수행되었다.

따라서 연구 결과에 대한 고찰을 장기요양서비스 요구도, 서비스 종류별 대상자의 특성에 따른 장기요양서비스 요구도 순으로 살펴보고자 한다.

### 1. 장기요양서비스 요구도

본 연구 대상자의 장기요양서비스에 대한 요구도를 살펴보면 다음과 같다. 본 연구에서 다른 동일한 도구를 사용하거나 동일한 대상자를 연구한 논문을 거의 찾을 수 없어 직접적인 비교는 어렵지만 유사한 개념을 다른 선행 연구들과 비교하여 다음과 같은 결과를 얻을 수 있었다.

본 연구의 대상자는 개인건강간호, 삶의 방식 존중, 사회적 상호작용, 서비스의 질 향상, 안전한 환경의 5개 영역에서 최소 3.83( $\pm 0.72$ )에서 최대 4.40( $\pm 0.69$ )으로 답해 모두 '필요하다' 인 4점에 가까운 점수이거나 4점 이상을 보여 장기요양서비스에 대해 전반적으로 높은 요구를 가지는 것으로 나타났다.

시설서비스를 이용하기를 원하는 대상자는 안전한 환경에 대한 요구가 가장 높은 것으로 나타났다. 이는 노인요양시설이 가정이라는 익숙한 환경을 벗어나 새로운 장소에서 생활하는 것이므로 안전하고 편안한 물리적인 환경에 대한 요구가 높은 것으로 보인다. 안전한 환경 영역에는 감염이나 위생관리도 포함되는데 현재 우리나라 노인요양시설의 평가지표에도 위생 및 감염관리와 안전관리를 포괄하는 환경·안전에 대한 항목이 포함되어 있어 이 영역을 중요시함을 알 수 있다. 그러나 한국소비자원의

박범규 (2012)의 조사에 따르면 노인요양시설에서 여전히 낙상 사고 등의 안전사고가 발생하고 있으며, 평가기준을 충족하지 못하는 시설이 있는 것으로 나타났다. 게다가 감염의 발생 위험에 노출되어 있는 노인요양시설 대부분은 촉탁의의 방문진료에 의존하고 있고, 실제 감염 관리를 할 수 있는 전문 인력인 간호사가 부족한 실정이다(최수영, 2009). 시설 입소자의 가장 중요한 요구가 감염 및 위생 관리를 포함한 안전한 환경으로 파악되었으므로 이를 충족시킬 수 있도록 관리를 더욱 강화하고, 안전사고 예방을 위한 각종 교육 프로그램도 운영해야 할 것으로 생각된다.

반면, 재가 서비스를 선택한 대상자의 장기요양서비스 요구도를 각 영역별로 살펴보면, 사회적 상호작용 영역이 가장 높은 요구를 나타냈다. 선행연구에서는 주로 장기요양서비스 요구를 신체적, 정서적·사회적, 정보적 간호요구의 세 영역으로 구성된 간호요구도로 조사하였는데, 본 도구의 사회적 상호작용영역은 타인과의 관계를 긍정적으로 지지하고 증진시켜주는 정서적·사회적 요구(양윤정과 김정희, 2007)와 유사한 개념으로 볼 수 있다. 요양시설 거주 노인과 장기요양보험대상자에게 간호요구도를 조사한 선행 연구(김귀분, 이해경과 석소현, 2009; 양윤정과 김정희, 2007; 최근희, 2009)에서 신체적, 정보적 간호요구도에 비해 정서적·사회적 간호요구도가 높게 나타난 결과와 비슷하다고 볼 수 있다. 이는 나이가 들면서 독거가구가 증가하고 타인들과의 대화나 교류가 적어지므로(최근희, 2009), 앞으로 노인이 될 세대인 베이비 붐 세대 역시 이를 중요한 문제로 인식하고 이에 대한 요구가 높은 것으로 보여진다.

본 연구 결과에서 확인된 바와 같이, 베이비 붐 세대는 장기요양서비스에서 개인건강간호나 안전한 환경영역에 대한 서비스와 함께 타인과의 친밀한 관계유지나 변화된 생활에 적응할 수 있도록 도와주는 것을 중요한 서비스의 영역으로 여기므로 이런 서비스를 제공하는 것이 필요하다.

## 2. 대상자의 특성에 따른 장기요양서비스 요구도

대상자의 특성 중 장기요양서비스 요구도에 유의하게 차이를 나타낸 변수를 앤더슨의 의료이용모형에 적용하여 살펴보면, 소인성 요인, 가능성 요인, 욕구 요인이 모두 부분적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다.

시설서비스 선호 대상자와 재가 서비스 선호 대상자 별로 특성에 따른 요구도의 차이를 살펴보면, 각각 다른 변수들이 요구도에 영향을 주는 것으로 나타났다.

시설서비스 선호 대상자의 경우, 소인성 요인에 해당하는 성별에 따라 개인건강간호와 서비스의 질 향상 영역의 요구도에서 차이를 나타냈는데, 여성인 경우 남성에 비해 요구도가 높게 나타났다. 이는 노인을 대상으로 간호요구도를 조사한 선행연구(김정순, 2007; 이명숙, 2003)와 중년을 대상으로 조사한 연구(김지현, 2008)에서 여성이 남성보다 요구도가 높은 결과들과 유사하다. 이는 여성의 평균수명이 남성보다 길어 남성보다 여성이 장기요양서비스 이용도가 높을 것이며, 따라서 요구도 역시 함께 증가하는 것으로 보인다.

가능성 요인에서는 노후희망거주지역에 따라 개인건강간호, 사회적 상호작용, 서비스의 질 향상 영역의 요구도에서 차이가 나타났다. 노후에 농촌 보다 도시지역에 거주하고 싶은 경우 전반적으로 요구도가 높게 나타났다. 이는 도시 노인에 비해 농촌 노인이 장기요양서비스 이용의사가 낮다는 선행 연구 결과와 관련이 있다고 생각된다(이윤경, 2009; 이홍자, 2008). 농촌 거주자는 도시 거주자에 비해 가족이 노인을 부양해야 한다는 전통적인 사고를 가지고 있고 비공식적 지지체계를 가지고 있으므로(이홍자, 2008) 노후희망거주지역을 농촌으로 선택한 본 연구의 대상자들 역시 노인요양시설과 같은 공식적인 서비스에 대한 요구도는 낮고 이보다는 비공식적 서비스를 중요시한다고 생각된다. 그러나 농촌지역의 고령화율이 도시지역보다 높으며(남윤철과 박경옥, 2010), 이는 실제 농촌지역에서 장기요양서비스에 대한 이용이 높아질 것을 시사한다

고 본다. 이와 같은 현실에도 불구하고 우리나라는 2011년 기준 요양시설의 약 40%가 서울과 경기지역에 설립되어(국민건강보험공단, 2012) 대도시에 집중되어 있고, 도시와 농촌간의 서비스 접근성에서 현저한 차이를 보인다. 그러므로 농촌지역의 서비스 접근성과 대상자들의 특성을 고려하여 지역별 차별화된 서비스를 제공하는 것이 필요하며, 호주의 간병인 지원금이나 수당과 같이 가족 수발자에게 현금이나 현물 등의 보상을 제공하는 형태의 장기요양서비스가 강화되어야 할 것으로 생각된다.

욕구요인에서는 질병 유무에 따라 개인건강간호, 서비스의 질 향상, 안전한 환경영역의 요구도에서 차이를 나타냈다. 질병이 없는 대상자가 질병을 가지고 있는 대상자에 비해 요구도가 높은 것으로 나타나, 건강 상태가 나쁠수록 간호요구도가 높게 나타난 다른 연구(김인숙과 강승주, 2007; Huang, 2008)와 상이한 결과를 보였다. 이 결과는 현재 우리나라의 장기요양서비스는 요양중심으로 이루어지고 있기 때문에 질병을 가진 대상자는 장기요양서비스 보다는 의료에 대한 관심과 요구가 높고, 질병이 없는 대상자가 장기요양서비스에 대한 요구가 높은 것으로 생각된다. 그러므로 이러한 요구에 맞춰 시설에서는 건강 관리나 장기요양서비스 관리, 예방 및 교육 프로그램을 강화할 필요가 있을 것이다.

그러나 인구의 고령화에 따른 질병 유병율이 필연적으로 높아지고(이광옥과 임미림, 2002; 이상영, 2004; 정지영 등, 2010; Edlund et al., 2003) 본 연구에서도 질병이 있는 대상자가 46.9%로 나타났다. 또한 본 연구 대상자의 질병 종류를 보면 고혈압, 고지혈증, 관절염 같은 만성질환이 많은 것으로 나타났는데, 이러한 만성질환은 치료보다는 지속적인 관리를 필요로 하므로 장기요양서비스 내에서 이에 대한 관리가 필요할 것이다(이광옥과 임미림, 2002; 이홍자, 2008).

위의 내용을 살펴보면 시설 선호 대상자는 특성에 따라 공통적으로 개인건강간호 영역과 서비스의 질 향상 영역에서 상대적으로 높은 요구도를 나타냈다. 또한 질병이 있는 대상자가 장기요양서비스를 주로 이용하는데 반해, 현재 노인요양시설에서 제공되는 서비스의 내용을 살펴보면,

의료서비스나 전문적인 간호 서비스가 부족한 실정이다. 그러므로 대상자의 요구에 부응하도록 건강관련 서비스를 강화하고 요양서비스와 의료 및 간호 서비스를 연계하여 제공하는 것이 필요할 것이다.

재가 서비스 선호 대상자의 경우, 소인성 요인인 연령, 가능성 요인인 동거가족수와 노후희망거주지역, 욕구요인인 주관적 건강상태에 따라 하부영역의 요구도에 차이를 보였다.

대상자의 연령이 높을 수록 전반적으로 높은 요구도를 보였는데, 재가 노인의 연령이 높을수록 간호요구도가 높은 선행연구와 유사한 결과이다(김정순, 2007). 특히 삶의 방식 존중 영역에서 유의한 차이가 나타났는데 이는 나이가 들수록 그 동안 자신이 살아왔던 생활 양식을 변화시키기 보다는 그대로 지키며 살아가고 싶은 이유 때문이라고 생각된다. 그러므로 장기요양서비스 제공 인력은 대상자의 생활 습관이나 종교, 원하는 야외 활동 등 그들이 살아온 생활 양식을 파악하고, 이를 유지시켜 주려는 노력을 기울여야 할 것이다.

욕구요인에서는 주관적 건강상태에 따라 개인건강간호영역의 요구도에 차이를 나타냈으며, 특히 주관적 건강상태가 나쁠수록 개인건강간호영역의 요구도가 큰 것으로 나타났다. 이는 재가 노인을 대상으로 한 연구에서 현재의 건강 상태가 좋으면 간호요구도가 낮다는 결과(김정순, 2007)와 일치하는 것이다. 그러나 현재 우리나라의 재가 서비스는 간호서비스가 아닌 신체수발과 가사지원서비스를 주로 제공하는 방문요양이 주를 이루고 있다(문창진, 2011). 실제 방문요양기관의 수는 2008년 4,206개에서 2012년 8,709개로 2배 이상 증가하였고(국민건강보험공단, 2012), 소규모방문 요양기관이 지나치게 많이 설립되어 서비스의 질에 대한 문제가 대두되고 있다(김철수, 2010; 김만호, 정주향과 최영신, 2011에 재인용됨). 그러므로 대상자의 높은 요구도에 부합하는 건강간호를 제공해 줄 수 있도록 방문간호 서비스를 강화하는 것이 필요할 것이다.

이상에서 살펴본 바와 같이, 베이비 붐 세대는 장기요양서비스의 다양한 영역에 높은 요구도를 가지고 있으며, 선호하는 서비스 종류와 그들



의 특성에 따라 요구도에 차이가 있는 것으로 나타났다. 하지만 현재 우리나라의 장기요양제도는 대상자의 요구에 따른 서비스를 제공하기 보다는 획일화 되어 있고, 수발중심으로 시행되고 있는 실정이다(김찬우, 2011; 최은영 등, 2005). 또한 베이비 붐 세대의 장기요양서비스에 대한 높은 기대수준에 비해 이들의 노후 소득은 감소하고 서비스 이용시 본인이 지불하는 추가비용은 월 40만원 이하가 67.9%를 차지해 적은 비용으로 질 높은 서비스를 이용하고자 하는 경향을 나타냈다 그러므로 실제 서비스 제공시 현실적으로 어려움이 있을 것으로 예상되므로, 재정적 문제를 해결하면서 특성에 따른 높은 수준의 맞춤형 서비스를 제공하는 방안을 찾는 것이 큰 과제일 것이다. 이처럼 한정된 재원으로 베이비 붐 세대가 요구하는 다양한 서비스를 제공하기 위해서는 대상자의 요구를 파악하여 그에 부합하는 적절한 서비스 이용을 구체적으로 도와주는 케어 매니지먼트 제도를 확립하는 것이 필요할 것이다.

이와 함께, 이를 해결하기 위해서는 국가차원에서의 보장을 강화하고 장기요양서비스의 재정을 안정화하는 것이 중요할 것으로 사료된다. 그 방법으로는 시설서비스 보다는 재가서비스에 중점을 두어야 한다고 생각한다. 실제 OECD의 많은 국가에서는 비용과 만족도면에서 시설보다 효율성이 입증된 재가서비스를 이용하도록 하고 있다(최은영 등, 2005). 그러나 베이비 붐 세대는 재가서비스보다는 시설서비스를 선호한다는 연구가 있고(선우덕, 2011), 본 연구 결과에서도 시설서비스를 선호하는 대상자가 53.1%로 재가서비스 보다 높게 나타났다. 이는 아직까지 많은 대상자들이 재가에서 제공하는 서비스에 대한 인식이 부족하거나, 재가서비스의 질이 좋지 않다고 생각하기 때문이라고 생각할 수 있다(선우덕, 2011). 그러므로 현재 방문요양에 치중되어 있는 재가서비스에서 전문적인 간호 서비스를 제공하는 방문 간호서비스를 강화하고 여기에 정서적인 지원도 함께 제공하여 재가 서비스의 질을 향상시키고 이를 통해 대상자들의 인식을 변화시켜 재가서비스 이용률을 높여야 할 것이다.

또한 장기요양서비스 비용을 줄이기 위해서는 예방서비스가 중요할 것

이다. 2011년 기준 65세 이상 노인의 5.8%인 약 32만명이 장기요양서비스 대상자이다(문창진, 2011). 그러나 이미 우리나라보다 일찍 서비스를 시작한 독일이나 일본의 경우 각각 11%와 16.8%가 장기요양서비스 대상자이며, 우리나라도 베이비 붐 세대의 노령화로 급속한 고령화가 심화되고 그에 따라 장기요양서비스 대상자가 증가할 것으로 예상된다. 또한 2011년 기준 장기요양서비스 대상자에는 해당하지 않지만 잠재적 대상자인 등급외자도 25만 명에 이르고 그 중 치매와 중풍을 앓고 있는 3.7만 명은 보호가 필요한 실정이다(문창진, 2011). 그러므로 이들이 향후 서비스 대상자로 편입되지 않도록 건강한 노년을 맞이할 수 있는 예방 서비스를 제공하는 것이 중요하다고 생각한다. 일본의 경우도 장기요양서비스에 해당하는 개호서비스 대상자 증가를 줄이고, 재정난을 해결하기 위해 2005년 예방 중시형 시스템으로 전환하여 신 예방급여를 창설하였고(와다마사루, 2011), 독일의 경우도 예방의 중요성을 강조하고 있다(Mercier, 2011). 우리나라도 이와 같이 예방서비스를 강화해야 할 것이다.

비용 감소와 함께 질 높은 서비스를 제공하기 위해서는 공공장기요양기관의 확대가 필요할 것이다. 현재 많은 OECD국가의 경우 공공과 민간을 혼합하여 장기요양서비스를 제공(최은영 등, 2005)하는 반면, 우리나라는 2011년 기준 전체 14,918개 기관 중 지방자치단체가 설립한 기관은 단지 225개에 불과할 만큼 거의 대부분이 민간이 설립한 기관이다(국민건강보험공단, 2012). 이처럼 영리민간이 지나치게 증가하여 공급과잉 상태에 이르렀고, 서비스의 질 또한 보장되지 않는 문제가 있다(윤희숙, 정경희, 박능후, 전병유와 권용진, 2010). 그러므로 장기요양서비스의 공공성을 강화하기 위한 노력이 필요한 것으로 보인다.

이와 함께 베이비 붐 세대의 높은 요구도를 충족하기 위해서는 서비스 제공인력의 전문성이 강화되어야 할 것이다. 연구 결과에서도 장기요양서비스에서 개인건강간호 제공 등 전문적인 서비스 제공에 대한 요구가 높는데 반해 현실에서는 그런 서비스를 제공할 인력이 부족한 실정이다.

실제 OECD여러 국가에서도 현재의 장기요양서비스 간호인력으로는 질 높은 서비스 제공이 어렵다는 점을 인식하고 이를 해결하기 위해 노력하고 있다(최은영 등, 2005). 그러므로 우리나라에서도 간호인력이 장기요양서비스의 주제공자가 될 수 있는 기반이 마련되어야 할 것이다.

### 3. 연구의 제한점 및 의의

#### 1) 연구의 제한점

본 연구는 서울과 경기지역에 거주하는 대상자를 편의표출 하여 지역적 분포가 고르지 못하므로 연구 결과를 일반화 시키는데 제한이 있다.

#### 2) 연구의 의의

본 연구는 베이비 붐 세대를 대상으로 장기요양서비스에 대한 요구도와 시설 서비스와 재가 서비스별 요구도의 차이를 조사한 것으로 연구측면에서의 의의가 있다. 이를 바탕으로 베이비 붐 세대의 높은 기대수준에 부합할 수 있도록 장기요양서비스 제도 변화를 위한 정책적 방향을 제시할 수 있을 것이다. 또한 실제 장기요양서비스 제공자인 간호인력이 실무에서 대상자의 다양한 요구를 파악하고 이에 맞는 서비스를 제공하는데 기초자료가 되고, 장기요양기관 평가영역에 대한 기초자료로 이용될 수 있다.

## VI. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구는 베이비 붐 세대의 장기요양서비스 요구도와 서비스별 대상자의 특성에 따른 요구도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 서울과 경기지역에 거주하는 베이비 붐 세대 196명을 대상으로 연구를 진행하였으며, 연구결과 베이비 붐 세대는 장기요양서비스의 개인건강간호, 삶의 방식 존중, 사회적 상호작용, 서비스의 질 향상, 안전한 환경의 모든 영역에서 높은 요구도를 나타냈다. 특히 시설서비스 선호 대상자는 안전한 환경 영역에 대한 요구도가 가장 높은 것으로 나타났고, 재가서비스 선호 대상자는 사회적 상호작용 영역에 대한 요구도가 가장 높은 것으로 나타냈다.

시설서비스 선호 대상자에서는 성별, 노후희망거주지역, 질병유무에 따라 요구도의 차이를 나타냈다. 남성보다 여성인 경우, 노후희망거주지역을 농촌을 선택한 경우보다 도시로 선택한 경우, 질병이 없는 경우 개인건강간호 영역과 서비스의 질 향상 영역에서 요구도가 유의하게 높게 나타났다.

재가서비스를 선호하는 대상자는 연령이 높을수록 모든 영역에서 요구도가 높게 나타났으며, 특히 삶의 방식 존중 영역에서 유의한 차이를 나타냈다. 동거자수가 적을수록 개인건강간호 영역, 노후희망거주지역을 도시로 선택한 경우 안전한 환경 영역, 주관적 건강상태가 나쁠수록 개인건강간호 영역에서 요구도가 유의하게 높게 나타났다.

위의 결과를 종합해보면, 베이비 붐 세대는 높은 장기요양서비스 요구를 가지고 있고, 이들의 특성에 따라 요구도에 차이를 나타냈다. 시설서비스를 선호하는 대상자들은 이들의 특성에 따라 개인건강간호 영역과 서비스의 질 향상 영역의 요구도가 상대적으로 높고, 재가서비스 선호 대상자의 경우도 특성에 따른 다양한 요구도를 나타냈다. 그러나 현재 제공되

는 장기요양서비스는 이들의 높은 기대수준과는 차이가 있고, 요양중심의 획일화된 서비스를 제공하고 있다. 그러므로 이들의 요구에 부응할 수 있는 건강관련 서비스를 강화하고, 개인의 특성에 따른 차별화된 양질의 서비스를 개발하여야 할 것이다.

## 2. 제언

- 1) 장기요양서비스 종류 중 시설서비스와 재가서비스를 선택한 대상자의 요구도에 차이가 있음을 감안하여, 그들의 높은 요구 수준과 특성에 맞는 맞춤형 서비스가 필요하며, 질높은 서비스를 제공하기 위해서는 장기요양서비스 제도의 보완이 필요하다.
- 2) 본 연구 도구를 이용하여 현재 노인의 장기요양서비스에 대한 요구를 파악하여, 베이비 붐 세대와 비교 분석하여 차이점을 밝히고 이를 바탕으로 구체적인 서비스 제공 방향을 파악할 수 있는 연구가 필요하다.
- 3) 본 연구는 서울과 경기지역에 거주하는 베이비 붐 세대를 대상으로 이루어졌으므로 농촌 지역을 포함한 다양한 지역의 베이비 붐 세대를 대상으로 하는 연구가 필요하다.

## 참고문헌

- 국민건강보험공단 (2002). *선진국의 장기요양서비스체계 자료집*. 서울: 저자.
- 국민건강보험공단 (2011a). *2010 노인장기요양보험통계연보*. Retrieved March 13, 2012, from <http://www.nhic.or.kr/portal/site/main/menuitem.611d0884858d73f46e20bbb5b210101c>
- 국민건강보험공단 (2011b). *2011년 상반기 장기요양보험주요통계*. Retrieved March 13, 2012, from <http://www.nhic.or.kr/portal/site/main/menuitem.a6d1d03ecb101584ea0c3326b210101c>
- 국민건강보험공단 (2012). *2011 노인장기요양보험통계연보*. 서울: 저자.
- 김귀분, 이해경, 석소현 (2009). 요양시설 노인의 간호요구도 및 일상생활 수행능력. *지역사회간호학회지*, 20(1), 1-11.
- 김미순 (2007). *장기요양보호서비스 이용여부에 영향을 미치는 요인*. 경성대학교 대학원 석사학위논문.
- 김만호, 정주향, 최영신 (2011). 노인장기요양보험제도의 공공성 연구. *복지행정논총*, 21(2), 101-136.
- 김성령 (2010). *베이비붐 세대의 가족주의 가치관, 노후준비도, 생활만족도에 관한 연구*. 대구대학교 대학원 석사학위논문.
- 김수봉 (2011). 베이비 붐 세대의 소비실태와 고령친화 산업적 함의. *보건복지포럼*, 174, 28-37.
- 김인숙, 강승주 (2007). 일 지역 장기요양시설 노인의 간호요구. *조선의대논문집*, 32(3), 62-70.
- 김영완 (2010). *우리나라 베이비붐 세대의 노후생활 준비 실태에 관한*

연구. 상지대학교 대학원 석사학위논문.

김은영, 남은숙, 채영란, 이해경 (2008). Andersen 행동모형에 근거한 한국노인의 장기요양서비스 이용의사 결정요인 분석. *한국노년학회지*, 28(3), 585-602.

김은경, 이재창 (2005). 요양보호 대상노인의 서비스 요구도 평가. *간호행정학회지*, 11(1), 67-77.

김정순 (2007). 시설노인과 재가노인의 건강상태와 간호요구도 비교. 전북대학교 대학원 석사학위논문.

김정완 (2009). 노인장기요양서비스 질 관리방안 연구. 한양대학교 대학원 석사학위논문.

김지현 (2008). 중년 직장 근로자의 노인요양시설에 대한 선호도 및 간호요구도. 한양대학교 대학원 석사학위논문.

김찬우 (2011). 노인장기요양보험 시행 3년의 사회적 성과와 지속가능성 강화방안. 노인장기요양보험 시행 3주년 기념식 및 국제심포지엄. 서울: 보건복지부, 국민건강보험공단.

김현이 (2008). 장기요양기관 입소 노인의 간호요구도. 공주대학교 대학원 석사학위논문.

남윤철, 박경옥 (2010). 노인장기요양시설의 현황 및 Web GIS 분석에 의한 농촌지역 요양시설과 보건소·병원간의 접근성. *한국농촌건축학회논문집*, 12(4), 29-37.

노인장기요양보험법 (2012). 제 2조 2항. Retrieved May 7, 2012,

from

<http://www.law.go.kr/LSW/lsw.do?mouseY=213&menuId=0&p1=&subMenu=1&searchChk=2&lawSearchName=LicLs%2C0&query=%EC%9E%A5%EA%B8%B0%EC%9A%94%EC%96%91%EB%B3%B4%ED%97%98%EB%B2%95#AJAX>

문창진 (2011). 한국노인장기요양보험의 현 좌표와 지향점. 노인장기요양보험 시행 3주년 기념식 및 국제심포지엄. 서울: 보건복지부,

국민건강보험공단.

- 박기영 (2011). *치매노인복지정책의 개선방안에 관한 연구 - 노인장기요양보험제도를 중심으로*. 건국대학교 대학원 석사학위논문.
- 박범규 (2012). *노인장기요양보험제도로 늘어난 노인요양시설 안전한가?*. Retrieved 13 December, 2012, from [http://i.wik.im/main/news\\_view.php?id=69626](http://i.wik.im/main/news_view.php?id=69626)
- 박효진 (2008). *노인요양시설의 서비스 활성화 방안에 관한 연구*. 대구대학교 대학원 석사학위논문.
- 백은영 (2011). *베이비부머의 은퇴 준비와 준비 유형 결정요인 분석*. *사회보장연구*, 27(2), 357-383.
- 보건복지부 (2006). *노인수발보험제도 도입 관련 호주 출장 결과 보고*. Retrieved May 13, 2012, from [http://www.mw.go.kr/front/jb/sjb030301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=03&MENU\\_ID=031606&BOARD\\_ID=1003&BOARD\\_FLAG=06&CONT\\_SEQ=37561&page=1](http://www.mw.go.kr/front/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=031606&BOARD_ID=1003&BOARD_FLAG=06&CONT_SEQ=37561&page=1)
- 보건복지부 (2011). *베이비붐 세대의 현재와 미래, 무엇이 문제인가?*. Retrieved March 13, 2012, from [http://www.mw.go.kr/front\\_policy/jc/sjc0904vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=06&MENU\\_ID=060905&page=1&BOARD\\_ID=1520&BOARD\\_FLAG=&CONT\\_SEQ=250440&SEARCHKEY=&SEARCHVALUE=&SCH\\_SILKUK](http://www.mw.go.kr/front_policy/jc/sjc0904vw.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=060905&page=1&BOARD_ID=1520&BOARD_FLAG=&CONT_SEQ=250440&SEARCHKEY=&SEARCHVALUE=&SCH_SILKUK)
- 보건복지부 (2012). *2012 노인보건복지 사업안내*. 서울: 저자
- 선우덕 (2004). *주요 OECD국가의 노인장기요양서비스 분석 및 시사점*. *건강보험포럼*, 3(2), 48-56.
- 선우덕 (2011). *베이비 붐 세대의 건강실태 및 장기요양 이용의식수준*. *보건복지포럼*, 174, 19-27.
- 안희숙 (2007). *대전시 노인요양서비스 인증모형 개발에 관한 연구*. 우송대학교 대학원 석사학위논문.



- 양윤정, 김정희 (2007). 요양시설 거주 노인이 지각한 간호요구. *노인간호학회지*, 9(2), 115-123.
- 윤희숙, 정경희, 박능후, 전병유, 권용진 (2010). 노인장기요양보험의 현황과 과제. 서울: 한국개발연구원.
- 이광옥, 임미림 (2002). 요양시설 거주 노인의 간호서비스 요구도에 대한 연구. *간호과학*, 14(2), 45-56.
- 이명숙 (2003). 일 지역 독거 노인의 간호요구에 영향을 미치는 요인. *대한간호학회지*, 33(6), 812-819.
- 이미선 (2012). 베이비붐세대의 노부모 부양과 노후준비도에 관한 연구. 숙명여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 이상영 (2004). 만성질환 관리를 위한 지속적 건강관리체계 구축. *보건복지포럼*, 87, 72-81.
- 이서영 (2009). 일본 개호보험제도의 동향- 개호보험 시행 이후의 주요 개정내용을 중심으로 -. *보건복지포럼*, 156, 90-99.
- 이소정 (2011a). 베이비 붐 세대의 경제활동 특성과 정책과제. *보건복지포럼*, 174, 11-18.
- 이소정 (2011b). 베이비붐 세대의 노후준비 실태와 노후설계 지원서비스의 방향. *보건복지 Issue & Focus*, 98, 1-8.
- 이윤경 (2009). 노인장기요양서비스 이용형태 결정요인 연구. *한국노년학회지*, 29(3), 917-933
- 이은옥 (2009). *간호연구와 통계분석*. 서울: 수문사.
- 이은옥, 임난영, 박현애 (1998). *간호의료연구와 통계분석*. 서울: 수문사.
- 이은옥, 임난영, 박현애, 이인숙, 김종임, 배정이 등 (2009). *간호연구와 통계분석*. 서울: 수문사.
- 이재연 (2007). 베이비붐 세대의 노인복지 욕구 특성 조사. 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 이홍자 (2008). 도시와 농촌 노인의 건강기능 상태 및 요양시설 이용의사. *지역사회간호학회지*, 19(2), 260-269.

- 와다마사루 (2011). *일본 개호보험제도의 현황과 향후의 과제. 노인장기  
요양보험 시행 3주년 기념식 및 국제심포지엄*. 서울: 보건복지부,  
국민건강보험공단
- 정경희 (2011). 베이비 붐 세대의 제특성 및 복지욕구. *보건복지포럼*,  
174, 5-10.
- 정경희, 오영희, 이윤경, 손창균, 박보미, 이수연 등 (2012). *2011년도 노  
인실태조사*. 서울: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 정제인 (2007). 노인요양시설의 간호서비스 질 평가 지표 개발 및 적용.  
*대한간호학회지*, 37(3), 401-413.
- 정지영, 이미영, 김미정 (2010). 한국성인의 삶의 질에 따른 만성질환 유  
병율, 건강관련 생활습관 및 영양섭취 실태 조사 - 2008년 국민  
건강영양조사를 근거하여-. *대한지역사회영양학회지*, 15(4),  
445-459.
- 최근희 (2009). *노인장기요양보험 대상자의 건강상태와 간호요구도 조  
사*. 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 최수영 (2009). *일부 너싱홈의 의료관련 감염 발생 특성 및 위험요인*. 서  
울대학교 대학원 석사학위논문.
- 최숙희 (2011). 베이비붐 세대를 위한 정책 우선순위 분석. *한양고령사  
회포럼*, 2011(1), 21-59.
- 최은영, 권순만, 김찬우, 강주희 (2005). *OECD 국가의 노인장기요양서  
비스 체계 비교와 정책적 함의*. 서울: 한국보건사회연구원.
- 통계개발원 (2010). *베이비붐 세대의 현황 및 은퇴효과 분석*. Retrieved  
December 6, 2011, from  
[http://sri.kostat.go.kr/sri/paper/paperAction.do?method=view&p\\_idx=191&catgrp=ksri&catid1=krsi02&catid2=&catid3=  
=&catid4=](http://sri.kostat.go.kr/sri/paper/paperAction.do?method=view&p_idx=191&catgrp=ksri&catid1=krsi02&catid2=&catid3=&catid4=)
- 통계청 (2009). *세계 및 한국의 인구현황*. Retrieved December 8,  
2011 from

- [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/2/6/index.board?bmode=read&aSeq=65566](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/2/6/index.board?bmode=read&aSeq=65566)
- 통계청 (2010). *사회조사를 통해 본 베이비붐 세대의 특징*. Retrieved October 16, 2011, from [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/2/6/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=70430&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt=](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=70430&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt=)
- 통계청 (2012). *베이비부머 및 에코세대의 인구·사회적 특성분석 - 2010년 인구주택총조사 중심으로* -. Retrieved August 5, 2012, from <http://kostat.go.kr>
- 한국경영자협회 (2010). 베이비붐 세대 712만명. *월간경영계*, 372, 36.
- 허은정, 김우성 (2003). 베이비붐 세대 가계와 X세대 가계의 소비지출 및 저축. *소비문화 연구*, 6(3), 79-97.
- 홍선우, 손행미 (2007). 장기요양 노인환자의 노인전문요양시설 입소를 결정한 돌봄제공자의 경험. *대한간호학회지*, 37(5), 724-735.
- 황명진, 정승환 (2011). 우리나라의 고령화 현상과 베이비붐 세대의 인구추계. *한국인구학*, 34(2), 113-133.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, R. M., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly Journal*, 51, 95-124.
- Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd. (2011). *Assessor handbook*. Retrieved December 8, 2011, from [http://www.accreditation.org.au/site/uploads/9210\\_AGEDCARE\\_Assessor%20Handbook\\_FINAL\\_V5\\_LO.pdf](http://www.accreditation.org.au/site/uploads/9210_AGEDCARE_Assessor%20Handbook_FINAL_V5_LO.pdf)

- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help wanted? providing and paying for long-term care*. Paris: OECD.
- Duncan, D. F., Nicholson, T., White, J. B., Bradley, D. B., & Bonaguro, J. (2010). The baby boomer effect: Changing patterns of substance abuse among adults ages 55 and older. *Journal of Aging & Social Policy, 22*(3), 237-248.
- Edlund, B. J., Lufkin, S. R., & Franklin, B. (2003). Long-term care planning for baby boomers: Addressing an uncertain future. *Online Journal of Issues in Nursing, 8*(2), 88-98.
- Ford, C. R., Henderson, J., & Handley, D. M. (2010). Enhancing long-term care for older adults: An exploration of interagency collaboration within geriatric education centers. *Journal of Health & Human Services Administration, 32*(4), 447-485,
- Health care braces for boomers; one in six will have multiple chronic illnesses by 2030. (2007). *Hospitals & Health Networks, 81*(6), 71.
- Huang, J-J., Lin, K-C., & Li, I-C. (2008). Service needs of residents in community-based long-term care facilities in northern Taiwan. *Journal of Clinical Nursing, 17*(1), 99-108.
- Knickman, J. R., & Snell, E. K. (2002). The 2030 problem: Caring for aging baby boomers. *Health Services Research, 37*(4), 849-884.
- Kim, E. Y., & Kim, C. Y. (2004). Who wants to enter a long-term care facility in a rapidly aging non-western society? attitudes of older Koreans toward long-term care facilities.

- Journal of American Geriatrics Society*, 52(12), 2114–2119.
- Mercier, J. (2011). *Providing and paying for long-term care. International Symposium Celebration 3<sup>rd</sup> Anniversary of Korea Long-Term Care Insurance*. Seoul: Ministry of Health & Welfare, National Health Insurance Service.
- OECD. (2005). Ensuring quality long-term care for older people. Retrieved October 16, 2011, from <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/34585571.pdf>
- Pratt, J. R. (2010). *Long-term care: Managing across the continuum* (3rd ed.). Sudbury, MA: Johns and Bartlett publishers.
- Williamson, T. (2008). Baby boomers in transition. *Working with Older People*, 12(3), 15 –18.
- Wodern A. D. J., Challis, & Pedersen, I. (2006). The assessment of older people's needs in care homes. *Aging & Mental Health*, 10(5), 549–557.

## 부 록

### 부록1. 도구의 내용타당도 조사

1점: 관련없음

2점: 문항의 수정이 없으면 관련성을 평가할 수 없음

3점: 관련이 있으나 다소 문항 수정이 필요함

4점: 매우 관련이 있음

문항	전문가1	전문가2	CVI
1. 건강 문제에 따른 간호 및 치료	4	4	1
2. 내가 원할 때 의사나 간호사를 신속하게 만나는 것	4	4	1
3. 간호사가 나의 간호요구에 부합되는 서비스 제공	4	4	1
4. 건강상태와 요구에 맞는 의료 전문가 연결	4	3	1
5. 투약 관리	4	4	1
6. 통증 관리	4	4	1
7. 죽음을 앞둔 경우, 안락과 존엄성 유지	4	4	1
8. 영양상태 유지	4	4	1
9. 선호하는 음식 제공	4	3	1
10. 피부 상태 관리	4	3	1
11. 배설 문제 파악 및 관리	4	4	1
12. 운동능력과 기동력 유지	4	4	1
13. 구강과 치아 건강 유지	4	4	1
14. 감각손실 여부 확인과 관리	4	4	1
15. 나의 수면 양상 유지	4	4	1
16. 독립성 유지	4	3	1
17. 대인관계 유지 및 지역사회 행사 참여	4	3	1
18. 원하는 야외 활동 참여	4	3	1
19. 사생활과 존엄성 유지 및 비밀 보장	4	4	1
20. 개인정보 보호	4	3	1
21. 간호사 및 직원들과의 친밀한 관계	4	3	1
22. 간호사와 직원들이 나의 서비스 내용을 결정	4	4	1
23. 관심, 습관, 종교와 문화적 배경 존중	4	3	1

1점: 관련없음

2점: 문항의 수정이 없으면 관련성을 평가할 수 없음

3점: 관련이 있으나 다소 문항 수정이 필요함

4점: 매우 관련이 있음

문항	전문가 1	전문가 2	CVI
24. 치매 예방 프로그램 제공	4	4	1
25. 치매 환자를 위한 환경조성	4	4	1
26. 필요한 교육 제공	4	4	1
27. 감염 관리	4	4	1
28. 청소와 세탁 서비스 제공	4	3	1
29. 편안하고 조용한 환경	4	3	1
30. 화재위험이 없고, 안전한 환경	4	4	1
31. 노인요양시설의 경우, 가족과 친구의 자유로운 방문	4	3	1
32. 노인요양시설의 경우, 시설내 다양한 활동 가능	4	3	1
33. 노인요양시설의 경우, 개인 물품 소지제한	4	2	0.5
34. 노인요양시설의 경우, 필요하다면 외부기관의 서비스 이용	4	3	1
35. 노인요양시설의 경우, 변화된 생활에 적응할 수 있도록 도움을 주는 것	4	4	1
36. 노인요양시설의 경우, 시설의 거주자들과 친밀한 관계 유지	4	4	1
37. 장기요양서비스에 대한 불만 사항 제기	4	3	1
38. 장기요양서비스가 관련 법과 전문적인 기준 및 지침에 따라 제공되는 것	4	4	1
39. 장기요양서비스 제공 기관의 관리자와 인력이 적절한 지식과 기술을 갖추는 것	4	4	1
40. 장기요양서비스를 제공하는 기관이 서비스의 개선을 위해 지속적으로 노력하는 것	4	4	1

## 부록 2. 설문지

안녕하십니까?

저는 서울대학교 대학원에서 간호학을 전공하고 있는 석사 과정 학생입니다.

본 설문지는 베이비붐 세대(1955년~1963년 사이 출생자)의 장기요양서비스에 대한 요구도를 알아보려고 하는 것입니다.

본 설문지의 응답은 무기명으로 작성되고, 철저히 개인의 비밀이 보장됩니다. 각 항목에 빠짐없이 정확하고 솔직하게 대답해 주시기를 부탁드립니다. 응답해 주신 내용은 연구 이외에 어떤 목적으로도 사용되지 않을 것입니다.

귀한 시간을 내어 설문에 응해주셔서 진심으로 감사드립니다.

귀하의 건강과 행복을 기원합니다.

2012년 8월

서울대학교 간호대학원 석사 과정

연구자 : 한 송 이

지도교수 : 윤 순 념



## 연구 참여 동의서

대상자 확인번호	
----------	--

**연구의 제목 :** 베이비 붐 세대의 장기요양서비스 요구도 조사

본 연구는 베이비붐 세대(1955년~1963년 사이 출생자)를 대상으로 장기요양 서비스에 대한 요구도 조사를 위해 자료수집을 하는 것입니다.

서울과 경기지역에 거주하는 베이비 붐 세대 중 자발적으로 연구 참여를 결정하신 분에 한하여 자료수집을 진행합니다.

설문조사에 응답하는 시간은 약 20분 내외이며, 다른 불편감이나 위험사항은 없을 것입니다.

수집된 자료는 일체의 비밀이 보장될 것이며, 연구 목적 이외에는 절대 사용하지 않을 것을 약속 드립니다. 동의하지 않으실 경우 설문 도중 언제든지 그만두실 수 있습니다.

연구와 관련된 문의는 아래의 연락처로 언제든지 하실 수 있습니다.

본 연구에 참여해 주시는 데에 대한 답례로 소정의 선물을 드립니다.

연구에 참여해 주셔서 감사합니다.

“본인은 이 연구에 대한 설명을 충분히 듣고 이해하였으며, 이 연구에 참여할 것을 동의합니다. 본인은 자발적으로 이 연구에 참여하고 있음을 알고 있습니다”

참여자 성명: \_\_\_\_\_ (서명)      날짜: 2012년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일

연구자: 한 송 이  
소속: 서울대학교 간호대학  
연락처:

다음은 **장기요양서비스**에 대한 설명입니다. 잘 읽고 질문에 응답하여 주시기 바랍니다.

※ 귀하는 현재 매월 국민건강보험료의 6.55%에 해당하는 노인장기요양보험료를 납부하고 있습니다. 이에 귀하는 필요시 국가가 제공하는 장기요양서비스를 이용할 수 있습니다.

장기요양서비스의 대상자는 65세 이상 노인과 65세 미만인 경우, 치매·뇌혈관성 질환·파킨슨 병 등 노인성 질환을 진단받은 사람입니다. 이들이 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되어 장기요양등급 판정을 받은 경우, 신체활동, 가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스를 받을 수 있습니다. 이 서비스는 노인요양시설에 입소하거나 귀하의 가정에서 제공받을 수 있습니다.

I. 다음은 **노인요양시설이나 가정에서 제공받을 수 있는 장기요양서비스**에 대한 내용입니다. 귀하가 65세 이후 서비스를 이용하고자 한다면, 그 필요 정도에 따라 해당하는 번호에 표시하여 주시기 바랍니다.

서비스 내용	전혀 필요하지 않다	별로 필요하지 하다	그저 그렇다	약간 필요 하다	매우 필요 하다
1. 건강 문제에 따른 간호 및 치료	1	2	3	4	5
2. 내가 원할 때 의사나 간호사를 신속하게 만나는 것	1	2	3	4	5
3. 간호사가 나의 간호요구에 부합되는 서비스 제공	1	2	3	4	5
4. 건강상태와 요구에 맞는 의료 전문가 연결	1	2	3	4	5
5. 투약 관리	1	2	3	4	5
6. 통증 관리	1	2	3	4	5
7. 죽음을 앞둔 경우, 안락과 존엄성 유지	1	2	3	4	5
8. 영양상태 유지	1	2	3	4	5
9. 선호하는 음식 제공	1	2	3	4	5
10. 피부 상태 관리	1	2	3	4	5
11. 배설 문제 파악 및 관리	1	2	3	4	5
12. 운동능력과 기동력 유지	1	2	3	4	5

서비스 내용	전혀 필요하지 않다	별로 필요하지 하다	그저 그렇다	약간 필요하다	매우 필요 하다
13. 구강과 치아 건강 유지	1	2	3	4	5
14. 감각손실 여부 확인과 관리	1	2	3	4	5
15. 나의 수면 양상 유지	1	2	3	4	5
16. 독립성 유지	1	2	3	4	5
17. 대인관계 유지 및 지역사회 행사 참여	1	2	3	4	5
18. 원하는 야외 활동 참여	1	2	3	4	5
19. 사생활과 존엄성 유지 및 비밀 보장	1	2	3	4	5
20. 개인정보 보호	1	2	3	4	5
21. 간호사 및 직원들과의 친밀한 관계	1	2	3	4	5
22. 간호사와 직원들이 나의 서비스 내용을 결정	1	2	3	4	5
23. 관심, 습관, 종교와 문화적 배경 존중	1	2	3	4	5
24. 치매 예방 프로그램 제공	1	2	3	4	5
25. 치매 환자를 위한 환경조성	1	2	3	4	5
26. 필요한 교육 제공	1	2	3	4	5
27. 감염 관리	1	2	3	4	5
28. 청소와 세탁 서비스 제공	1	2	3	4	5
29. 편안하고 조용한 환경	1	2	3	4	5
30. 화재위험이 없고, 안전한 환경	1	2	3	4	5
31. 장기요양서비스에 대한 불만 사항 제기	1	2	3	4	5
32. 장기요양서비스가 관련 법과 전문적인 기준 및 지침에 따라 제공되는 것	1	2	3	4	5
33. 장기요양서비스 제공 기관의 관리자와 인력이 적절한 지식과 기술을 갖추는 것	1	2	3	4	5
34. 장기요양서비스를 제공하는 기관이 서비스의 개선을 위해 지속적으로 노력하는 것	1	2	3	4	5

II. 다음은 노인요양시설에 입소하여 서비스를 이용하고자 할 때 해당하는 내용입니다. 귀하가 생각하는 서비스의 필요 정도에 따라 해당하는 번호에 표시하여 주시기 바랍니다.

서비스 내용	전혀 필요하지 않다	별로 필요하지 하다	그저 그렇다	약간 필요 하다	매우 필요 하다
35. 가족과 친구의 자유로운 방문	1	2	3	4	5
36. 시설내 다양한 활동	1	2	3	4	5
37. 개인 물품 소지 허용	1	2	3	4	5
38. 필요하다면 외부기관의 서비스 이용	1	2	3	4	5
39. 변화된 생활에 적응할 수 있도록 도움을 주는 것	1	2	3	4	5
40. 시설의 거주자들과 친밀한 관계 유지	1	2	3	4	5

III. 다음은 장기요양서비스 이용과 관련된 문항들입니다. 해당되는 번호에 표시를 해주시거나, ( ) 안에 내용을 기입하여 주시기 바랍니다.

※ 장기요양서비스는 등급판정을 받은 경우에 한하여 가정(재가서비스)이나 노인요양시설에서 국가의 지원을 받아 이용할 수 있습니다. 이용 비용은 다음과 같습니다.

※ 귀하는 현재 매월 국민건강보험료의 6.55%에 해당하는 노인장기요양보험료를 납부하고 있습니다.

장기요양서비스를 이용할 경우 보험료 외에 본인부담금을 아래와 같이 납부합니다.

① 재가서비스 이용시 :  
월 한도액은 약 80만원~120만원이며, 이 중 15%가 본인부담금 (약 12만원~17만원) 입니다

② 노인요양시설서비스 이용시:  
월 한도액은 약 94만원~150만원이며, 이 중 20%가 본인부담금 (약 19만원~30만원) 입니다

※ 등급판정을 받지 않은 경우나, 등급 판정을 받았으나 본인이 원하는 경우에는 본인 전액부담으로 사설유료시설에서 서비스를 이용할 수 있습니다

1. 귀하가 장기요양서비스를 이용하실 경우 어느 장소에서 이용하시길 원하십니까?  
 ① 귀하의 가정(재가 서비스)  
 ② 노인요양시설  
 ③ 사설유료시설
  
2. 귀하가 앞서 응답하신 수준의 장기요양서비스를 이용하는데, 보험료와 ①또는②의 본인부담금 이외에 매월 부담할 수 있는 추가 비용은 최대 얼마입니까? (            )원
  
3. 위 서비스 이용시 드는 비용은 누가 지불할 예정입니까?  
 ① 본인    ② 배우자    ③ 자녀    ④ 본인과 배우자    ⑤ 기타 (            )

IV. 다음은 귀하의 일반 사항에 관한 문항들입니다. 해당되는 번호에 표시를 해주시거나, ( ) 안에 내용을 기입하여 주시기 바랍니다.

4. 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ① 남                                      ② 여

5. 귀하의 출생연도는 언제입니까? \_\_\_\_\_ 년 출생

6. 귀하의 교육수준은 어떻게 되십니까?

- ① 초등학교 졸업 이하    ② 중학교 졸업    ③ 고등학교 졸업  
④ 대학졸업    ⑤ 대학원 졸업

7. 귀하의 직업은 무엇입니까?

- ① 관리직                      ② 전문직                      ③ 사무직                      ④ 서비스직  
⑤ 판매직                      ⑥ 기능직                      ⑦ 농림어업 종사자  
⑧ 단순 노무 종사자    ⑨ 전업주부                      ⑩ 무직                      ⑪ 기타 (                      )

8. 귀하의 종교는 무엇입니까?

- ① 기독교    ② 불교    ③ 천주교    ④ 무교    ⑤ 기타 (                      )

9. 귀하의 결혼 상태는 어떠하십니까?

- ① 기혼    ② 사별    ③ 이혼    ④ 별거    ⑤ 미혼    ⑥ 기타 (                      )

10. 현재 귀하의 자녀는 몇 명입니까? 아들 (                      )명    딸 (                      )명

11. 귀하의 현재 동거 가족수는 몇입니까? (본인 포함한 가족수)

- ① 1명    ② 2명    ③ 3명    ④ 4명    ⑤ 5명이상

12. 귀하의 월 평균 가계 소득은 얼마입니까? (배우자가 수입이 있는 경우 모두 합하여 답해주시기 바랍니다) (                      )만원

13. 귀하가 주관적으로 느끼는 경제 상태는 어떠하십니까?

- ① 매우 여유가 있다                      ② 약간 여유가 있다                      ③ 적정하다  
④ 약간 모자라다                      ⑤ 매우 모자라다

14. 귀하가 노후에 예상하는 월 평균 소득은 얼마입니까? ( )만원

15. 귀하께서 노후에 예상하는 생활의 주수입원은 무엇입니까?

(해당하는 것 **모두** 표시해주시기 바랍니다)

- ① 근로소득 및 사업소득    ② 국민연금    ③ 공무원 연금  
④ 개인보험연금  
⑤ 퇴직금                    ⑥ 예금                    ⑦ 주택 등 부동산을 통한 임대소득  
⑧ 주택 등 부동산을 담보로 하는 역모기지    ⑨ 자녀에게 의존  
⑩ 정부 및 사회단체 지원에 의존                    ⑪ 기타 ( )

16. 귀하께서 노후에 원하시는 거주 지역은 어디입니까?

- ① 농촌지역    ② 대도시    ③ 중소도시    ④ 기타 ( )

17. 귀하의 현재 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 건강하다    ② 건강하다    ③ 보통이다    ④ 건강하지 않다  
⑤ 매우 건강하지 않다

18. 귀하는 현재 질병이 있습니까?

- ① 아니요    ② 예 (있으면 18-1번 문항으로)

→ 18-1. 귀하가 현재 질병이 있다면, 건강 검진 결과 또는 의사로부터 진단 받은 질병의 종류를 모두 체크해주시기 바랍니다

- ① 고혈압    ② 당뇨    ③ 고지혈증    ④ 비만    ⑤ 간질환  
⑥ 암    ⑦ 뇌졸중    ⑧ 심장질환    ⑨ 관절염    ⑩ 기타 ( )

----- 설문에 응해 주셔서 대단히 감사합니다 -----

## Abstract

### Long-Term Care Service Needs Assessment for Baby Boom Generation

Han, Songyi

College of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

Directed by Professor Yun, Soon-Nyung, Ph.D.

This research was conducted to identify long-term care service needs of baby boom generation. Data were collected from September 3 to October 9, 2012 targeting 196 baby boomers residing in Seoul and Kyounggido. The measurement of long-term care service needs has 5 domains; Personal health care, Respect for life style, Social interaction, Improvement of service quality, Safe environment. The evaluation was made by 5 point scale which ranged from 1 for 'Is not needed at all' to 5 for 'Is needed very much'. Cronbach's  $\alpha$  of this measurement was .957. The collected data were analyzed by descriptive statistics,  $\chi^2$  test, t-test, ANOVA using SPSS 20.0 program. The results were as follows.

- 1) The demand on the long term service of those who preferred nursing homes from long-term care service options was 4.28( $\pm$ 0.53) in average. The demand was the highest in safe



environment domain as  $4.40(\pm 0.69)$ . Social interaction domain followed as  $4.38(\pm 0.55)$ , and then improvement of service quality ( $4.34 \pm 0.64$ ), personal health care domain ( $4.28 \pm 0.69$ ) and respect for lifestyle ( $4.11 \pm 0.60$ ) followed. Overall, the score of needs was high.

- 2) In case of the people preferring home care services, the average score of long-term care service needs was  $4.18(\pm 0.56)$ . The average score of each domain was as follows;  $4.37(\pm 0.56)$  for social interaction,  $4.32(\pm 0.64)$  for improvement of service quality,  $4.32(\pm 0.81)$  for safe environment,  $4.19(\pm 0.68)$  for personal health care, and  $3.83(\pm 0.72)$  for respect for life style.
- 3) Long-term care service needs of the people preferring nursing homes were significantly different by gender, the residential area of the aged and the presence of disease. There was high demand in personal health care and improvement of service quality domains among females, those who chose the city for their residential area for their old times, and those who have no diseases.
- 4) In case of the people preferring home care service, significant difference in long-term care service needs was observed by age, the number of family members, the residential area of the aged and subjective health status. Those who were older, had less number of family members, chose the city as their residential area of the aged and had poor subjective health status showed higher needs in respect for life style, personal health care, safe environment and personal health care domain respectively.

In conclusion, baby boom generation had high needs in all domains of long-term care services and such needs were diverse according to their characteristics. Especially, people who preferred nursing homes had higher needs in personal health care and improvement of service quality domains. In addition, although those who preferred home care services showed diverse needs according to their characteristics, long-term care service had limitations that they provided standardized and uniformed services only. Therefore, health care service and improved quality service should be provided in order to meet user's needs, and tailored services should be provided considering user's characteristics.

**Keywords :** Baby boom, Long-term care service needs, Nursing homes, Home care services

**Student Number :** 2010-20447



## 감사의 글

이렇게 논문을 마무리하면서 그동안 논문을 쓰는데 도움을 주신 여러분들께 다시 한번 감사의 마음을 전합니다.

먼저 논문의 처음부터 마무리까지 꼼꼼히 지도해주신 윤순녕 교수님께 감사드립니다. 연구자가 가져야 할 바른 자세와 열정적인 태도의 중요성을 알려주시고 때로는 엄격하게, 그리고 과정동안 지쳐 있을 때에는 따뜻하게 이끌어주신 교수님께 감사드립니다. 논문의 마지막까지 더 나은 논문이 될 수 있도록 방향을 일러주신 이인숙 교수님, 문장 하나하나 섬세한 지도와 격려의 말씀을 잊지 않으셨던 김정은 교수님께 머리 숙여 감사드립니다. 또한 멀리서도 귀하신 시간을 내어주시며 논문이 완성될 수 있도록 가르침을 주시고 용기를 주셨던 이홍자 교수님과 김춘미 교수님께 깊은 감사를 드립니다.

논문을 쓸 수 있도록 바쁘신 시간에도 불구하고 도움을 주신 라영례 선생님, 장세선 선생님, 자신의 일처럼 자료 수집을 도와주신 성엽, 상수, 신윤정 선생님, 그리고 많은 친지분들께 감사드립니다. 논문을 진행하는 과정 동안 서로에게 의지가 되어준 김향 선생님, 강경희 선생님, 멀리서도 긍정의 에너지와 힘을 준 진희, 긴 과정동안 힘이 되어준 혜영이, 김동욱 선생님, 정은하 선생님, 현혜순 선생님, 정미라 선생님 모두에게 감사의 마음을 전합니다.

항상 든든한 후원자가 되어 주시는 양가 부모님께 진심으로 감사드립니다. 특히 바쁜 저를 대신해서 어린 손자를 사랑으로 키워주신 친정엄마께 표현할 수 없는 큰 감사의 인사를 드립니다.

그리고 무엇보다 석사 과정동안 힘들 때 마다 잘할 수 있다며 자신감을 갖게 해주고 손 잡아준 남편과 엄마의 손길이 필요할 때 항상 옆에 있어주지 못했지만 건강하고 바르게 자라주고 있는 우리 아들 현민이에게 미안함과 고마운 마음을 전합니다.

여기에 답지 못했지만 도움을 주시고 힘이 되어주신 많은 분들께 감사의 인사를 전합니다. 모든 분들의 마음과 가르침을 가슴에 새기고 다시 드릴 수 있는 사람이 되도록 노력하겠습니다.

감사합니다.

2013년 1월

한송이 올림