

지역사회 참여형 독거노인 통합돌봄사업의 경험¹

: 대도시 일개 동을 중심으로 한 사례연구

윤태호*, 최민혁**

초록

지역사회 통합돌봄은 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 계속하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록 의료·요양 등 돌봄 지원을 통합·연계하여 제공하는 것이다. 지역사회 통합돌봄에 관한 연구는 다양하게 수행되었으나, 주로 서비스 제공 기관·시설 중심의 서비스 연계·통합에 초점을 두었고, 주민 참여나 지역사회 참여적 관점에서의 접근은 미흡하였다. 본 연구에서는 부산광역시 남구 용호3동에서 이루어진 지역사회 기반 참여 연구를 적용한 독거노인 통합돌봄사업인 다돌봄회의 사례를 중심으로 살펴보았다. 다돌봄회의는 독거노인 문제 해결에 대한 마을공동체의 필요성 제기로부터 출발하여, 독거노인 전수조사를 위한 마을회의체 구성, 전수조사의 수행, 문제 확인 및 해결 방안을 찾는 일련의 과정을 거쳐 만들어졌다. 독거노인 통합돌봄사업을 수행하기 위하여 독거노인 전수조사에 참여한 802명에 대하여 심뇌혈관질환 취약군, 정신건강 취약군, 사회적 지지 취약군으로 분류하여 주민-보건-복지-행정이 다 함께 참여하는 다돌봄회의를 운영하였다. 특히, 정신건강 취약군 54명을 대상으로 사업 전후의 변화를 분석해 본 결과 양호한 주관적 건강수준, 우울, 자살 생각, 사회적 지지 모두에서 통계적으로 유의한 긍정적 변화가 있었다. 다돌봄회의는 서비스를 제공하는 기관·단체의 필요성이 아닌 지역사회의 필요성에서 출발하였으며, 주민과 지역사회 자원이 함께 계획을 수립하고 역할 분담을 통한 활동을 수행하였다. 기존의 지침에 얽매이지 않고, 독거노인의 돌봄 문제에 대하여 정기적인 토의와 학습을 하였고, 긴급한 대응이 필요한 사례에 대해서는 신속 연락체계를 가동하여 즉각적으로 대응하여 문제를 해결하였다. 다돌봄회의의 형성과 운영의 경험은 지역사회 참여 중심의 통합돌봄사업을 수행하는데 유용한 근거 자료로 활용될 것이다.

주요 용어: 지역사회, 참여, 통합돌봄, 독거 노인

* 부산대학교 의과대학 예방의학및직업환경의학교실 교수, † 교신저자(E-mail: yoonth@pusan.ac.kr)

** 부산대학교 의과대학 예방의학및직업환경의학교실 부교수, 양산부산대학교병원 공공보건의료사업실

투고일: 2025.1.21./ 수정일: 2025.2.22./ 게재확정일: 2025.2.23.

1 본 논문은 부산시 남구 지역내 소지역 건강격차 해소사업의 일환으로 수행된 다돌봄회의의 경험에 기반하였으며, 본 연구에서 제시된 통계자료는 해당 사업의 보고서를 참고하였음.

I. 서론

지역사회 통합돌봄은 “돌봄이 필요한 주민들이 살던 곳에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 일상생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 정책”(보건복지부, 2020)이다. 지난 2024년 제정되어 2026년 시행 예정인 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률(돌봄통합지원법)에서도 이러한 개념이 그대로 적용되어 “노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 계속하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록 의료·요양 등 돌봄 지원을 통합·연계하여 제공” 하는 것으로 정의하고 있다.

그 간 지역사회 통합돌봄에 관한 연구는 다양하게 수행되었으나, 서비스 제공 기관·시설 중심의 서비스 연계·통합에 초점을 두었고, 주민 참여나 지역사회 참여적 관점에서의 접근은 미흡하였다. 지역사회 통합돌봄 시범사업(보건복지부, 2020)이나 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업(보건복지부, 2023)은 서비스를 제공하는 지역의 기관·시설 중심의 협력 또는 서비스 통합에 주된 초점이 맞추어져 있다. 지역사회 통합돌봄사업에서 운영과 관련한 연구는 주로 서비스 자원들간의 연계·협력의 문제(전용호, 2018; 안정희와 조창완, 2022, 김일호 등, 2024), 서비스 제공 인력 간의 역할과 소통 문제(김민아 등, 2023), 통합돌봄에서 의료 기능의 간과(박준영, 2024), 보건의료서비스의 강화 필요성에 관한 논의들(김창오 등, 2022)이 중심을 이루고 있다. 마을단위 통합돌봄 시범사업을 평가한 연구(백학영과 한상미, 2023)에 따르면, 협력적 체계 구축을 통한 통합돌봄서비스 제공을 통해 지역사회, 서비스 제공자, 이용자에서 긍정적 성과를 거두었음에도, 지역 전체의 필요나 욕구를 파악하려는 노력이 미흡하였으며, 기관의 서비스 제공 범위에 따라 통합돌봄서비스 내용이 결정되거나, 일부 저소득층에 한정되는 경향이 있

음을 지적하였다. 지역사회 참여는 지역 주민들의 자발적 참여에 의한 돌봄네트워크 구축의 필요성(유애정과 박현경, 2022) 등 제안 수준에 그치고 있으며, 이를 중심 주제로 한 연구는 미흡한 실정이다.

지역사회 주민 참여는 알마아타선언으로 대표되는 일차보건의료(World Health Organization, 1978)와 오타와 헌장(World Health Organization, 1986)으로 대표되는 건강증진에서 중심적 운영원리이며, 우리나라 지역보건에서도 핵심 운영원리로 인식되고 있다. 이는 지역사회를 기반으로 하는 통합돌봄에서도 중심적 운영원리라 할 것이다. 그런데, 우리나라 지역보건에서 지역사회 주민 참여가 형식적 수준에 머물러 있는 것과 마찬가지로 지역사회 통합돌봄에서도 주민 참여는 형식적이며, 대상화된 주민에게 지역자원들이 어떻게 서비스를 통합적으로 제공할 것인가에 대한 논의가 주를 이루고 있다. 즉, 지역사회 주민 참여의 운영원리로서의 중요성에도 불구하고, 지역보건이나 통합돌봄 논의에서 주민은 타자화된 대상으로 존재하며, 주체로서의 지위를 가지고 있지 않는 실정이다.

이러한 지역사회 주민 참여를 중심으로 접근하는 대표적 접근법이 지역사회 기반 참여 연구(Community Based Participatory Research)이다. 지역사회 기반 참여 연구는 지역 주민을 대상화된 존재로 보는 기존 전통적 보건 연구에 대한 비판으로 제기되었으며, 참여 행동 연구(Participatory Action Research)으로도 불린다. 전통적 연구가 연구자의 지식이 중요하고, 엄격한 객관성을 유지한 조사를 중요하게 여기며, 조사와 자료의 수집은 연구자에 의해 수행되어야 하고, 조사에 기반한 활동은 주로 외부기관에 의해 이루어지고 결과를 중요하게 여기는 반면 참여 연구는 지역 주민의 지식이 중요하고, 조사와 자료 수집도 지역사회, 주민과 함께 수행하며, 조사를 통해 드러난 문제의 해결 주체는 지역사회와 주민이며, 과정을 중요하게 여긴다(Cornwall and Jewkes, 1995). 이러한 지역사회 기반 참여 연구는 지역의 건강수준을 향상하

고, 건강 불평등을 줄이는 데 적합한 연구로 알려져 있다 (Israel et al., 1998; 정민수 등, 2008; 김진성 등, 2015). 주요 특성으로는 ① 참여, ② 주민과 사업 수행자들이 사업 수행의 과정에서 동등하게 협력, ③ 주민과 사업 수행자들이 상호 학습, ④ 체계의 개발과 지역 역량을 구축, ⑤ 사업 참여자들이 그들의 삶에 대한 통제력을 증가시키도록 하는 임파워먼트(empowerment), ⑥ 사업과 지역사회 활동 간 균형 유지 등이다(Minkler, 2000; Israel et al., 2010). 즉, 지역사회 참여 연구는 지역사회와 주민이 대상이 아니라 함께 해야 할 주체로 인식하는 것이다.

본 연구는 2022년부터 2024년까지 부산광역시 남구 용호3동을 중심으로 수행되었던 남구 보건소의 지역 내 소지역 건강격차 해소 사업인 ‘우리 마을 다같이 다 건강하게(약칭 우다다사업)’의 하위 사업으로 진행한 지역사회 기반 참여 연구에 기반한 통합돌봄 체계(다돌봄회의)의 구축과 운영 사례에 관한 것이다. 본 연구의 목적은 첫째, 마을공동체의 필요성에 기반한 동 단위 통합돌봄체계의 구축 과정과, 둘째, 지역사회 참여 기반 통합돌봄체계 운영 경험을 탐색하며, 셋째, 동단위 마을공동체 참여 기반 통합돌봄의 의미에 대해 논하고자 하는 것이다.

II. 본론

1. 지역공동체 현황

본 사례연구의 대상 지역은 용호3동으로 부산광역시 남구에 위치한 행정동이다. 면적은 1.96Km²이며, 인구는 2022년 기준 12,228명, 이 중 노인인구 비율은 28.7% 였으며, 기초생활수급자 비율은 7.8%였으며, 거주지역 중 아파트 가구의 비율은 33.9% 였다(2022년 남구통계연보, 2023).

용호3동의 주민등록기준 독거노인 인구수는 2019년 760명, 2020년 869명, 2021년 950명, 2022년 1,035명으로 가파르게 증가하였다. 주민들 역시 마을에 거주하는 독거노인 수가 많이 늘어났으며, 이들 1인 가구 노인이 마을에서 가장 사회경제적, 건강, 사회복지의 측면에서 가장 취약한 인구집단으로 인식하고 있었다.

2. 다돌봄회의의 구축 과정

1) 마을공동체의 필요성 제기

다돌봄회의는 마을공동체 워크숍을 통해 마을의 독거노인이 많고, 어려움을 겪는 노인들이 많은데 이를 해결하는 것이 마을에서 매우 중요하다는 다수 주민들의 문제 제기에서 출발하였다. 일반적인 보건사업은 보건기관에서 사업계획을 수립한 후 형식적인 주민의견을 수렴하거나 실행 과정에서 주민들의 의견을 듣는 경우가 많은데 우다다사업은 지역공동체 참여 보건사업을 수행하고자 하였고, 그 핵심은 지역공동체와 함께 공동의 사업계획을 수립하는 것이었다.

2) 독거노인 전수조사를 위한 준비

독거노인 가구 전수조사를 수행하기 위하여 마을의 기관·단체가 모여 전수조사를 위한 TF팀을 구성하였다. 독거노인 전수조사 TF팀에는 마을건강위원회(주민위원 2명), 지역사회보장협의체(주민위원 1명), 행정복지센터(희망복지팀장 1명), 사회복지관(과장 1명), 보건소(팀장 1명, 담당자 2명), 정신건강복지센터(팀장 1명), 기술지원단(교수 1명, 연구원 2명) 등 7개 기관·단체의 12명이 함께 참여하여 조사 준비 단계에서부터 주민-행정-보건-복지 협의체 방식으로 추진하였다. 전수조사 TF는 2월~5월 매달 1회 총 4차례 개최하였으며, 독거노인 전수조사의 목적과 사업 방향 설정, 대상자 명단의 확보, 조사 도구 개발 및 최종 확정, 조사방법 및 조사원의 확보, 전수

조사 진행 상황 점검, 조사 결과에 대한 검토 및 전수조사 후속 작업 등 조사 준비·수행·후속 방안에 대한 실무 전반을 논의하고 정리하였다.

남구보건소에서 남구청으로부터 용호3동 1인 노인가구의 명부를 제공받았고, 조사기관은 남구보건소·용호3동 행정복지센터·용호종합사회복지관이 공동으로 하는 것으로 하였으며, 조사방법은 가구방문을 통한 대면조사로 결정 하였다. 조사원은 통장협의회와의 협의를 통해 각 통장이 수행하는 것으로 하였는데, 통장협의회 회의에서 조사에 대한 의미와 조사자 참여 협조를 구하였고 이를 통장협의회 논의를 거쳐 수용한 결과였다. 또한, 통장협의회 총무가 전수조사 TF에 참여하도록 하였다.

설문지는 기술지원단에서 2023년에 실시한 용호3동 마을건강조사 설문지와 지역사회건강조사 설문지에 기반하여 3차례의 회의를 거쳐 초안을 마련한 다음, 전수조사 TF의 논의를 거쳐 확정하였다. 조사항목은 독거노인의 인구학적·사회경제적 요인, 사회활동 및 사회적 지지 상태, 질환의 유병 상태, 건강행태 및 건강관리 실태, 노인우울·자살 등 심리적 요인, 마을의 사회적 환경에 대한 인식, 행정·보건·복지 서비스 이용 현황, 필요로 하는 서비스의 종류, 도움의 필요 정도 등을 포괄하였다.

조사원 교육은 설문지에 대한 교육과 함께 이동형 혈압기를 이용한 자가혈압 측정 방법과 실습을 하였고, 조사원 교육이 끝난 후에 용호3동 독거노인 전수조사 발대식과 조사원 선서를 통해 전수조사에 대한 의지를 다졌다. 발대식에는 남구청장, 남구 보건소 과장, 용호3동 동장, 용호사회복지관 관장, 마을건강위원회 위원장, 용호3동 통장협의회 회장 등 주요 인사들이 참여하여 조사원인 각 통장들의 자발적 활동을 격려했다.

3) 독거노인 전수조사의 수행

용호3동 1,035명의 전체 독거노인 세대에 대하여 통별로 명단을 나누었고, 각 통장이 해당 통에 위치한 가구를 방문하는 방식으로 조사를 진행하였다. 조사는 2023

년 4월 3일에서 5월 30일 간에 걸쳐 진행하였다. 조사 당시 거주를 하지 않거나, 조사에 응하지 않는 경우를 제외한 802명이 조사에 참여하였다. 통장은 설문지 조사와 함께 이동형 혈압기를 이용하여 조사 참여 노인이 혈압 측정을 할 수 있도록 하였고, 그 결과를 설문지에 같이 기록하였다. 또한, 조사 과정 중에 긴급한 도움이 필요한 노인에 대해서는 조사 TF의 간사에 바로 연락하도록 하였고, 조치가 필요한 사례에 대해서는 조사 TF에 다양한 지역의 자원들이 함께 참여고 있어서 사례회의를 통해 평가한 후 대상 가구를 직접 방문하여 조치를 취하도록 하였다. 조사 과정에서 두 가구에 대한 방문을 통한 조치가 있었다. 한 사례는 2년전 치매 진단을 받은 분으로, 집에 음식쓰레기를 모아 두어 위생이 매우 불량한 상태에서 치매 맞춤형 사례관리 대상자로 선정하였고, 행정복지센터에서 쓰레기 수거업체를 통해 집안 쓰레기를 치우도록 조치하였다. 다른 사례는 관리비 미납으로 생활고를 겪고 있으면서 거의 집에서만 지내시는 분으로 우울·자살에 대한 위험도가 높아 정신보건복지센터 및 치매안심센터에 의뢰하도록 하였으며, 보건소 방문보건사업과 연계 및 직계 가족에게 연락하여 상황을 공유하도록 하였다.

4) 전수조사 결과의 공유

독거노인 전수조사 결과 보고회를 통해 독거노인의 실태를 주민들과 참여 기관·단체들과 공유하였다. 주요 전수조사 결과를 정리하면 다음과 같다(표1 참조).

성별로는 여성이 74.7%로 4분의 3을 차지하였고, 연령별로는 65~74세 50.6%, 75~84세 36.9%, 85세 이상 12.5% 였다. 기초생활수급자가 아닌 경우가 68.2%를 차지하여 기초생활수급자가 아닌 독거노인의 규모가 큼을 확인하였다. 사회적 지지와 관련하여 우울할 때 이야기를 나눌 사람이 없다고 응답한 경우가 29.9%, 필요할 때 큰 돈을 빌릴 사람이 없다고 응답한 경우가 69.3%, 아플 때 집안 일을 부탁할 때 도움을 요청할 사람이 없다고 응답

<표 1> 독거노인 전수조사 참여자의 일반 현황 (단위: 명, %)

변수명	명 (%)	
총계	802	(100.0)
성별	남성	203 (25.3)
	여성	599 (74.7)
연령	65~74세	406 (50.6)
	75~84세	296 (36.9)
	85세 이상	100 (12.5)
기초생활수급자	예	244 (31.8)
	아니오	523 (68.2)
사회적 지지	우울할 때 이야기 나눌 사람 없음	238 (29.9)
	큰 돈을 빌릴 사람 없음	550 (69.3)
	아플 때 도움을 요청할 사람 없음	338 (43.2)
가족 왕래/연락 빈도	없음	105 (13.8)
	1~2회 이상/분기	139 (18.2)
	1~2회/월	215 (28.3)
	1~2회/주	302 (39.7)
사회활동	없음	273 (39.6)
	1회 미만/월	42 (6.1)
	1~2회 이상/월	89 (12.9)
	1~2회 이상/월	286 (41.5)
주관적 건강수준	양호	110 (13.9)
	보통	308 (38.8)
	나쁨	375 (47.3)
우울감 경험	예	157 (19.9)
	아니오	633 (80.1)
노인 우울 점수	10점 이상	119 (16.0)
	10점 미만	627 (84.0)
자살 생각 경험	예	176 (21.9)
	아니오	626 (78.1)
만성질환 이환	고혈압	505 (63.0)
	당뇨병	257 (32.0)
	암	58 (7.2)
	심뇌혈관질환	116 (14.5)
	관절염, 신경통	430 (53.6)
	기타	256 (31.9)
보건기관 이용 경험 (최근 6개월)	예	182 (23.1)
	아니오	607 (76.9)
행정복지센터 이용 경험(최근 6개월)	예	475 (61.6)
	아니오	296 (38.4)
사회복지관 이용 경험 (최근 6개월)	예	101 (13.2)
	아니오	666 (86.8)

출처: 부산광역시 남구 지역 내 소지역 건강격차 해소사업 보고서에 근거하여 재구성함.

주: 변수별 무응답은 제외함.

한 경우가 43.2%였으며, 가족 왕래나 연락이 없는 경우가 13.8%, 사회활동이 전혀 없는 경우가 39.6%였다.

주관적 건강수준이 양호하다고 응답한 경우는 13.9%에 불과하였으며, 최근 1년간 연속적으로 2주 이상 일상 생활에 지장이 있을 정도의 슬퍼거나 절망한 경험이 있

는 경우가 19.9%, 노인 우울점수가 10점 이상으로 고위험인 경우가 16.0%, 최근 1년간 자살생각을 해 본적이 있는 경우가 21.9%였다. 만성질환과 관련해서는 고혈압 63.0%, 당뇨병 32.0%, 심뇌혈관질환 14.5%, 암 7.2%였다. 주요 서비스 제공기관인 보건소, 행정복지센터, 사회복지관의 최근 6개월간 이용 경험은 각각 23.1%, 61.6%, 13.2%였다.

전수조사 결과를 통해 독거노인의 건강수준이 낮으며, 다양한 만성질환에 복합적으로 이환되어 있음에도 지역 보건기관이나 지역사회복지관의 이용 경험은 매우 낮음을 확인하였다. 또한, 기초생활수급자인 독거노인은 31.8%에 불과하여 저소득층 중심의 현행 접근방식으로는 독거노인의 문제를 해결하기 어렵다는 것을 인식하게 되었다. 또한, 독거노인 전수조사를 통해 알게 된 마을의 독거노인의 문제를 외부 자원이나 기관·단체에 맡기는 것이 아니라 마을 속에서 해결해야 한다는 공감대를 형성하였다.

4) 다들봄회의 제안

우다다사업은 통합돌봄을 목적으로 시작한 것이 아니었으므로, 새로운 통합돌봄체계를 구축하기 위해 추가적인 시간과 노력을 투입하기보다는 기존 마을에서 운영하고 있는 통합사례회의체계를 최대한 활용하여 전수조사에서 파악된 독거노인의 문제를 해결하는 것을 우선적으로 검토하였다. 먼저, 보건소 팀장과 기술지원단 교수가 동 찾아가는 보건복지팀과 동 지역사회보장협의체에서 독거노인 문제를 담당할 수 있는 지 논의하였다. 하지만, 위기가구 발굴 중심의 사례관리를 중심으로 운영된 기존 체계에서는 수행하기가 어렵다는 입장이었다. 실태조사를 통해 파악된 돌봄이 필요한 독거노인의 규모가 기존 체계에서 수용 가능한 범위를 크게 벗어나는 수준이라는 것이 주된 이유였다. 또한, 매뉴얼에서 정한 기준에서 벗어나는 사례들이 많다는 것도 이유였다. 여러 차례의 협의와 토론에도 불구하고, 별도의 체계가 필요하다는 결

론에 도달하였다.

그 대안으로 독거노인 전수조사TF를 마을공동체 통합돌봄회의로 전환하는 것으로 협의가 되었고, 이를 ‘다돌봄회의’로 명명하였다. 다돌봄회의는 기존의 발굴된 사례를 중심으로 문제가 확인한 이후 개입하는 제한적이고 사후적 통합돌봄이 아니라, 독거노인 전체를 대상으로 하면서 위기상황으로 발전할 가능성이 있는 잠재적 문제가 있는 사람들까지 모두 포괄해야 한다는 마을공동체 워크숍에서 확인된 마을 주민들의 의지를 반영한 것이었다. 이는 우리 마을의 독거노인 문제는 우리가 해결해야 한다는 주민들의 의지가 반영된 것이기도 하였다.

3. 다돌봄회의의 운영

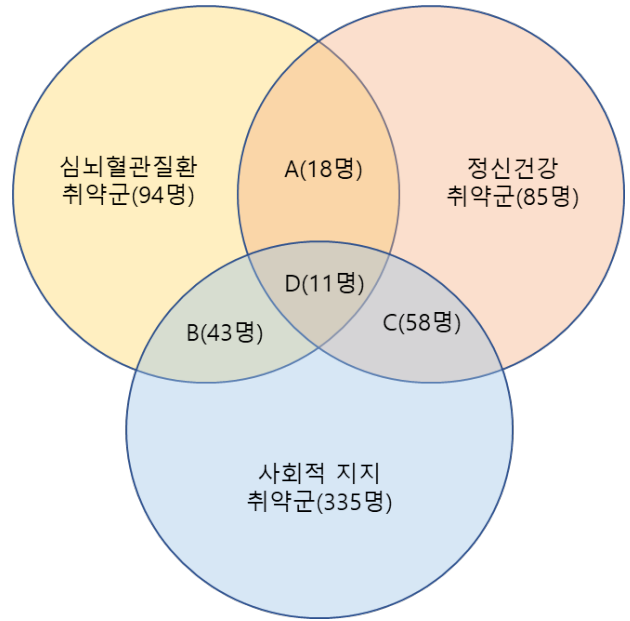
1) 다돌봄회의의 구성

다돌봄회의는 독거노인 전수조사 TF를 발전적으로 전환하는 것으로 하였다. 건강소모임 리더, 통장협의회, 마을활동가로 구성된 주민대표 4명, 행정복지센터 희망복지팀 담당자 1명, 사회복지관 사례관리팀장 1명, 보건소는 지역보건팀장과 담당자, 방문보건간호사, 정신건강복지센터 팀장 등 5명, 지원기관 2명으로 구성하였다.

2) 다돌봄회의의 운영

(1) 통합돌봄 대상 인구집단의 분류

독거노인 전수조사에 근거하여 동 수준에서 접근 가능한 통합돌봄사업을 수행하기 위하여 우선 통합돌봄 대상군을 분류하였다(그림 1). 심뇌혈관질환 취약군으로는 현재 심장질환 또는 뇌졸중을 앓고 있으면서 고혈압이나 당뇨병을 앓고 있는 독거노인군으로 하였고, 정신건강 취약군으로는 노인우울척도로 측정된 점수가 10점 이상 이면서 최근 1년간 자살생각의 경험이 있다고 한 독거노인군으로 하였다. 사회적 지지 취약군으로는 “우울할 때 주변에 이야기 나눌 사람이 없음”, “필요할 때 주변에 큰



- 주1) 심뇌혈관질환 취약군: 심장질환 또는 뇌졸중을 앓고 있으면서, 고혈압 또는 당뇨병을 앓고 있는 1인가구 노인
- 주2) 정신건강 취약군: 노인우울점수 10점 이상이면서, 최근 1년간 자살생각 경험이 있는 1인가구 노인
- 주3) 사회적 지지 취약군: 우울할 때 주변에 이야기 나눌 사람이 없음, 필요할 때 주변에 큰 도움을 빌릴 사람이 없음, 몸이 아파 집안일을 부탁할 때 도움을 요청할 사람이 없음에 모두 해당하는 1인 가구 노인

[그림 1] 독거노인 전수조사에 기반한 통합돌봄 대상자의 분류

돌을 빌릴 사람이 없음”, “몸이 아파 집안일을 부탁할 때 도움을 요청할 사람이 없음”에 모두 해당하는 독거노인군으로 하였다. 분류 결과, 심뇌혈관질환 취약군 94명, 정신건강 취약군 85명, 사회적 지지 취약군 335명이었다. 이들 세 군에 더하여 복합 취약군을 네 개 군으로 분류하였는데, A군은 심뇌혈관질환과 정신건강이 취약한 군, B군은 심뇌혈관질환과 사회적 지지가 취약한 군, C군은 정신건강과 사회적 지지가 취약한 군, D군은 심뇌혈관질환, 정신건강, 사회적 지지가 모두 취약한 군으로 하였다.

(2) 통합돌봄 관리방안 마련

독거노인 전수조사 결과에 따라 분류된 각각의 취약군에 대하여 관리방안을 마련하였다(표2 참조). 전수조사 결과 가장 많은 비중을 차지하는 사회적 지지 취약군은 대상 인구가 335명으로 너무 많아서 다돌봄회의의보

다는 마을공동체 수준 노력이 필요한 것으로 판단하여 독거노인 자조모임 등 다양한 독거노인 대상 소모임을 조직화하고, 독거노인 대상 사회적 지지 프로그램을 지역 내 자원들과 함께 운영하는 것으로 하였다. 심뇌혈관 질환 취약군은 용호3동 내에 위치한 동단위형 건강생활 지원센터(마을건강센터)에 등록하여 관리하고, 거동이 불편한 경우에는 방문보건사업과 연계하여 관리하도록 하였다. 정신건강 취약군에 대해서는 주민 건강소모임 활동을 통한 가구 방문, 정신건강복지센터 등록·관리, 사회복지관 집중관리 대상으로 등록·관리하는 등으로 역할 분담을 하였다. 특히, 심뇌혈관질환 취약군, 정신건강 취약군, 사회적지지 취약군에 모두 해당하는 복합적 취약군인 11명의 독거노인에 대해서는 다돌봄회의에서 집중적으로 관리하는 것으로 하였다. 서비스 거부자의 경우에는 조사에 참여하였던 통장이 해당 통의 독거노인을 직접 찾아가 설득하여 서비스를 제공받을 수 있도록 하였다.

<표 2> 독거노인 전수조사 결과 취약군에 대한 관리 방안

관리군	관리 방안
심뇌혈관질환 취약군	<ul style="list-style-type: none"> 건강생활센터 관리대상자로 등록·관리 (A, B군은 다음의 관리 방안을 추가) 건강생활지원센터: 집중관리대상자로 등록·관리(전화 및 내소 상담) 거동불편자는 방문보건 및 만성질환 건강조연자 활동 연계
정신건강 취약군	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지센터: 정신건강취약군 등록·관리(전화 및 방문 상담) (C군은 다음의 관리 방안을 추가) 사회복지관: 집중관리 대상으로 등록·관리 건강소모임(용호자매들) 가구 방문 지지 활동과 연계
사회적지지 취약군	<ul style="list-style-type: none"> 건강생활지원센터: 독거노인 자조 모임 등 소모임 조직, 독거노인 대상 프로그램 개발·운영(자서전, 한글교실, 나들이 모임 등) 행정복지센터 주민자치프로그램 운영
복합적 취약군 (D군)	<ul style="list-style-type: none"> 다돌봄회의 통합사례관리 대상으로 선정하여 관리 행정복지센터: 집중관리 대상으로 등록 통장을 통한 긴급연락망 구축

다돌봄회의는 앞서 기술한 독거노인 전수조사 TF가 자연스럽게 전환되었으며, TF에 참여한 7개 기관·단체의 12명 모두 다돌봄회의에 참여하였다.

운영에서 중요한 역할을 맡는 간사는 기술지원단에서 맡도록 하였고, 회의는 월 1회 운영하는 것으로 하였다. 위에서 정리한 관리 방안에 따라 각 기관·단체에 역할분담

을 하였고, 매월 열리는 회의에서 진행 상황을 점검하였다. 즉, 건강생활지원센터는 심뇌혈관질환 취약군을 중심으로, 정신건강 취약군은 정신건강복지센터와, 사회복지관을 중심으로, 사회적 지지 취약군은 건강생활지원센터 건강소모임 프로그램과 행정복지센터를 중심으로, 특히, 세가지 유형이 모두 취약한 복합 취약군(D군) 11명에 대해서는 다돌봄회의에서 통합사례관리를 통해 문제를 집중적으로 해결하고자 하였다.

4. 다돌봄회의를 통한 변화

다돌봄회의를 통한 중점 통합돌봄군의 변화를 확인하기 위하여 정신건강 취약군(노인우울점수 10점이상이면서 최근 1년간 자살생각의 경험이 있는 군)을 대상으로 사업 전·후 주요 지표에 대해 비교를 하였다. 정신건강 취약군을 대상으로 비교한 이유는 모든 취약군을 비교하기 위해서는 전수조사를 시행한 1년 후에 다시 전수조사를 수행해야 하는데, 마을 수준에서 전수조사를 매년 수행하는 것이 현실적으로 어렵기 때문이었다. 다시 전수조사를 하지 못하는 현실적 여건에서 다돌봄사업의 효과를 파악하기 위해서는 주민들의 관심도가 높고, 가장 다양한 지역자원의 협력이 이루어진 정신건강 취약군을 중심으로 재조사를 시행하는 것으로 다돌봄회의에서 논의가 이루어졌다.

주요 지표는 양호한 주관적 건강수준 인지(주관적 건강수준이 매우 좋음 또는 좋음으로 응답한 사람), 우울감 경험(최근 1년간 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 사람), 노인 우울(노인우울척도로 측정된 점수가 10점 이상인 사람), 자살 생각(최근 1년간 자살생각이 있다고 응답한 사람), 사회적 지지 없음(우울할 때 주변에 이야기 나눌 사람, 필요할 때 주변에 큰 돈을 빌릴 사람, 몸이 아파 집안 일을 부탁할 때 도움을 요청할 사람이 모두 없다고 응답한 사람)으로 하였다.

초기 전수조사 결과 정신건강 취약군은 85명이었으나, 사업 1년 후 시행한 추적 조사에서는 이사(6명), 연락 안됨(8명), 치매 및 요양시설 입소(9명), 조사거부(4명), 사망(4명) 등으로 인해 54명이 참여하였다. 사업 전·후의 변화 분석은 이들 54명의 독거노인을 대상으로 하였다. 통계 분석은 범주형 척도에 대한 동일 인물의 전후 차이를 검정하는 방법인 맥니머 카이제곱 검정법을 적용하였다(표 3).

양호한 주관적 건강 인지에서는 사업 전에는 양호한 경우가 1명(1.9%)에 불과하였으나, 사업 후에는 10명(18.5%)으로 증가하였고 통계적으로도 유의하였다($p<0.05$). 우울과 관련해서는 우울감 경험이 있다고 응답한 경우가 사업 전 79.6%, 사업 후 37.0%로 42.6%p 감소하여 통계적으로 유의하였으며($p<0.01$), 노인 우울 점수가 10점 이상인 경우는 사업 전 100.0%, 사업 후 66.7%로 33.3%p 감소하여 통계적으로 유의하였다($p<0.1$). 또한, 자살 생각 경험은 사업 전 100.0%, 사업 후 42.6%로, 57.5%p의 통계적으로 유의한 큰 감소를 보였으며($p<0.001$)다. 사회적 지지와 관련하여서는 사회적 지지가 전혀 없는 것으로 응답한 군이 사업 전 68.5%, 사업 후 31.5%로 37.0%p의 감소가 있었으며, 역시 통계적으로도 유의하였다($p<0.01$).

<표 3> 정신건강 취약군의 다돌봄회의 사업 전·후 비교
(단위: 명(%))

	사업 전	사업 후	변화량	X ²
양호한 주관적 건강	1(1.9)	10(18.5)	+16.7%	5.8*
우울감 경험	43(79.6)	20(37.0)	-42.6%	7.7**
노인 우울(10점 이상)	54(100.0)	36(66.7)	-33.3%	3.2#
자살생각	54(100.0)	23(42.6)	-57.4%	11.7***
사회적 지지 없음	37(68.5)	17(31.5)	-37.0%	6.7**

$p<0.1$, * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

출처: 부산광역시 남구 지역 내 소지역 건강격차 해소사업 보고서에 근거하여 재구성함.

Ⅲ. 고찰 및 결론

본 연구는 부산광역시 남구 용호3동에서 이루어진 지역사회 기반 참여 연구를 적용한 독거노인 통합돌봄사업인 다돌봄회의 사례를 중심으로 살펴보았다. 독거노인 문제 해결에 대한 마을공동체의 필요성 제기 → 독거노인 전수조사를 위한 마을협력체계 구성 → 전수조사를 통한 문제의 크기와 심각성 확인 → 마을공동체에서의 자구적 해결 방안 찾기 → 결과물로서의 다돌봄회의 구축과 운영으로 이어지는 일련의 과정은 기존 통합돌봄체계의 구축과는 다른 접근법이다. 기존의 통합돌봄체계의 구성으로부터 출발하였다면, 다돌봄회의는 지역과 함께 지역의 필요성을 파악하는 것으로부터 출발하였다. 또한, 대상으로서의 마을, 주민이 아니라, 함께 하는 주체로서의 마을, 주민을 바라보는 지역사회 참여 연구를 적용하였다. 이를 통해 마을과 주민은 돌봄 서비스의 대상이 아니라, 돌봄의 주체로 기능할 수 있었다. 이러한 과정의 결과, 독거노인 중 정신건강 취약군의 주관적 건강수준, 우울, 자살 생각, 사회적 지지 모두에서 통계적으로 유의한 긍정적 변화가 있었다.

1. 통합돌봄에서의 의미

다돌봄회의의 의미는 다음과 같다.

첫째, 마을공동체의 필요성으로부터 출발하였다는 것이다.

본 사업은 통합돌봄을 목적으로 하거나 통합돌봄체계를 마련하기 위한 목적으로 수행한 것도 아니었다. 더군다나 통합돌봄은 행정복지센터 등 다른 체계에서 이미 수행하고 있는 것으로 판단하여 특별한 고려 대상은 아니었다. 하지만, 계획 수립을 위한 마을공동체 워크숍에서 독거노인에 대한 마을공동체 구성원들의 높은 문제

인식과 해결의 필요성을 확인하고, 우선순위 사업계획으로 선정하였다. 또한, 통합돌봄이 필요한 사례의 발굴보다는 지역 독거노인 전수조사를 통해 문제의 규모와 심각성 정도를 확인하고, 그 결과를 마을공동체와 공유하는 것으로부터 출발하였다. 이를 통해 공무원이나 기관의 담당자를 통해 확인되는 사례들을 중심으로 돌봄이 이루어지는 것이 아니라, 마을에 거주하는 독거노인의 전체 상황을 그리면서 필요한 돌봄서비스를 구상할 수 있었다.

둘째, 마을공동체와 함께 사업계획을 만들고 수행하였다.

다돌봄회의는 파악된 독거노인의 문제를 해결하기 위하여 마을공동체와 함께 다각적인 검토를 하였다. 그 결과 찾아가는 보건복지서비스나 동 지역사회보장협의체 등 마을에 존재하는 기존의 통합돌봄 또는 통합사례관리 체계로는 접근과 해결이 어렵다는 공통의 인식에서 그 결과물로 독거노인의 건강, 복지 문제를 해결하기 위한 체계를 만들었다. 즉, 다돌봄회의는 마을 주민들과 마을 자원들이 함께 사업을 계획하고 참여하는 방식으로 추진되었다.

셋째, 주민이 통합돌봄의 실질적 주체가 되는 방식을 지향하였다.

그 간 지역보건사업, 통합돌봄사업은 지자체나 기관에서 만들어 놓은 틀에 주민이 참여하는 방식이 중심이었다. 이로 인해 주민참여는 ‘주체로서의 참여’ 또는 ‘실질적 참여’ 라기 보다는 ‘대상화된 참여’ 내지는 ‘동원된 참여’ 가 주를 이루었다. 다돌봄회의에서는 마을의 주민이 동등한 수준에서 참여하도록 하였고, 주민들이 회의에 참여해 문제 해결을 요청함으로써, 다돌봄회의에 참여하는 기관의 실무자들 역시 책임감을 가지고 협력해 회의가 형식적이지 않고 실질적인 문제 해결의 장으로 기능할 수 있었다. 또한, 주민 소모임을 통해 직접 통합돌봄 서비스의 제공주체가 되기도 하였다. 다돌봄회의에 참여한 적이 있는 행정복지센터의 팀장은 다음과

같이 자신의 소회를 밝혔다. “일반적인 사례 회의를 했을 때는 사실상 실무자들밖에 없다 보니까 물론 지역 주민들이있을 수도 있지만 거기에 살고 있는 사람은 실질적으로 없으니까... 살고 있는 사람들의 시각으로 사례나 인근 이웃들을 바라보는 것과 실무자들이 바라보는 것은 분명히 차이가 있더라고요. 다돌봄회의의 동력은 지역 주민들의 참여가 그냥 참여가 아니고 적극적인 참여가 가장 큰 동력이 아닐까 생각합니다. 책임감을 가질 수밖에 없죠. 서로가 이제 책임을 가지는 거죠”

마지막으로, 동 단위에서 주민-행정-보건-복지가 함께 통합돌봄의 주체로 기능할 수 있음을 확인하였다.

마을의 주요 주체들이 매달 1회 함께 모여 독거노인의 돌봄 문제에 대하여 정기적인 토의와 학습을 하였고, 긴급한 대응이 필요한 사례에 대해서는 신속 연락체계를 가동하여 즉각적으로 대응하여 문제를 해결하였다. 이를 통해 다돌봄회의체계에 대한 마을의 기대가 계속 커졌고, 참여자들의 결속력도 계속하여 높아졌다. 다돌봄회의 참여자들과의 내부 워크숍을 통해서도 이러한 점을 확인할 수 있었는데, 기존 사례관리나 돌봄회의체계에 비해 긍정적인 측면으로 “참여 기관의 다양성과 열린 논의”, “절차나 규제에 얽매이지 않는 실무 중심의 빠른 문제 해결”, “주민 주도의 중재”, “지역 문제와 요구 반영”, “상호 업무 이해와 교육을 통한 참여자들의 역량 강화” 등을 꼽았다.

통합돌봄의 현장에서는 보건의료와 사회복지의 역할 및 협력을 둘러싼 갈등이 존재한다(장지훈, 2023; 김민아 등, 2023; 김창오 등, 2022; 이은경, 2010). 하지만, 이러한 갈등은 통합돌봄을 위해서는 반드시 해결해야 할 갈등이다. 다돌봄회의의 사례를 통해 보건-복지를 비롯한 지역의 다양한 자원들과의 협력은 지역의 필요성에 기반하고, 주민이 주체로 참여하며, 지역 중심의 문제 해결 역량을 키움으로써 가능성을 확인하였다. 오히려 현재의 중앙정부 중심의 사업 지침이나 매뉴얼이 협력을 방해하는 것은 아닌지 되새겨 보아야 할 것이다.

2. 제한점

본 사례연구는 몇 가지 제한점이 있다.

첫째, 본 사례는 통합돌봄을 목적으로 한 것이 아니라, 보다 상위의 목적인 지역 간 건강격차를 완화하기 위하여 이루어진 것이므로, 통합돌봄에 특화된 사례로 보기는 어렵다는 것이다. 하지만, 통합돌봄이 지역에서 독립적인 사업으로 존재하기 보다는 지역사회의 건강과 삶의 질을 향상하고 격차를 줄이려는 목적의 한 부분으로 수행되는 사업으로 본다면 독거노인을 대상으로 지역사회 주민과 가용한 자원이 함께 참여하여 독거노인의 문제에 통합적으로 접근하여 해결하려는 본 사례의 시도는 큰 의미가 있을 것이다.

둘째, 대도시 특정 지역의 독거노인을 중심으로 하였다는 점이다. 대도시는 주민참여와 자원이 비교적 많은 반면, 농촌지역은 그렇지 않으므로, 본 연구의 사례를 모든 지역에 일반화하기는 어려울 것이라는 점이다. 그럼에도 불구하고, 지역사회의 필요성에 기반하고, 주민참여를 중심으로 하면서 보건-복지-행정이 협력하는 기본적 접근은 농촌지역이라 해서 불가능한 것은 아니다. 문제는 지역사회와 주민의 필요성을 인식과 문제를 해결하려고 하는 의지인 것이다.

셋째, 성과평가가 독거노인 전체가 아닌, 정신건강 취약군을 중심으로 이루어져서 독거노인 전체의 변화를 평가하기 어렵다는 점이다. 이는 다돌봄회의가 중재마을 전체 인구집단의 건강수준을 향상시켜서 대조마을과의 건강격차를 완화하는 것을 목적으로 추진된 우다다사업의 부분 사업이었기 때문이다. 3개년 계획으로 수행된 우다다사업의 2차년도에 독거노인 전수조사가 이루어졌는데, 바로 1년 후에 다시 전수조사를 하는 것은 큰 부담이었다. 이로 인해 다돌봄회의에서는 정신건강 취약군을 중심으로 사업 전·후 비교를 하는 것으로 결정하게 되었다.

마지막으로, 본 연구는 다돌봄회의라는 사례가 어떻게 만들어졌으며, 운영되었는지를 소개하는 내용이 중심이

어서 충분한 학술적 검토와 논의가 부족하다는 점이다. 기존 통합돌봄이나 통합사례관리에 대한 연구들의 대다수는 이미 구축되어 있는 체계에 기반하거나 마을 주민 전체의 관점보다는 사례관리의 대상이 되는 제한된 주민에 대한 접근이 중심이었다. 이에 비해 지역사회 주민 참여에 기반하여 지역의 필요에 따라 만들어지고, 비록 독거노인이긴 하지만 지역 전체적 관점에서 독거노인의 문제를 해결하고자 하는 본 연구의 사례는 그동안 간 소홀히 인식된 지역 중심성과 주민 참여의 중요성을 환기시키는 측면에서 의미가 있을 것이다.

3. 결론

2026년부터 시행 예정인 돌봄통합지원법은 “노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 계속하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록 의료·요양 등 돌봄 지원을 통합·연계하여 제공”하는 것을 그 목적으로 하고 있다. 이를 위해서는 보건의료, 건강관리 및 예방, 장기요양, 일상생활돌봄, 가족 등 지원이 긴밀하게 연계·통합되어야 하며, 주민들의 삶에 영향을 미치는 물리적, 사회적 환경을 공유하는 소지역 단위(읍면동 또는 마을)에서 이루어지는 것이 바람직하다고 할 것이다.

현행 사회보장급여법에 근거하여 읍면동마다 운영하고 있는 찾아가는 보건복지서비스의 통합사례관리는 대상자 발굴체계를 통해 발굴된 가구에 대해 욕구 및 위기도 조사를 실시한 후 이루어지며, 읍면동 수준에서 해결이 어려운 사례는 시군구 희망복지지원단 의뢰를 통해 해결한다(행정안전부·보건복지부, 2023). 하지만, 읍면동 수준에서 이루어지는 통합사례관리는 상당히 제한적인 범위에서 이루어지고 있으며, 동복지기능은 큰 반면, 보건 기능은 간호사 1명에 의존하고 있어 읍면동 보건기능이 확대·강화될 필요가 있다. 특히, 사회복지 중심이나,

보건의료 중심이냐라는 서비스 제공자의 관점을 극복하기 위해서는 지역의 필요성에 근거하고, 주민과 지역의 다양한 자원들이 함께 계획을 수립하는 과정이 무엇보다도 중요할 것이다.

한 대도시의 특정 행정동에서 수행된 다돌봄회의의 형성과 운영 경험에 관한 본 연구를 타 지역으로 일반화하는 데에는 제한점이 있으나, 공급자의 협력 중심으로 논의되고 있는 현행 통합돌봄에서 지역사회 주민 참여의 중요성을 환기시키는 측면에서는 의미가 있을 것이다. 향후 지역사회 주민 참여에 기반한 통합돌봄체계의 구축과 운영에 대한 다양한 후속연구가 있기를 기대한다.

연구윤리
해당없음.

이해상충선언
본 연구자들은 부산광역시 남구 보건소의 지원을 받았으나, 해당 기관은 연구설계, 자료수집과 분석, 논문 작성 등에 어떠한 영향을 주지 않았습니다.

사사표기
이 연구는 질병관리청과 부산광역시 남구 보건소의 “지역 내 소 지역 건강격차 해소사업”의 지원을 받았으며, 본 논문에서 인용한 데이터는 해당 사업의 보고서에 근거하였습니다.

다돌봄회의를 운영을 함께 한 서원희, 김윤정, 박지영 선생과 참여한 용호3동 주민, 행정복지센터, 용호종합사회복지관, 남구 보건소 관계자들에게 감사드립니다.

참고문헌

- 김민아, 최권호, 지현경, 박가람. (2023). 퇴원환자 지역사회 연계사업 담당 공공의료기관 사회복지사의 역할과 어려움. **비판사회정책**, (81), 145-195
- 김일호, 김정석, 손지현. (2024). 지역사회 통합돌봄 보건복지 연계·협력 현황 분석: 돌봄SOS센터 간호사와 사회복지사 시각. **한국케어매니지먼트 연구**, (50), 31-61.
- 김진성, 허현희, 정혜주. (2015). 지역사회기반 참여와 사회생태적 관점에서 본국내 쪽방지역 주민의 건강증진 역량강화 방안. **보건교육건강증진학회지**, 32(4), 79-92.
- 김창오, 장숙량, 남일성, 서동민, 신동수, 유원섭 등. (2022). 보건의료서비스가 강화된 통합돌봄 혁신모형의 제안. **장기요양연구**, 10(3), 87-129.
- 박준영. (2024). 민간, 그 중에서도 사회적경제는 지역사회통합돌봄에서 어떤 역할을 할 수 있나? '지역사회 통합돌봄' (커뮤니티케어), 누가 무엇을 해야 하는가? 토론편. 제5회 노회찬비전포럼 세미나, 노회찬재단
- 백학영, 한상미. (2023). 마을단위 통합돌봄 경험과 성과. **한국사회복지행정학**, 25(1), 29-66.
- 보건복지부. (2020). 지역사회 통합돌봄 추진 가이드북.
- 보건복지부. (2023). 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 안내.
- 부산대학교 산학협력단. (2024). 부산광역시 남구 지역 내 소지역 건강격차 해소사업 보고서, 부산대광역시 남구 보건소.
- 안정희, 조창완. (2022). 지역사회 통합돌봄의 현황과 개선방안 연구. **인문사회 21**, 13(4), 769-784.
- 유애경, 박현경. (2022). 지역사회 통합돌봄 추진현황과 향후 과제. **대한공공의학회지**, 6(1), 75-98.
- 이은경. (2010). 영국의 보건·복지 협력정책의 역사적 고찰. **한국사회복지행정학**, 12(1), 27-55.
- 장지훈. (2023). 고령화 시대, 지역사회 통합돌봄에서 복지와 의료의 융합. **한국노인복지학회 학술대회**, 352-364.
- 전용호. (2018). 노인 돌봄의 연속성 측면에서 바라본 의료·보건·복지 서비스의 이용과 연계. **보건사회연구**, 38(4), 10-39.
- 정민수, 정유경, 장사랑, 조병희. (2008). 지역사회 기반 참여연구 방법론. **보건교육건강증진학회지**, 25(1), 83-104.
- 행정안전부·보건복지부. (2023). 2023년 읍면동 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼.
- Cornwall, A., & Jewkes, R. (1995). What is participatory research? . *Social Science & Medicine*, 41(12), 1667-1676. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00127-s](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00127-s)
- Israel, B.A., Shulz A.J., Parker E.A., & Becker A.B. Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173-202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>
- Israel, B. A., Coombe, C. M., Cheezum, R. R., Schulz, A. J., McGranaghan, R. J., Lichtenstein, R., et al. (2010). Community-based participatory research: a capacity-building approach for policy advocacy aimed at eliminating health disparities. *American Journal of Public Health*, 100(11), 2094-2102. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.171769>
- Minkler, M. (2000). Using participatory action research to build healthy communities. *Public Health Reports*, 115(2-3), 191. <https://doi.org/10.1093/phr/115.2.191>
- World Health Organization. (1978). Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund.
- World Health Organization. (1998). Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund.
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva,

Community-Based Participatory Integrated Care for Elderly Living Alone

: A Case Study from a Neighborhood in a Large City

Taeho Yoon* †, Min Hyeok Choi**

Abstract

Integrated community care aims to enable individuals facing difficulties in daily life to continue living healthily in their own communities through coordinated medical, nursing, and social care. While prior studies have largely focused on service-provider-driven integration approaches, emphasizing community participation remain limited. This study examines ‘Dadolbom (meaning Care for All)’, a community-based participatory initiative addressing the care needs of elderly residents living alone in Yongho 3-dong, Nam-gu, Busan. Originating from local recognition of the need for collective action, the project involved forming a neighborhood network, conducting comprehensive surveys with 802 elderly individuals living alone, identifying their problems, and implementing collaborative solutions for tackling the problems. Participants included residents, healthcare workers, social workers, and local government representatives. The elderly were categorized into three disadvantaged groups—cardiovascular disease, mental health, and social support—to intervention. Especially, pre- and post- intervention changes among the individuals identified as the mental health vulnerable group revealed statistically significant positive improvements in all measured domains, including subjective health status, depression, suicidal ideation, and social support. ‘Dadolbom’ emphasized community-driven planning, regular discussions, and rapid responses to urgent cases. This experience underscores the potential of participatory frameworks in delivering effective integrated care and offers practical insights for developing community-centered initiatives.

Keywords: Community, Participation, Integrated Care, Elderly Living Alone

* Professor, Department of Preventive Medicine and Occupational & Environmental Medicine, Pusan National University School of Medicine

** Associate professor, Department of Preventive Medicine and Occupational & Environmental Medicine, School of Medicine, Pusan National University, Pusan National University Yangsan Hospital