

경제·인문사회연구회 협동연구 총서 17-37-01
협동연구 2017-01

고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형



김남순·박은자·전진아·서제희·정 연·이용주·김창오
김광준·김소윤·석희태·홍성민·왕승혜·장민선·카와쿠보히로시
송은솔·차미란·배정은·이동현·백상숙·양지현·이지연·백승주

【책임연구자】

김남순 한국보건사회연구원 선임연구위원

【주요 저서】

노인 건강에 대한 새로운 비전과 보건의료서비스 모형 개발
경제인문사회연구회·한국보건사회연구원, 2016(공저)

【공동연구진】

- 박은자 한국보건사회연구원 연구위원
- 전진아 한국보건사회연구원 연구위원
- 서제희 한국보건사회연구원 부연구위원
- 정 연 한국보건사회연구원 부연구위원
- 이용주 동덕여자대학교 교수
- 김창오 연세대학교 의과대학 교수
- 김광준 연세대학교 의과대학 교수
- 김소윤 연세대학교 의과대학 교수
- 석희태 연세대학교 의과대학 교수
- 홍성민 한국법제연구원 부연구위원
- 왕승혜 한국법제연구원 부연구위원
- 장민선 한국법제연구원 연구위원
- 카와쿠보히로시 카나가와보건복지대학 교수
- 송은솔 한국보건사회연구원 전문연구위원
- 차미란 한국보건사회연구원 연구위원
- 배정은 한국보건사회연구원 연구위원
- 이동현 연세대학교 의료법윤리학연구원
- 백상숙 연세대학교 의료법윤리학연구원
- 양지현 연세대학교 의료법윤리학연구원
- 이지연 연세대학교 노년대과연구위원
- 백승주 연세대학교 의료법윤리학연구원

경제·인문사회연구회 협동연구 총서 17-37-01
협동연구 2017-01

**고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과
보건의료·복지 서비스 제공 모형**

발행일 2017년 12월
 저자 김 남 순
 발행인 김 상 호
 발행처 한국보건사회연구원
 주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
 세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)
 전화 대표전화: 044)287-8000
 홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
 등록 1994년 7월 1일(제8-142호)
 인쇄처 경성문화사
 가격 13,000원

경제·인문사회연구회 협동연구 총서

“고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형”

1. 협동연구 총서 시리즈

협동연구 총서 일련번호	연구보고서명	연구기관
17-37-01	고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형	한국보건사회연구원

2. 참여 연구진

연구기관	연구책임자	참여연구진
주관 연구 기관 한국보건 사회연구원	김남순 연구위원(총괄책임자)	박은자 연구위원 전진아 연구위원 서제희 부연구위원 정연 부연구위원 이용주 동덕여자대학교 교수 송은솔 전문연구원 차미란 연구원 배정은 연구원
협력 연구 기관 연세대학교	김창오 연세대학교 의과대학 교수	김광준 의과대학 교수 김소윤 의과대학 교수 석희태 의과대학 교수 이동현 의료법윤리학연구원 백상숙 의료법윤리학연구원 양지현 의료법윤리학연구원 이지연 노년내과연구원 백승주 의료법윤리학연구원
한국법제 연구원	홍성민 부연구위원	왕승혜 부연구위원 장민선 연구위원 카와쿠보히로시 카나가와보건복지대학 교수

발간사 <<

한국 사회에서 노인건강에 대한 관리는 매우 중요한 보건학적 과제이다. 노인의 건강수명이 증가하고 있으면서 단일한 인구집단으로 보기 어려울 정도로 다양한 특성을 보이고 있다. 따라서 고령화 시대의 노인 건강에 대한 면밀한 관찰이 필요하다.

고령화 시대에는 건강노화 (healthy ageing)를 증진할 수 있는 노인 친화적 서비스가 제공되어야 한다. 아쉽게도 그 동안 지역사회에서 건강노화에 초점을 둔 포괄적 케어를 제공하지 못했으며, 의료기관에서도 기존의 서비스 프레임과 조직을 가지고 노인 환자를 진료해 왔다. 또한 허약 노인을 위한 의료 서비스와 돌봄 서비스가 유기적으로 결합되지 못하고 있다.

이 연구는 지역사회 내에서 노인의 노쇠(frailty) 현황을 파악하고자 관리하는 방안과 함께 의료기관에서 노인 친화적 서비스를 제공할 수 있는 방안을 모색하기 위한 것이다. 또한 노인의 건강권이 가지는 의미를 고찰하고 포괄적 케어를 제공하기 위한 법제도를 탐색하기 위한 것이다.

이 연구를 수행하기 위해서 다학제적 연구팀이 구성되었다. 한국보건사회연구원의 김남순 선임연구위원이 연구 책임을 맡고, 연세대 세브란스 병원과 한국법제연구원의 연구진이 협력하여 연구를 진행하였다. 연구보고서 작성을 위해 많은 노력을 기울인 전체 연구진의 노고에 감사드린다.

이 연구 결과가 우리나라 노인의료에 관한 보건정책과 제도를 구축하는 데 기여하고 궁극적으로 노인의 건강과 삶의 질 향상에 기여할 수 있기를 희망한다.

2017년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract	1
요 약	3

제1부: 연구 개요

제1장 서론	17
제1절 연구 배경과 목적	19
제2절 연구 내용과 추진 체계	24

제2부: 지역사회 노인 친화적 보건의료 및 복지 서비스 제공 방안

제1장 서론	29
제1절 연구 배경	31
제2절 연구 내용	32
제2장 노인건강에 대한 관점과 지역사회 보건복지 서비스	33
제1절 노인건강을 바라보는 관점	35
제2절 외국의 지역사회 노인 보건복지 서비스	46
제3절 국내 지역사회 노인 건강증진 프로그램	81

제3장 노인 질병 현황	105
제1절 노인 질병 현황 분석 방법	107
제2절 50세 이상 연령별 다빈도 질환 분석 결과	109
제3절 주요 노인장기요양보험 대상 질병의 유병률 변화 분석 결과	121
제4절 소결	135
제4장 지역사회 노인의 노쇠 및 의료·돌봄 서비스 이용 현황	137
제1절 개요	139
제2절 건강 및 노쇠	155
제3절 의료 이용	179
제4절 돌봄 서비스	186
제5절 소결	205
제5장 소결	211
제1절 요약	213
제2절 정책 방향	215

제3부: 급성기 의료기관 중심 노인 친화적 보건의료 서비스 제공 방안

제1장 서론	219
제1절 연구 배경 및 목적	221
제2절 연구 내용 및 방법	223

제2장 국외 노인 친화적 의료 서비스 고찰	227
제1절 캐나다	229
제2절 일본	234
제3절 소결	245
제3장 급성기 의료기관 노인 고관절 골절 환자 시범 사업	251
제1절 서론	253
제2절 시범 사업 계획	263
제3절 시범 사업 결과	266
제4절 소결	270
제4장 노인 진료 제공 체계 모형	277
제1절 모형 관련자 질적 면담 조사	279
제2절 모형의 개발	301
제3절 모형의 특성 및 활용 방안	310
제4절 소결	311
제5장 결론	315
제1절 결론 및 시사점	317
제2절 제언	327

제4부: 보건의료 복지 서비스 통합을 위한 법제도 개선

제1장 서론	331
제1절 고령화의 현주소	333
제2절 법 원리로서의 사회 연대	334
제2장 연구 목적 등	337
제1절 연구 목적	339
제2절 연구 범위 및 방법	341
제3장 우리나라 법제 분석	345
제1절 헌법상의 노인건강권	347
제2절 의료보장법제 체계	357
제3절 노인복지법제 체계	365
제4장 영국과 일본의 법제 비교 분석	369
제1절 개관	371
제2절 영국	372
제3절 일본	393
제5장 소결 및 입법적 제언	423
제1절 소결	425
제2절 입법적 제언	431

제5부: 제언

제1장 진단과 과제	437
제1절 진단	439
제2절 핵심 제언과 과제	450
참고문헌	455
부 록	477
부록1 설문조사지	477

표 목차

〈표 1-1-1〉 기관별 역할	25
〈표 2-2-1〉 국내 노쇠 측정 관련 연구	40
〈표 2-2-2〉 국외 노쇠 측정 도구 및 유병 현황	42
〈표 2-2-3〉 국내 노쇠 유병 현황	44
〈표 2-2-4〉 프리즈마 7가지 질문 도구(Prisma 7 Questions)	65
〈표 2-2-5〉 호주 FIT 사례의 대상자에 따른 중재 내용	67
〈표 2-2-6〉 The Check-List 15	70
〈표 2-2-7〉 일본 군마현 사례의 대상자에 따른 중재 내용	71
〈표 2-2-8〉 SPRINTT 프로젝트 참여 대상자 선별 기준	76
〈표 2-2-9〉 SPRINTT 프로젝트의 대상자에 따른 중재 내용	77
〈표 2-2-10〉 노인 대상 신체 활동 교육 및 프로그램 제공(안)	84
〈표 2-2-11〉 경기도 김포시 보건소 사업 추진 내용	89
〈표 2-2-12〉 노인건강 마일리지 적립 기준	94
〈표 2-2-13〉 노인 복지관 사업 및 세부 프로그램(안)	100
〈표 2-2-14〉 국내 노인 건강증진 사업 주체 및 내용	101
〈표 2-3-1〉 주요 노인장기요양보험 대상 질병 정의	108
〈표 2-3-2〉 50세 이상 연령별 입원 다빈도 질환(2016년, 입원 횟수 기준)	110
〈표 2-3-3〉 50세 이상 연령별 다빈도 질환(2016년, 외래 방문 횟수 기준)	111
〈표 2-3-4〉 50세 이상 연령별 다빈도 질환(2016년, 환자 수 기준)	112
〈표 2-3-5〉 50세 이상 남자 연령별 입원 다빈도 질환(2016년, 입원 횟수 기준)	114
〈표 2-3-6〉 50세 이상 남자 연령별 다빈도 질환(2016년, 외래 방문 횟수 기준)	115
〈표 2-3-7〉 50세 이상 남자 연령별 다빈도 질환(2016년, 환자 수 기준)	116
〈표 2-3-8〉 50세 이상 여자 연령별 입원 다빈도 질환(2016년, 입원 횟수 기준)	118
〈표 2-3-9〉 50세 이상 여자 연령별 다빈도 질환(2016년, 외래 방문 횟수 기준)	119
〈표 2-3-10〉 50세 이상 여자 연령별 다빈도 질환(2016년, 환자 수 기준)	120
〈표 2-3-11〉 50세 이상 치매 연령별 유병률	122

〈표 2-3-12〉 50세 이상 뇌출혈 연령별 유병률	124
〈표 2-3-13〉 50세 이상 뇌경색증 연령별 유병률	126
〈표 2-3-14〉 50세 이상 기타 뇌졸중 연령별 유병률	128
〈표 2-3-15〉 50세 이상 뇌혈관질환 연령별 유병률	130
〈표 2-3-16〉 50세 이상 파킨슨병 연령별 유병률	132
〈표 2-3-17〉 50세 이상 기저핵의 기타 퇴행성 질환 연령별 유병률	134
〈표 2-4-1〉 성, 연령, 지역구별 모집단	140
〈표 2-4-2〉 성, 연령, 지역구별 표본 배분	140
〈표 2-4-3〉 조사 대상자의 인구사회학적 특성	141
〈표 2-4-4〉 단축형 노인우울척도(Short Form Geriatric Depression Scale)	143
〈표 2-4-5〉 노쇠 측정 도구	144
〈표 2-4-6〉 낙상 위험성 자기진단 도구	145
〈표 2-4-7〉 설문 영역 및 설문 내용	147
〈표 2-4-8〉 질적 면담 조사 대상자	149
〈표 2-4-9〉 ‘건강과 노쇠’에 대한 인식을 살펴보기 위한 질문	152
〈표 2-4-10〉 ‘돌봄’에 대한 인식을 살펴보기 위한 질문	153
〈표 2-4-11〉 ‘지역사회 계속 거주(Ageing in Place)’에 대한 인식과 돌봄 서비스 욕구를 살펴보기 위한 질문	154
〈표 2-4-12〉 평소 건강 상태	160
〈표 2-4-13〉 동년배 대비 건강 상태	160
〈표 2-4-14〉 1개 이상의 만성질환을 진단받은 비율	161
〈표 2-4-15〉 만성질환 유병률	161
〈표 2-4-16〉 우울	162
〈표 2-4-17〉 기본적 일상생활 수행 능력	162
〈표 2-4-18〉 도구적 일상생활 수행 능력	162
〈표 2-4-19〉 낙상 위험성	163
〈표 2-4-20〉 노쇠 현황	164
〈표 2-4-21〉 인구학적 특성에 따른 노쇠 현황	165

〈표 2-4-22〉 노쇠 측정의 일치도	165
〈표 2-4-23〉 흡연 경험	166
〈표 2-4-24〉 현재까지의 총 흡연량	166
〈표 2-4-25〉 현재 흡연 여부	166
〈표 2-4-26〉 음주 경험	167
〈표 2-4-27〉 음주 빈도	167
〈표 2-4-28〉 1회 음주량	168
〈표 2-4-29〉 일주일 1회 이상 규칙적 운동 미실시	168
〈표 2-4-30〉 규칙적 운동을 하지 못하는 가장 큰 이유	169
〈표 2-4-31〉 근력운동 일수	169
〈표 2-4-32〉 부적절한 식이 습관	171
〈표 2-4-33〉 노쇠 수준에 따른 평소 건강 상태(불건강)	172
〈표 2-4-34〉 노쇠 수준에 따른 동년배 대비 건강 상태(불건강)	173
〈표 2-4-35〉 만성질환 진단 개수	173
〈표 2-4-36〉 우울	174
〈표 2-4-37〉 노쇠 수준에 따른 기본적 일상생활 수행 능력(기능 문제)	175
〈표 2-4-38〉 노쇠 수준에 따른 도구적 일상생활 수행 능력(기능 문제)	175
〈표 2-4-39〉 노쇠 수준에 따른 낙상 위험성(낙상 위험군)	176
〈표 2-4-40〉 노쇠 수준에 따른 일주일 1회 이상 규칙적 운동 미실시	176
〈표 2-4-41〉 노쇠 수준에 따른 근력운동 일수	177
〈표 2-4-42〉 노쇠 수준에 따른 부적절한 식이 습관	178
〈표 2-4-43〉 응급실 이용, 입원, 외래 방문 경험	179
〈표 2-4-44〉 건강검진 경험	179
〈표 2-4-45〉 미충족 의료 경험	180
〈표 2-4-46〉 주로 방문하는 의료기관(단골 병원)	181
〈표 2-4-47〉 주로 방문하는 의료기관(단골 병원)의 유형	181
〈표 2-4-48〉 주로 방문하는 의사(단골 의사)	181
〈표 2-4-49〉 단골 병원이나 단골 의사와 상담 후, 다른 의료기관 이용 경험	182

〈표 2-4-50〉 단골 병원이나 단골 의사의 건강 문제 해결 능력에 대한 평가	182
〈표 2-4-51〉 의료 이용(진료과) 결정을 위한 정보 경로	183
〈표 2-4-52〉 병원 제공 안내문 및 자료의 이해를 위한 타인의 도움 필요도	183
〈표 2-4-53〉 약 봉투 및 복약 안내서의 내용 이해 어려움	184
〈표 2-4-54〉 노쇠 수준에 따른 응급실 이용, 입원, 외래 방문 경험	185
〈표 2-4-55〉 노쇠 수준에 따른 건강검진 경험	185
〈표 2-4-56〉 돌봄자 수 및 평균 돌봄 시간	186
〈표 2-4-57〉 돌봄자와 돌봄 수혜자와의 관계	187
〈표 2-4-58〉 돌봄자 수와 관계에 따른 돌봄 시간의 차이	191
〈표 2-4-59〉 공식 돌봄과 비공식 돌봄의 평균 시간	192
〈표 2-4-60〉 수혜자의 사회경제적 특성 및 건강 상태에 따른 돌봄 시간	194
〈표 2-4-61〉 인구사회학적 특성에 따른 돌봄 여부 분석	198
〈표 2-4-62〉 돌봄 수혜자와 비수혜자의 평균 연령 및 소득 비교	199
〈표 2-4-63〉 돌봄 수혜자와 비수혜자의 건강 상태 및 의료 이용 비교	200
〈표 2-4-64〉 돌봄의 요구 영역: 총 응답자와 돌봄 수혜자 간의 비교	201
〈표 2-4-65〉 수혜자가 선호하는 향후 돌봄 형태	204
〈표 2-4-66〉 노쇠 수준과 돌봄 이용 시간	205
〈표 3-1-1〉 질적 면담 조사 설계: 심층 면담(In-depth interview)	225
〈표 3-2-1〉 지바대학교 병원의 노인 환자 대상 주요 평가 항목	243
〈표 3-2-2〉 지바대학교 병원의 노인 환자 대상 결과 평가 항목	243
〈표 3-3-1〉 대퇴골 골절 환자에게 사용할 노인포괄기능평가 도구	260
〈표 3-3-2〉 시범 사업의 개요	264
〈표 3-4-1〉 연구 대상자(환자) 특성	280
〈표 3-4-2〉 질적 면담 조사 가이드라인 설문지(환자용)	281
〈표 3-4-3〉 고령의 골절 환자 병원 서비스 이용 경험 면담 결과 분석	283
〈표 3-4-4〉 연구 대상자(의료인 등 전문가) 특성	292
〈표 3-4-5〉 질적 면담 조사 가이드라인 설문지(의료인 등 전문가)	293
〈표 3-4-6〉 의료인 등 전문가 면담 분석 결과	294

〈표 3-4-7〉 급성기 의료기관 노인 친화적 진료 제공 체계의 주요 역할	296
〈표 4-2-1〉 보건사회연구원, 연세대의료원 및 법제연구원 워크숍 개최 내용	343
〈표 4-4-1〉 영국의 의료보장법제의 기본적 특징	372
〈표 4-4-2〉 영국의 2014년 케어법(Care Act 2014)	379
〈표 4-4-3〉 2013년 영국 케어 서비스의 이용자 수(종별, 65세 이상)	380
〈표 4-4-4〉 딜노트 보고의 내용	383
〈표 4-4-5〉 고령자의 국가 서비스 체계의 기본 방침	390
〈표 4-4-6〉 치매와 함께 생활하기: 치매 국가 전략	390
〈표 4-4-7〉 수상의 치매에 대한 도전 프로그램	391
〈표 4-4-8〉 일본의 의료·개호보장법제 개혁	394
〈표 4-4-9〉 2016년 종합확보방침의 개정 사항	414
〈표 4-4-10〉 2018년 진료 보수 개정을 위한 주요 검토 항목	417
〈표 4-4-11〉 퇴원 지원이나 관계자 및 관계기관의 연계를 위해 제공하는 서비스(의료보험) ...	419
〈표 4-4-12〉 퇴원 지원이나 관계자 및 관계기관의 연계를 위해 제공하는 서비스(개호보험) ...	419
〈표 4-5-1〉 건강권과 관련한 헌법상의 기본권 목록	425
〈표 4-5-2〉 보건의료 및 복지 서비스와 관련한 법률 체계	429

그림 목차

[그림 1-1-1] 노인의 2000년~2010년 건강수명	19
[그림 1-1-2] 최근 노인 진료비 및 구성비	20
[그림 1-1-3] 연령에 따른 신체적 기능 변화	21
[그림 2-2-1] 노화의 궤적 도식도	36
[그림 2-2-2] 노쇠의 경로	37
[그림 2-2-3] 노쇠의 생리학적 과정	38
[그림 2-2-4] 노쇠, 장애, 동반 질환의 벤다이어그램	38
[그림 2-2-5] 영국 보건복지 체계	46
[그림 2-2-6] 새로운 통합 서비스 제공 모형 제안을 위한 WSIC의 10단계	55
[그림 2-2-7] 호주 홈 케어 패키지 프로그램(HCPP) 제공 절차	61
[그림 2-2-8] 연방정부 재가 지원 프로그램(CHSP) 제공 절차	62
[그림 2-2-9] Fir for frailty의 노인포괄평가	64
[그림 2-2-10] 후기 노령기 기능적 감퇴 양상(일본 노인 대상 20년 추적 연구)	69
[그림 2-2-11] 노인포괄평가 내용	72
[그림 2-2-12] 구사쓰 정의 건강수명 변화	73
[그림 2-2-13] 노인포괄평가 결과 변화	73
[그림 2-2-14] 구사쓰 정의 장기요양보험 서비스 수혜자 비율 변화	74
[그림 2-2-15] SPRINTT 프로젝트의 수행 체계	77
[그림 2-2-16] 지역사회 통합 건강증진 사업 체계도	83
[그림 2-2-17] 울산 동구 낙상 예방 사업 전략 개발도	87
[그림 2-2-18] 울산 동구 낙상 예방 관리 프로세스	88
[그림 2-2-19] 강원 고성군 보건소 사업 투입 인력	90
[그림 2-2-20] 건강생활지원센터 개념 도식도	92
[그림 2-2-21] 찾아가는 동주민센터 비전 및 목표	95
[그림 2-2-22] 방문건강관리 사업 서비스 제공 흐름도	96
[그림 2-2-23] 노인의 노화의 흐름	97

[그림 2-2-24] 대상자 상태별 적용 프로그램의 실제	98
[그림 2-3-1] 65세 이상 치매 유병률(2006-2016)	122
[그림 2-3-2] 65세 이상 뇌출혈 유병률(2006-2016년)	124
[그림 2-3-3] 65세 이상 뇌경색증 유병률(2006-2016년)	126
[그림 2-3-4] 65세 이상 기타 뇌졸중 유병률(2006-2016년)	128
[그림 2-3-5] 65세 이상 뇌혈관질환 유병률(2006-2016년)	130
[그림 2-3-6] 65세 이상 파킨슨병 유병률(2006-2016년)	132
[그림 2-3-7] 65세 이상 기저핵의 기타 퇴행성 질환 유병률(2006-2016년)	134
[그림 2-4-1] 노쇠 현황 비율	164
[그림 2-4-2] 지역사회 독거노인의 돌봄 제공자	188
[그림 2-4-3] 일차 돌봄 제공자와 수혜자의 관계: 현재 제공하는 경우와 향후 도움이 필요할 경우 예상되는 돌봄 제공자 비교	189
[그림 2-4-4] 현재 일차 돌봄자에 의해 도움을 받는 영역	195
[그림 3-1-1] 연구 수행 체계	226
[그림 3-2-1] 캐나다 온타리오주 노인 친화적 병원의 프레임워크	231
[그림 3-2-2] 캐나다 온타리오주 노인 친화 병원의 전략	233
[그림 3-2-3] 다약제 회진 결과	238
[그림 3-2-4] 다약제와 노쇠 인지도 조사 결과	239
[그림 3-2-5] 지바대학교 병원의 노인 환자 대상 프로젝트 의의	241
[그림 3-3-1] 2007-2012년 고관절 골절로 치료를 받은 환자 수	254
[그림 3-3-2] 2007-2012년 고관절 골절로 치료를 받은 연령대별 환자 수	254
[그림 3-3-3] 2007년부터 2012년까지 노인 고관절 골절 환자의 연령대별 변화 추세	255
[그림 3-3-4] 노인의 수술 전후 위험 요인	256
[그림 3-3-5] 대퇴골 골절 환자에게 사용되는 수술 전 위험도 평가 도구	259
[그림 3-3-6] 노인 골절 환자의 치료 성숙 단계	261
[그림 3-3-7] 정형외과와 노년내과에서 노인 골절 환자의 치료 생존율 비교	262
[그림 3-3-8] 노인 대퇴골 골절 환자 CP 개발 예시	263

[그림 3-3-9] 국내 타 병원의 고관절 수술 환자 동반 질환 및 수술 위험도 (ASA) 비교	268
[그림 3-3-10] 시범 사업 결과	269
[그림 3-4-1] 병원 서비스 모형 개발 5단계	303
[그림 3-4-2] 노인 골절 환자 경로	305
[그림 3-4-3] 노인 골절 환자 의료 서비스 제공 모형	308

Abstract <<

Health Status and Integrated Care for Elderly People: Focused on Healthcare

Project Head · Kim, Nam-Soon

Korea faces a super-aged society. Considering comorbid multiple diseases of the elderly, the integrated medical and social care are required. However, healthcare system of Korea is fragmented and is not coordinated with social care.

Therefore, this study aimed to a) identify frailty among the elderly living in a community, b) explore frailty prevention and management schemes, c) explore hospital-based senior friendly healthcare service delivery models, and d) review laws and regulations related to the senior friendly healthcare & social care services.

For this purpose, we reviewed existing literature and conducted site visits(UK and Japan) to understand their senior friendly healthcare services. In addition, we conducted a survey and individual interviews to examine the frailty status of the elderly in Daejeon City. We also conducted a pilot demonstration project to test integrated medical services provision for the elderly with hip fractures in Yonsei Severance Hospital.

Co-Researchers: Park, Eun-ja · Jun, Jina · Seo, Jaehee · Jung, Youn · Rhee, Yongjoo · Kim, Chang Oh · Kim, Kwang Joon · Kim, So Yoon · Suk, Hee Tae · Hong, Songmin · Wang, Seunghye · Jang, Min-Sun · Kawakubo, Hiroshi · Song, Eunsol · Cha, Mi Ran · Bae, Jungeun · Lee, Donghyun · Beck, Sang Sook · Yang, Ji Hyun · Lee, Ji Yeon · Baek, Seungju

Lastly, we held an international symposium to share experiences on healthcare policies for the elderly.

This study found that health status of the elderly is dynamic. Findings of this study highlights the importance of frailty prevention and management and senior friendly healthcare services in both community and medical settings. This study also draws attention to develop concrete policies to strengthen the integrated and coordinated healthcare services for the elderly.

Finally, this study proposed 9 policy tasks. Tasks are to 1) increase acknowledgement of general population on healthy ageing and frailty, 2) redesign senior-friendly services based on the level of frailty, 3) establish senior friendly hospital environment at national level, 4) strengthen the capacity of healthcare workers to provide better services, 5) expand manpower to provide integrated and coordinated services in medical institutions, 6) establish comprehensive healthcare centers in community, 7) have a better information system, 8) restructure health policy system and financing, 9) revisit laws and regulations needed for comprehensive care for the elderly.

1. 연구의 배경 및 목적

□ 연구 배경

- 의학과 기술의 발전으로 수명이 연장되어 고령 인구가 증가하였으며, 인구 고령화로 인해 만성질환 유병률과 의료비가 증가하는 추세임.
- 고령화 시대의 노인에게는 단순히 오래 사는 것이 아니라 최대한 노쇠를 지연하여 건강하고 행복하게 사는 것이 중요하며, 이를 바탕으로 ‘건강노화’의 개념이 제시되었음.
- 건강노화를 달성하기 위해서는 노인 친화적 보건의료 및 복지 서비스 제공이 필요하며, 제공되고 있는 서비스 간 연계를 통해 통합적인 보건의료 복지 서비스 제공 모형을 구축할 필요가 있음.

□ 연구 목적

- 고령화 시대의 노인건강 현황을 분석하고 지역사회와 의료기관의 노인 친화적 보건의료 서비스 제공 방안을 제시하고, 이를 위한 법제적 발전 방안을 제시하고자 함.

2. 주요 연구 내용과 방법

- 본 연구는 한국보건사회연구원의 주관 하에 상급종합병원(연세대학교 세브란스병원)과 한국법제연구원의 참여로 진행하였음.
- 지역사회 노인 친화적 보건의료 및 복지 서비스 제공 방안(제2부)
 - 건강노화와 노쇠에 대한 이론적 고찰을 통해 노인건강을 바라보는 관점을 정립하고 노쇠의 개념과 측정 방법, 중재 방안 등을 정리하였음.
 - 국외 보건복지 통합 서비스 사례 및 노쇠 중재 사례와 국내의 지역사회 노인 건강증진 프로그램 등을 고찰하여 정리하였음.
 - 건강보험 청구 자료를 활용하여 노인 질병 현황과 노인장기요양보험 대상 질병의 유병률 변화를 분석하였음.
 - 지역사회 거주 노인을 대상으로 설문 조사 및 질적 면담 조사를 수행함.
- 급성기 의료기관 중심 노인 친화적 보건의료 서비스 제공 방안(제3부)
 - 의료기관의 노인 친화적 서비스에 대한 캐나다, 일본 등의 국외 사례 고찰을 통해 시사점을 도출하였음.
 - 복합적 건강 요구를 가진 노인 환자에 대한 급성기 병원에서의 표준 진료 지침을 개발하였음.
 - 개발된 표준 진료 지침을 바탕으로 급성기 의료기관 중심의 노인 진료 제공 체계 시범 사업 운영 방안을 수립하고 시행하였음.

□ 보건의료 및 복지 서비스 통합을 위한 법제도 개선(제4부)

- 노인 건강권에 대한 논의를 헌법과 선행 연구 검토를 통해 정리하였으며, 개별 법령 검토를 통해 지역사회 공동체에 속한 노인들을 대상으로 보건의료 및 복지 서비스를 통합적으로 제공하는 문제를 고찰하였음.
- 지역 중심 보건의료 및 복지 서비스 제공을 구축하고 있는 영국과 일본의 법제를 비교법적 연구방법론으로 분석하여 우리 법제의 문제점을 심층적으로 진단하고 개선 방안을 도출하였음.

3. 연구 결과

□ 지역사회 노인 친화적 보건의료 및 복지 서비스 제공 방안(제2부)

- 건강노화의 초점과 전략
 - 노인의 건강 문제는 복합적으로 나타나며, 후기 노인은 전기 노인에 비해 복합 만성질환자의 비율이 높고, 내적 역량이 감소하는 노쇠 현상을 보이게 됨.
 - 건강노화를 위한 지역사회 노인 대상 서비스는 노쇠를 예방하고 관리하여 신체적, 정신적 역량 감소를 방지하는 데 초점을 두어 노인이 익숙한 곳에서 독립적 생활을 할 수 있도록 지원해야 하며, 이를 위해서는 지역사회 내의 보건의료와 돌봄 서비스가 연계되어야 함.
- 국외 노인 대상 보건복지 서비스 현황 및 시사점
 - 영국에서는 지역 내에서 보건 서비스와 복지 서비스를 통합적

6 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

으로 제공하기 위해 지역에 맞는 통합 모형을 제시하고 보건과 복지의 예산을 통합하는 등의 노력을 하였으며, 호주 또한 노인 대상 보건복지 통합 서비스를 연방정부 차원에서, 의료 중심의 통합 서비스를 주 정부 차원에서 제공하고자 다양한 시도와 노력을 지속하고 있음.

- 미국, 유럽 등 여러 국가에서 노쇠에 관한 연구가 활발히 수행되고 있으며, 지역사회에서의 노쇠중재사업을 개발하고 시행하여 효과를 모니터링하고 있음.

○ 국내 노인 대상 보건복지 서비스 현황 및 시사점

- 국내에서는 국민건강보험공단, 보건소 등 다양한 주체가 지역사회 노인 대상 서비스를 제공하고 있으나 프로그램 내용이 유사하고 사업 대상자가 중복되어 효율성이 떨어지고, 지역의 사업 운영에 자율성이 보장되지 않는 등 한계점이 지적되어 있음.
- 개선을 위해서는 사업 내용을 구체화하여 중복 참여를 방지하고, 지역의 특성과 지역사회 내 노인의 요구를 반영하여 통합적이고 지속적인 사례 관리 형태로 서비스가 제공되어야 함.

○ 노인 연령별 다빈도 질환 및 유병률 변화

- 연령군별 외래 및 입원 이용의 다빈도 질환 분석 결과 50~60대 중장년층에서는 근골격계 질환과 백내장, 70대 노인에서는 뇌경색증, 협심증, 80대 이상 초고령 노인에서는 치매, 폐렴, 대퇴골 골절이 다빈도 질환으로 나타남. 연령군별 다빈도 질환의 차이는 연령 증가에 의한 건강 수준과 질병 양상 변화의 결과로 보이며, 노인이 단일한 집단이 아님을 인식하고 초고령 노인의 질병 현황을 고려한 정책 수립이 필요함.

- 주요 노인장기요양보험 대상 질병의 유병률 변화를 살펴본 결과 65세 이상 노인에서 치매, 뇌출혈, 뇌경색증, 뇌혈관질환, 파킨슨병의 유병률이 지속적으로 상승하였으며, 유병률의 증가는 의료 이용 및 보건복지 서비스 수요 증가로 이어질 수 있기에 질병의 예방과 관리에 대한 관심이 필요함.

○ 노쇠와 의료 및 돌봄 서비스 이용에 대한 설문 조사와 질적 면담 조사

- 지역사회 노인들은 건강을 가장 중요한 가치로 인식하고 있었으며, 노쇠는 신체적으로 건강하지 못할 뿐 아니라 정신적으로 약해지고 자신감이 떨어진 상태라고 인식하였음.
- 노쇠 및 전노쇠 상태인 노인의 비율은 여성에서, 연령이 증가할수록, 그리고 배우자가 없는 경우에 더 높았으며, 노쇠한 노인은 전노쇠 및 비노쇠 노인에 비해 만성질환 유병률이 높고, 정신건강 측면, 일상생활 수행 능력이 저하되어 있음.
- 본 연구에서 살펴본 지역사회 노인의 일부는 사회경제적 취약성과 더불어 신체적, 정신적으로 낮은 건강 상태와 노쇠라는 이중의 부담에 노출되어 있었으나 이를 예방하기 위한 운동, 식생활 개선 및 건강검진 등 개인 수준의 관리가 제대로 이루어지고 있지 않았음.
- 노인의 기능적 자립을 유지하기 위해 노쇠를 예방하기 위한 노력이 필요하며, 노인의 노쇠 정도를 스크리닝하고 노쇠 정도에 따라 다양한 방법으로 접근해야 함. 이를 위해 지역사회 내 자원들의 연계와 조정이 필요하며, 공적 지원 체계에 대한 노인들의 인지도와 접근성을 향상시켜야 함.

□ 급성기 의료기관 중심 노인 친화적 보건의료 서비스 제공 방안(제3부)

○ 노인 친화적 의료 서비스를 제공하는 국외 사례 고찰

- 캐나다 온타리오주에서는 노인 환자의 병원 이용과 관련된 문제점을 해결하기 위해 전체 병원이 다섯 가지 프레임워크를 기반으로 하는 노인 친화 병원 프로젝트를 진행함.
- 일본에서는 의료기관 내에 고령자 의료센터를 설립하여 센터로 의뢰된 노인 환자의 의료적인 부분과 정신 및 사회적 상황, 노쇠와 다약제에 대해 평가하고 이를 각 진료과와 주치의에게 전달하여 진료에 반영하고 있음.

○ 급성기 의료기관 노인 고관절 골절 환자 시범 사업

- 다학제 간 협진이 필요한 환자군으로 대퇴골 골절 환자를 선정하여 정형외과에서 노년외과에 협진을 의뢰하여 노인포괄기능평가와 마취 관련 내과적 전 처치를 진행하였음.
- 총 31명의 환자를 대상으로 시범 사업을 시행하고 정형외과의 환자 대조군과 시범 사업 대상군의 5가지 지표(입원 기간, 집으로 퇴원, 1개월간 자가 활동 가능 여부, 수술 1개월 이내 재입원, 중환자실 입원)를 비교한 결과, 입원 기간을 제외한 4가지 항목에서 시범 사업 대상군의 결과 지표가 좋게 나타남.
- 시범 사업 결과 노인 친화적 표준 진료 지침의 적용이 환자의 치료 효과를 높이는 데 기여하는 것을 확인하였음. 추후 노인 친화적 서비스에 대한 교육 프로그램을 개발하고, 연속적으로 관리하기 위해 환자와 가족의 질환 관리 역량을 높여 나가야 함.

○ 노인 친화적 의료 서비스 제공 모형 개발을 위한 질적 면담 조사

- 노인 친화적 의료 서비스 제공 모형 개발을 위해 의료인(서비

스 제공자), 고령의 대퇴골 골절 환자(서비스 이용자), 전문가를 선정하여 질적 면담 조사를 실시함.

- 면담을 통해 환자와 보호자는 병원 조직 환경과 의료 인력이 노인 친화적으로 바뀌기를 요구하였고, 한 의료기관에서 포괄적인 케어를 받고, 퇴원 계획을 세우며 퇴원 이후 필요한 정보를 얻고, 기능 회복을 위한 의료적 처치를 받고자 함을 확인하였음.
- 의료인과 전문가 면담에서는 의료기관에서 의료 종사자의 역할을 구체화해야 하고, 병원 종사자의 노인 친화적 서비스에 대한 인식 개선이 필요하다고 하였으며, 고령 환자 대상의 포괄적 평가를 통해 적절한 중재를 하고 수술 전에 문제점 진단 및 평가를, 수술 후 기능 저하의 문제를 진단하여 재활 계획 및 퇴원 계획을 수립하는 다학제 팀과 전원기관과 협력 및 외래를 통해 기능 개선을 평가하는 인력이 필요함을 도출하였음.

○ 노인 친화적 의료 서비스 제공 모형 개발

- 노인 환자의 경우 질환 중심적 접근이 아니라 복합적 건강문제를 관리하는 다학제적 의료 서비스가 필요하며, 노인 환자의 내원부터 퇴원까지의 흐름에 따라 구성된 ‘노인 친화적 의료 서비스 제공 모형’을 개발하였음.
 - 1단계, 노인 환자에 대한 포괄적 평가를 수행
 - 2단계, 노쇠 관리를 포함한 다학제적 의료 서비스를 제공
 - 3단계, 일반 성인과 비교하여 퇴원 준비 및 전환 의료 제공
- 노인 친화적 의료 서비스를 제공하는 과정에서 지켜야 할 원칙으로 1) 의료기관 차원의 조직적 지원, 2) 환자 중심 진료, 3)

다학제적 협진, 4) 근거기반 서비스 제공을 제시함.

- 노인 대상 진료가 성공하기 위해서는 1) 노인 진료에 관한 전문 인력, 2) 의사소통, 3) 적절한 의료기술 활용, 4) 평가 체계를 통한 관리가 필요함.

○ 정책적으로는 노인 분류의 재고, 지불 정책 개선, 노인 친화적 서비스에 대한 홍보와 인식 개선이 필요함.

- 생활수준의 향상, 의료기술의 발전, 평균수명 연장이 지속되고 있어 65세 이상을 노인으로 분류했던 것을 재고해야 함.
- 현재 의료비 지불 제도는 노인 친화적 진료 행위에 따른 보상을 하지 못하고 있으므로 외국의 노인 친화적 서비스에 대한 지불 정책을 고찰하고 개선 방안을 제시해야 함.
- 노인 친화적 서비스에 대한 인식 개선이 필요함. 시범 사업에서 수행한 노인포괄평가의 경우 환자와 보호자들이 이를 단순한 치매 검사로 오해하는 경우가 많았음. 병원을 이용하는 고령 환자를 대상으로 노인포괄평가, 퇴원 계획과 같은 노인 친화적인 서비스들에 대하여 지속적으로 홍보할 필요가 있음.

□ 보건의료 및 복지 서비스 통합을 위한 법제도 개선(제4부)

○ 노인의 건강권은 헌법상 명시적으로 규정되어 있지는 않으나 헌법 제36조 제3항을 중심으로 그 근거를 도출할 수 있으며, 건강은 다른 여러 기본권을 실질적으로 향유하기 위한 선결 요건임.

- 자유권으로서의 건강권은 국가에 의한 건강 침해의 배제를 주요 내용으로 하며, 사회권으로서의 건강권은 국민 건강을 위한 국가의 적극적 정책을 요구함. 노인의 건강권을 구체화하는 데

는 입법 및 정책 결정의 역할이 중요하며, 기본권 보장의 취지를 적극적으로 실현할 수 있도록 해야 함.

- 국내에서는 노인의 건강권에 대해 의료보장법제 및 사회복지법제 전반을 통해 보장하고 있으며, 의료보장법제는 의료 제공 체계에 관한 법제와 자원 조달 체계에 대한 법률로 구분할 수 있음.
- 영국과 일본 등 국외 사례를 검토한 결과로 볼 때 보건의료 및 복지 서비스의 통합을 위한 새로운 자원 조달 방법으로 기존 수가 제도의 한계를 극복하기 위한 기금의 설치를 고려할 필요가 있음.
 - 영국은 NHS와 지방자치단체가 함께 활동하기 위한 공동자금을 설치하고, ‘케어와 지원 재정에 관한 위원회’를 조직하였으며, 2012년에는 케어와 지원 재정에 관한 백서를 발표하였으며, 2014년 케어법을 수립함.
 - 일본에서도 보건의료와 개호 서비스의 종합적인 자금 확보를 위해 최근 법 개정을 통하여 지역의료개호종합확보기금을 설치하고, 의료보험법제를 포함한 보건의료 및 복지에 관한 자원 조달 체계의 지속적이고 안정적 운영을 도모하고 있음.
- 보건의료 및 복지 서비스 제공을 위한 법적 제도화는 헌법상의 기본권 보장 측면에서 보건의료기본법 및 의료보장법제, 사회복지 서비스 전반의 상호 연계와 조정 속에서 세대 간의 형평을 보장하면서 전개되어야 하며, 개별 법령 제정보다는 보건의료기본법 등 기존 법령을 활용하여 노인을 포함한 모든 국민이 보건의료 및 복지 서비스를 통합적으로 이용할 수 있는 기반을 구축해야 함.

4. 결론 및 시사점

- 건강노화 정책의 핵심은 노인의 신체적, 정신적 역량을 보존하고 ‘ageing in place’가 가능하도록 지역사회와 의료기관 모두에서 노인 친화적 보건의료 서비스를 제공하는 것임.
- 연구 결과를 근거로 국내 지역사회와 급성기 의료기관의 노인건강 관련 서비스 개선이 필요한 9대 과제를 제안함.
 - 첫째, 건강노화가 가지는 의미와 노쇠 관리를 포함한 노인 친화적 보건의료 서비스에 대한 노인 및 보건의료 인력의 인식을 개선해야 함.
 - 둘째, 지역사회 노인 건강관리 서비스는 노쇠 단계에 따른 서비스 제공, 보편적 서비스 제공, 돌봄 서비스와의 연계를 원칙으로 재설계하여 제공해야 하며, 이를 위해 지역사회에서 노쇠 관리를 포함한 건강관리 서비스 시범 사업을 추진해야 함.
 - 셋째, 급성기 의료기관에는 노인 친화적 의료 서비스를 제공할 수 있도록 서비스 내용과 조직, 환경을 재설계해서 제공해야 하며, 이를 위해 국가적 수준에서 노인 친화적서비스 제공병원 시범 사업을 추진해야 함.
 - 넷째, 지역사회의 의료기관 모두 노쇠 관리와 노인 친화적 의료 서비스를 제공할 인력이 부족하므로 노인 건강관리 전문 공중보건 인력과 의료 인력을 양성하기 위해 교육훈련 프로그램과 제도를 마련해야 함.
 - 다섯째, 급성기 의료기관에서 퇴원 환자의 추적 관리와 함께 다른 의료기관 및 시설과의 연계를 전담하는 조직과 인력을 두어야 함.

- 여섯째, 지역노인포괄케어센터를 시·군·구별로 설치하여 노쇠 관리에 초점을 둔 노인 건강관리 서비스 제공을 관리하고 의료 서비스, 돌봄 서비스 연계 및 조정을 담당하도록 해야 함.
- 일곱째, 노인건강 관련 정보와 이용 기관, 시설 등에 대한 정보 시스템을 구축해야 함(예: NHS Direct).
- 여덟째, 지역사회와 의료기관 모두 노인 친화적 서비스에 대한 정책 관리 시스템을 구축하고 관련 재원을 마련해야 함.
- 아홉째, 지역사회 중심의 보건의료 및 복지 서비스 체계의 기반 구축을 목표로 하여 법개정을 추진해야 함.

*주요 용어: 건강, 노쇠(frailty), 통합 케어(integrated care)

제 1 부

연구 개요

제 1 장

서론

제1절 연구 배경과 목적

제2절 연구 내용과 추진 체계

제1절 연구 배경과 목적

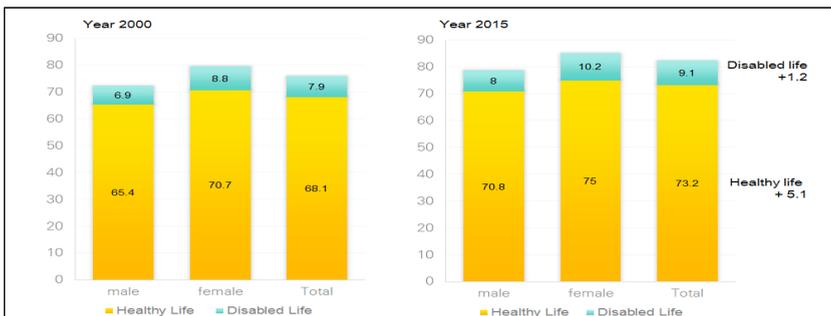
1. 연구 배경

- 노인건강 수준과 의료 이용 변화

전 세계적으로 의학과 기술이 발전하면서 인간의 수명이 연장됨에 따라 많은 사람들이 100세 이상 살아가는 시대로 접어들었다. 우리나라는 2015년 기준 65세 이상 인구가 657만 명, 고령자 가구는 372만 가구로 전체 가구의 19.5%를 차지한다(통계청, 2016).

사회 여건이 좋아지면서 건강수명이 늘어나고 있다. 한국의 건강수명은 2000년에 여자 70.7세, 남자 68.1세에서 2015년에는 여성 75세, 남성 73.2세로 증가하였다(WHO, 2016). 이는 현재의 65~75세 노인은 10년 전의 같은 나이 노인보다 건강 수준이 높다는 것을 의미한다(그림 1-1-1).

[그림 1-1-1] 노인의 2000년~2010년 건강수명



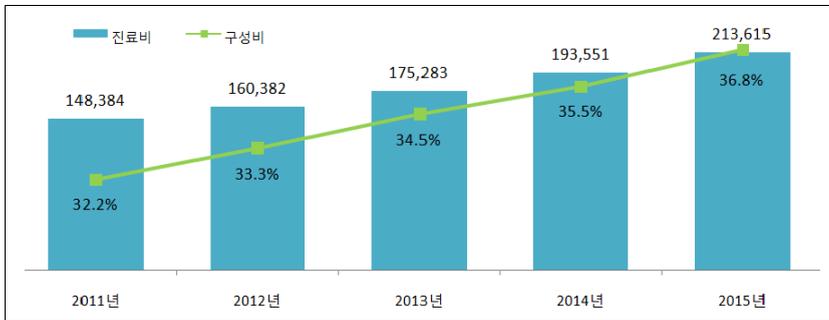
자료: WHO. (2016. 6. 29.). Healthy life expectancy(HALE) Data by country. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HALE?lang=en>에서 2017. 3. 16. 인출.

20 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

인구 고령화로 인해 만성질환 유병률이 증가하게 된다. 65세 이상 노인 인구 중 20.7%가 2개 이상의 만성질환을 갖고 있으며, 60.5%가 3개 이상의 만성질환을 보유하고 있다. 치매에 관한 조사 결과에 의하면 2012년 치매 유병률은 9.18%이며, 환자 수도 2012년 약 54만 명에서 2030년에는 약 127만 명, 2050년에는 약 271만 명으로 20년마다 약 2배씩 증가할 것으로 추정된다(보건복지부, 2013).

노년기에는 여러 신체 기관의 예비 용량이 급격히 저하되어 항상성 유지가 불가능해져 장애, 입원, 사망 등의 발생 위험이 높아지며 의료비도 상승하게 된다. 건강보험 진료비 통계에 의하면 2015년 국내 65세 이상 노인 인구 진료비는 21조 3615억 원으로 전체 진료비의 36.8%를 차지하고 있다(그림 1-1-2).

[그림 1-1-2] 최근 노인 진료비 및 구성비



자료: 건강보험심사평가원. (2016). 2016년 3분기 진료비통계지표. <http://opendata.hira.or.kr/op/opc/selectStcPblc.do?sno=11302&odPblcTpCd=001&searchCnd=&searchWrd=&pageIndex=1>에서 2017. 3. 11. 인출.

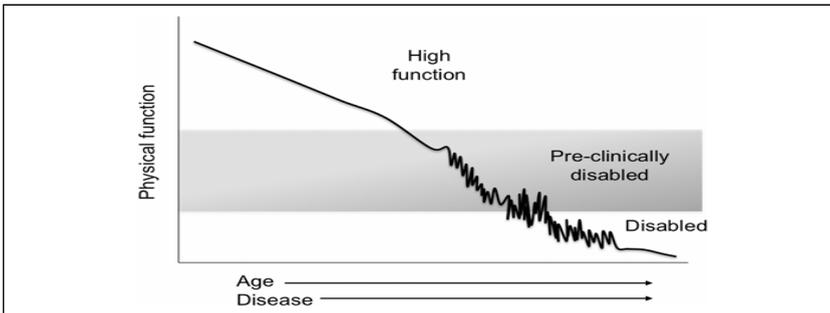
- 건강노화 개념과 노쇠 관리 필요성

고령화 시대를 사는 노인에게 중요한 것은 단순히 오래 사는 것이 아니라 최대한 노쇠를 지연하고 건강하고 행복하게 사는 것이다. 세계보건기구(WHO: World Health Organization)는 건강노화(healthy ageing)를 다음과 같이 정의하였다(WHO, 2015, p. 28).

“노인의 웰빙(wellbeing)을 가능하게 하는 기능적 능력(functional ability)을 개발하고 보존하는 과정.¹⁾”

노화 과정을 경험하면서 개별 노인의 내적 역량과 기능적 능력은 어떤 궤적을 그리게 된다. 이를 크게 구분하면 독립생활이 가능할 정도로 기능이 좋은 단계, 신체적 정신적 기능이 약화된 단계, 상당한 정도로 신체적 정신적 기능이 손상된 단계로 나눌 수 있다.

[그림 1-1-3] 연령에 따른 신체적 기능 변화



자료: Manini, T. (2011). Development of physical disability in older adults. p. 191.

1) 기능적 능력(functional ability)을 보존하는 데는 각 개인의 신체적 정신적 역량을 포괄하는 내적 역량(intrinsic capacity)이 중요하다. 노화 과정을 거치면서 노인의 근육량이 감소하고 골감소증 등이 발생하여 신체적 정신적 역량이 떨어지는 노쇠(frailty) 상태가 된다.

노쇠는 노화 과정과 만성질환 증가에 따른 신체 역량 감소로 스트레스에 적절히 대응하지 못하는 취약한 상태를 말하며, 노쇠 상태가 되면 체중 감소, 피로나 보행 속도 혹은 악력이 저하되는 증상 등이 나타난다.

국내 연구를 살펴보면 후기 노인은 전기 노인보다 만성질환과 우울감이 증가하고 일상생활 수행 능력이 저하되어 의존성이 증가한다. 80세 이상 초고령 노인에서는 허약, 질병 등으로 활동 제한이 증가하고, 보건의료 서비스 및 돌봄 서비스 요구가 증가하게 된다는 것이다(이미란, 2012, pp. 280-290).

이처럼 노쇠 상태에 접어든 노인은 독립적 생활이 어렵게 되며 신체장애, 입원, 사망 위험이 높아지게 된다. 폐렴이나 골절 등의 치료에서 노쇠 정도에 따라 입원 기간과 의료비가 증가하게 된다. 한 연구에서는 노쇠의 주요 요소인 근감소증을 10% 감소시키면 11억 달러의 비용 절감 효과를 얻을 수 있는 것으로 보고하고 있다.

건강노화를 달성하기 위해서는 노쇠 관리 서비스가 필요하다. 노인의 기능이 좋을 때는 신체적 역량을 유지하고 노쇠를 예방해야 하며, 노쇠 전 단계에서는 감소된 신체적 기능을 회복하고 낙상, 뇌졸중 발생을 예방해야 한다. 상당한 정도로 노인의 신체적 역량이 손상되어 노쇠 상태가 된 경우는 상실된 기능을 보완하고 유지할 수 있는 서비스와 환경을 조성할 수 있어야 한다.

- 노인 친화적 보건의료 및 복지 서비스의 필요성

노인건강을 효율적으로 관리할 수 있는 노인 친화적 보건의료 및 복지 서비스 제공이 필요함에 따라 서비스 간 연계, 통합에 대한 논의가 이루어지고 있다. 독립생활이 어려워 요양시설에 입소한 노인에게는 적절한

의료 서비스가 제공되어야 하나 현재 촉탁의 제도만으로는 한계가 존재한다. 지역사회에 거주하고 있는 노인 가운데 장기요양보험 대상자가 되는 경우 돌봄 서비스는 제공받을 수 있으나 방문간호 서비스 제공은 제한적이며 지역사회 보건의료기관이 의료 서비스 제공을 지원하고 있지는 않아서 개선이 필요하다.

종합하면, 고령화 시대를 맞아 이제는 단순히 오래 사는 것이 아니라 건강노화를 성취하는 것이 중요하다. 건강노화를 성취하기 위해 관련 현황을 파악하고 외국 사례, 법제도 현황을 고찰하여 보건의료 및 복지 서비스 제공 모형을 구축할 필요가 있다.

2. 연구 목적

이 과제는 고령화 시대에 적합한 노인건강 현황을 분석하고 보건의료 및 복지 서비스를 제공하는 방안을 단기간에 검토하기에는 무리가 있어 다년도 과제로 기획하였다. 1단계는 보건의료 서비스에 초점을 두었으며, 2단계는 보건의료와 복지 서비스를 종합적으로 검토하기로 계획하였다.

이번 (2017년) 연구 과제의 목적은 보건의료 영역에 초점을 두어 지역사회와 의료기관의 노인 친화적 보건의료 서비스 제공 방안을 제시하는 것으로 하였다.

제2절 연구 내용과 추진 체계

1. 연구 내용

연구보고서는 총 5부로 구성되어 있다.

1부는 전체 연구 과제의 서론으로서 연구 목적과 범위를 소개하였다.

2부는 노인건강 현황과 함께 지역사회 노인 친화적 서비스를 다루었다. 첫째, 건강노화와 노쇠에 대한 이론을 고찰하였다. 둘째, 건강보험 자료를 활용하여 노인의 질병 현황을 분석하였다. 셋째, 국내 지역사회 노인 건강관리에 필요한 의료 및 돌봄 서비스 제공 사례를 비교하였다. 넷째, 국내 지역사회 노인의 노쇠 현황과 의료와 돌봄 서비스 이용의 문제점을 파악하였다. 다섯째, 이를 근거로 지역사회 노인 건강관리 서비스 제공 방안을 제시하는 것이다.

3부는 복합적 건강 문제를 가진 노인 환자를 진료하는 clinical pathway를 개발하고 시범 사업을 실시한다. 이를 바탕으로 의료기관 내 진료와 퇴원 후 서비스의 연속성을 확보할 수 있는 새로운 노인 진료 제공 체계 모형에 관한 발전 방향을 기술하였다.

4부는 노인의 보건의료 및 복지 서비스 제공을 위한 법적 체계의 전체적인 윤곽을 파악하여 이들 간의 구조와 연계를 법 논리적으로 정립하고, 이를 토대로 고령 사회에 적합한 보건의료 및 복지 통합 서비스를 제공할 수 있도록 법체계에 대해 연구하는 내용을 제시하였다.

5부는 지역사회 노인 건강관리와 함께 의료기관의 노인 친화적 의료 서비스 제공 체계, 노인의 보건의료 및 복지 서비스 법체계에 대한 연구 결과를 바탕으로 문제점 진단과 함께 정책 방향을 제시하였다.

2. 추진 체계

이 연구는 새로운 노인 친화적 서비스에 대한 대안을 모색하고자 2개 연도 협동 과제로 추진되었다. 노인건강에 영향을 미치는 다양한 영역의 전문가가 포함되는 것이 바람직하여, 공중보건과 복지, 임상진료, 법학 등에 대한 전공자들이 참여하였다.

이 같은 취지에서 한국보건사회연구원이 연구를 주관하고 있으며, 상급종합병원(연세대학교 세브란스병원)과 한국법제연구원이 참여하고 있다. 3개 기관의 역할은 다음과 같다(표 1-1-1).

〈표 1-1-1〉 기관별 역할

구분	역할
한국보건사회연구원	<ul style="list-style-type: none"> •건강노화와 노쇠에 대한 이론적 고찰 •노인건강 현황 분석 •국내의 지역사회 노인건강 정책과 사례 분석 •노쇠 및 만성질환 현황, 의료 및 돌봄 서비스 이용 현황에 대한 지역사회 조사 및 질적 면담 조사 •지역사회 노인의 건강관리 방안에 대한 정책 방안 제시 •노인 친화적 보건복지 서비스 제공과 관련한 문제점과 정책 방향 제시
연세대학교 세브란스병원	<ul style="list-style-type: none"> •의료기관의 노인 친화적 서비스에 대한 외국사례 고찰 •복합적 건강 요구를 가진 노인 환자에 대한 진료 지침 개발과 시범 사업 수행 •보건의료 전문가 및 노인 환자 대상 질적 면담 조사 •의료기관 중심 노인 환자에 대한 진료 제공 체계 모형에 대한 정책 방향 제시
한국법제연구원	<ul style="list-style-type: none"> •노인의 보건의료 및 복지 관련 법체제와 개별 법령 분석 •노인 건강권에 관한 규범적 기초 고찰 •지역 중심 보건의료 및 복지 서비스 제공을 구축하고 있는 영국과 일본의 법제 분석 •노인건강 증진을 위한 입법 및 정책 제언

제 2 부

지역사회 노인 친화적 보건의료 및
복지 서비스 제공 방안

제 1 장

서론

제1절 연구 배경

제2절 연구 내용

제1절 연구 배경

고령화 시대를 맞아 노인건강 문제는 복합적 성격을 띠어 가고 있다. 10년 전과 비교하여 노인의 건강수명은 증가하였으며, 75세 이상 후기 노인의 건강 문제에 대한 관심이 증가하고 있다. 후기 노인은 만성질환과 우울감이 증가하고 일상생활 수행 능력이 저하되어 보건의료 서비스 및 돌봄 서비스에 대한 수요가 크기 때문이다.

노인은 복합 만성질환을 갖고 있는 경우가 많아서 질병 위주로 진료하는 방식은 적절하지 않다. 또한 질병 치료와 함께 노쇠로 대표되는 신체적 역량을 관리하지 않으면 노인이 추구하는 건강과 삶의 질을 성취할 가능성이 낮다.

건강노화를 달성하기 위한 주요한 전략이 ‘ageing in place’이다. 최 대한 노인 스스로가 익숙한 집과 동네에서 독립적 생활을 할 수 있도록 해야 하며, 그러기 위해서는 지역사회에서 건강 수준에 맞는 보건의료 및 복지 서비스를 받는 것이 요구된다. 이와 같은 맥락에서 II부에서는 연구 목적을 지역사회 노인 친화적 보건의료 및 복지 서비스 제공 방안 탐색에 두었다.

1부에서 기술한 바와 같이 1단계 과제임을 고려하여 노인 친화적 보건의료 서비스에 초점을 두고 이를 충실히 다루었다. 이 과제에서 다루는 복지 서비스는 노인에게 제공되는 돌봄 서비스(personal care)에 초점을 둔 것이다.

제2절 연구 내용

제2부의 연구 목적은 지역사회 노인 친화적 보건의료 및 복지 서비스 제공 방안을 모색하는 것이다. 이 같은 취지에서 다음과 같은 내용을 포함하였다.

2장에서는 노인건강을 바라보는 관점으로 건강노화가 갖는 의미를 고찰하였다. 건강노화의 핵심 요소인 노인의 내적 역량 감소를 나타내는 노쇠에 대해서 병태생리, 측정 방법, 유병률을 고찰하고 노쇠단계에 기반한 중재의 필요성을 기술하였다. 다음으로 외국의 지역사회 노인 건강관리 프로그램을 고찰하였다. 미국, 일본, 영국, 호주 사례를 통해 국내 상황에 주는 시사점을 찾고자 하였다. 마지막으로 현재 국내 지역사회에서 제공되고 있는 노인 대상 보건복지 사업을 고찰하고 의미와 한계점을 고찰하였다.

3장에서는 지역사회 거주 노인의 건강 현황 및 노쇠 수준(frailty)을 일개 도시 지역을 중심으로 파악하였고, 설문 조사와 질적 면담 조사 결과를 종합하여 의료와 돌봄 서비스에 대한 경험과 요구도를 분석하였다. 설문 조사에서는 노쇠 유병률을 파악하였다. 또한 노쇠 수준에 따른 만성질환, 장애 수준, 보건의료 서비스와 돌봄 서비스 이용 경험과 요구도를 파악하였다. 질적 면담 조사에서는 주로 '노쇠(허약)'에 대한 인식과 보건의료 및 돌봄 서비스에 대한 기대를 분석하였다.

4장에서는 소결로서 2장과 3장의 연구 결과를 종합하여 지역사회 노인건강 증진에 필요한 보건의료 서비스 제공 방향을 기술하였다.

제 2 장

노인건강에 대한 관점과 지역사회 보건복지 서비스

제1절 노인건강을 바라보는 관점

제2절 외국의 지역사회 노인 보건복지 서비스

제3절 국내 지역사회 노인 건강증진 프로그램

2

노인건강에 대한 관점과 << 지역사회 보건복지 서비스

제1절 노인건강을 바라보는 관점

1. 건강노화

WHO에서는 건강노화(healthy ageing)를 '노인의 웰빙을 가능하게 하는 기능적 능력을 개발하고 보존하는 과정'으로 정의하였다(WHO, 2015, p. 28). 건강노화는 노인건강 자체를 바라보는 새로운 관점이며 노인에 대한 건강 정책의 목표가 된다.

일반 성인과 달리 노인에게 질병 유무를 놓고 이분법적으로 건강상태를 구분하거나 병리학적 관점에서 건강을 정의하는 것은 타당하지 않다. 노인의 경우 일반 성인과 달리 질병은 치료되었으나 신체적 역량과 기능 감소로 독립생활이 불가능한 경우가 많기 때문이다. 이 같은 맥락에서 건강노화(healthy ageing)는 노인건강 정책 혹은 사업의 틀로서 중요한 의미를 갖는다.

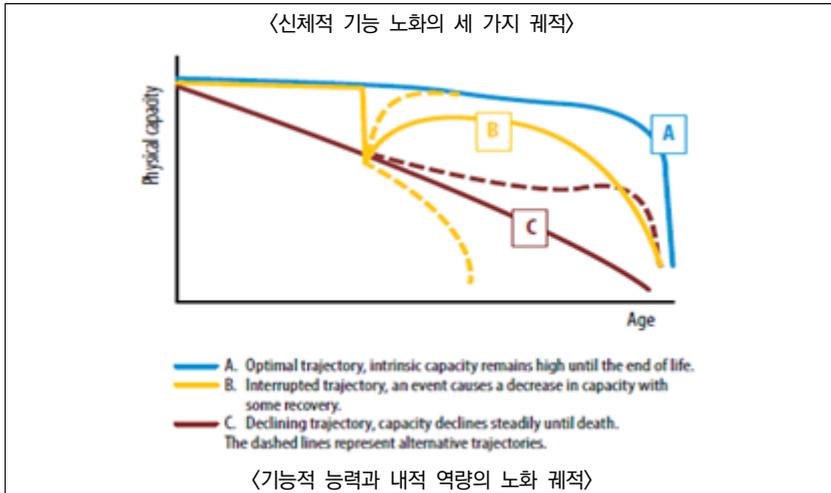
WHO는 건강노화의 기전으로 기능적 능력(functional ability)과 환경과의 상호작용을 제시하였다. 여기서 기능적 능력은 어떤 사람이 존재하고 가치를 두는 모든 것을 가능하게 하는 건강 관련 속성을 말한다. 각 개인의 내적 역량(intrinsic capacity)은 당연히 신체적, 정신적 역량을 포함하는 것이다.

노인이 가치 있는 삶을 누리고 활동하는 것은 개인의 기능적 능력만으로 결정되는 것은 아니며 환경도 중요한 영향을 미친다. 신체적 활동에

제한이 있어도 이동을 도와줄 기구 혹은 대중교통이 있으면 그렇지 못한 상황에 처해 있는 노인과 달리 원하는 대로 이동할 수 있기 때문이다.

노인들은 중년기 이후 노화 과정을 거치면서 내적 역량과 기능적 능력이 어떤 궤적을 그리게 되는데, 이를 크게 3가지 유형으로 구분할 수 있다. [그림 2-2-1]에서 A는 중년기 이후 신체적 역량을 최대한 유지하는 경우, B는 특정 시점에서 갑자기 역량이 떨어졌다가 회복하는 경우, C는 신체적 역량이 지속적으로 감소하는 경우를 나타낸다.

[그림 2-2-1] 노화의 궤적 도식도



자료: WHO. (2015). World Report on Ageing and Health. pp. 31-32.

2. 노쇠의 개념, 측정과 중재

가. 노쇠의 개념

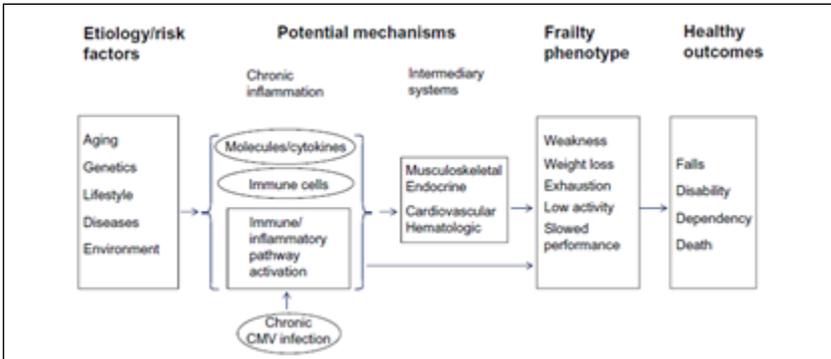
노인에게 건강노화를 성취하기 위해서 일반 성인과 달리 중점적으로

관리되어야 할 신체적, 정신적 변화로는 ‘노쇠(frailty)’가 있다. 노인건강 관련 연구나 문헌에서 ‘노쇠’가 등장한 것은 1980년대 이후이다.

노쇠는 ‘노인이 내적, 외적인 스트레스에 취약한 경우이며, 반복적인 입원 치료 등이 필요한 정도로 악화될 가능성이 높은 상태’로 정의할 수 있다. 일반적으로 노쇠는 장애와 달리 회복이 가능한 상태를 가리키고 예방, 치료 및 관리에 필요한 중재가 가용하다(Cesari, 2012, pp. 3-6).

노쇠 증후군의 병태생리를 살펴보면 노쇠는 다양한 원인이 작용하여 신체의 여러 기관이 잘 조절되지 못하여 항상성(homeostasis)이 깨지고 생리적 역량이 감소하는 것이다. 이를 자세히 살펴보면 가능한 기전은 만성적 염증과 면역 반응이 활성화되는 것으로 근골격계, 내분비계, 심혈관계 등을 통해 다양한 증상이 발현하는 것이다. 결과적으로 장애나 질병 악화, 사망 등에 취약한 상태가 된다(그림 2-2-2).

[그림 2-2-2] 노쇠의 경로

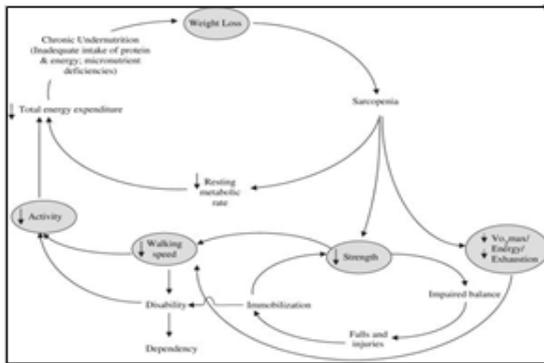


자료: Chen, X., Mao, G., & Leng, S. X. (2014). Frailty syndrome: an overview. *Clinical interventions in aging*, 9, p. 436.

노쇠 과정을 좀 더 자세히 살펴보면, 영양 섭취가 줄어들고 체중이 감소하면서 근무력증 및 신체대사 감소로 이어진다. 이 같은 과정이 반복되면

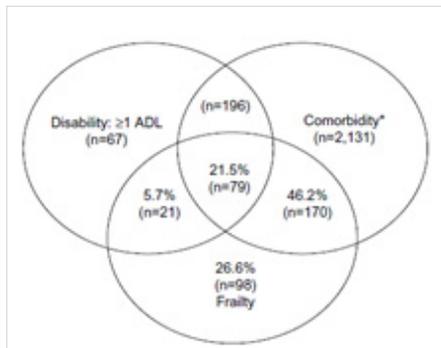
서 신체 활동과 걷는 속도가 감소하는 등의 노쇠 현상이 나타나고 장애와 낙상 발생 등으로 이어지게 된다(그림 2-2-3). Fried et al.(2001, pp. M146-M156)은 노쇠는 장애와 동반 질환과는 다른 별도의 증후군이면서, 일부는 장애와 동반 질환과 겹쳐서 나타날 수 있다고 하였다(그림 2-2-4).

[그림 2-2-3] 노쇠의 생리학적 과정



자료: Xue, Q. L. (2011). The frailty syndrome: definition and natural history. Clinics in geriatric medicine, 27(1).

[그림 2-2-4] 노쇠, 장애, 동반 질환의 벤다이어그램



자료: Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J. et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype, Journal of Gerontology: Medical Sciences, 56A(3), p. M151.

Fried 등(2001, pp. M146-M156)은 노쇠를 특정 병태생리적 과정에서 다양한 증상을 보이게 되는 일종의 의학적 신드롬(medical syndrome)으로 보았다. 그는 이를 노쇠 표현형(FP: frailty phenotype)이라고 하였으며 1) 허약, 2) 느린 신체적 반응, 3) 낮은 신체 활동, 4) 소진: 지구력 부족, 5) 체중 감소를 구성 요소로 제시하였다.

노쇠를 의학적 증후군으로 바라보는 입장에서 노쇠 표현형(FP: frailty phenotype) 외에 지표를 사용하는 학자도 있다. Rockwood 등은 노쇠를 '장애의 특성이나 수와 무관하게 사망과 시설입소를 예측하는 연령 관련 결핍 요소가 축적된 것'으로 정의하였으며, 이를 frailty index(FI)로 제시하였다(Bergman, 2007, p. 735). Frailty index(FI)에서는 인지 상태, 감정 상태, 동기 부여, 의사소통, 운동과 균형 능력, 실금 여부, ADL, 영양, 사회적 자원, 동반 질환 등을 통해 노쇠를 측정하고 있다.

한편 노쇠에 대해 의학적 증후군이 아닌 다른 측면에서 접근하는 흐름도 있다. 위험 요인(risk factor approach) 접근에서는 다양한 기전과 생리가 작용하는 것이며, 몇 개의 증상만이 아닌 수많은 결핍이 축적된 것으로 본다. 따라서 노인 증후군(geriatric syndrome)은 다양한 영역의 손상이 축적된 영향으로 나타나는 것이다.

나. 노쇠 측정

Xie B 등(2017, pp. 76-82)은 노쇠 측정 도구를 제시한 49개 연구를 체계적으로 고찰한 결과를 다음과 같이 제시하였다.

노쇠 측정 도구에서 측정된 요소 중에서 가장 많은 비중을 차지하는 것은 이동성과 균형(65%), 영양 상태(65%), 인지기능(59%)이었다. 각 측정 요소에 대한 판단 기준(cut off value)는 젠더에 따라 조정되는 경우가

많았으나 연령에 따라 조정하는 경우는 없는 것으로 나타났다.

49개 노쇠 측정 도구를 검토한 결과, 신체 영역의 측정 요소가 더 명확해질 필요성이 제기되었다. 노쇠를 측정함에 있어 장애와 질병을 포함하는 경우가 있어 교란 요소로 작용하고 있다는 것이다. 약 45%에서 노쇠의 요소로 장애를 측정하고 있었으며 31%에서는 동반 질환을 조사하고 있었다. 장애는 노쇠와 질병의 결과로 바라보아야 하며, 동반 질환은 노쇠의 선행 요인으로 간주하는 것이 바람직하다고 본다.

신경과학 논문에서 뇌의 구조 혹은 기능에 대한 영상을 사용하여 노쇠와 관련된 신체적, 정신적 기능의 상관성을 보고하고 있다. 대체적으로 전반적 인지 기능(예: MMSE)을 측정하고 있으며, 소수 연구에서는 특수 기능(예: Trail-Making Test Part B)을 사용하는 경우도 있었다. 전반적 인지 기능을 측정하는 것보다는 특정 인지 기능 손상을 측정하는 것이 민감도와 정확도를 높이는 방법이라고 제시하였다.

국내에서도 최근 노쇠 관련 연구가 시작되고 있다. 우선적으로 필요한 것은 노쇠에 대한 정의와 측정 방법을 정립하는 것이다. 국내에서는 아직까지는 노쇠에 대한 표준화된 정의와 측정 방법에 대한 합의가 있다고 보기 어려우며 다음 표와 같이 다양한 방법이 사용되고 있다.

〈표 2-2-1〉 국내 노쇠 측정 관련 연구

저자(연도)	측정 지표 및 방법	판단 기준
김창오 등(2010)	2~3kg의 비자발적 체중 감소 약력: 남성 29kg 미만, 여성 19kg 미만 심한 피로: 한국판 역학 연구용 우울 척도 중 다음 설문 최소 한 가지 이상에서 2점 이상 1) 모든 일이 힘들게 느껴졌다 2) 앞일이 암담하게 느껴졌다 보행 속도: 의자에서 3m 이동하기-10초 이상 활동량 저하: 장기요양 기초측정표 20문항 중 10점 이상	5개 중 3개 이상: 노쇠 노인 1~2개: 노쇠전 (prefrail) 노인
권상민, 박정숙(2010)	기초측정표 20문항	10점 이상을 노쇠로 정의

저자(연도)	측정 지표 및 방법	판단 기준
황환식 등(2010)	최근 1년간 병원 입원 횟수: 1회 이상 주관적 건강 인식: 나쁨 정기적 약물 복용 여부: 4가지 이상의 약물 복용 체중 감소: 최근 1년간 옷이 헐렁해질 정도의 체중 감소 감정 상태(우울): 가끔 이상 실금: 가끔 이상 보행 능력: 의자에서 3m 이동하기-10초 초과 시청력 이상	총 8점 중 4.5점 이상: 노쇠 인정 2.5점 이상, 4.5점 미만: 노쇠전 노인
김창오, 선우덕(2015)	악력 저하: 남성 24kg 이하, 여성 15kg 이하 정신심리적 고갈: 둘 중 하나 이상의 문항에서 1주일 중 3일 이상 해당 느낌이 들었다고 응답 1) 지난 1주일간 모든 일이 힘들게 느껴졌다 2) 지난 1주일간 무슨 일이든지 도무지 해낼 수 없는 느낌이 들었다 사회적 고립: 아무런 모임에도 참여하지 않음	3개 중 2개 이상인 경우 노쇠, 1개인 경우 노쇠전으로 정의
Jung HW et al.(2016)	피로: 지난 한 달 동안 거의 대부분 피곤하다고 느낀 경우 저항: 도움 없이 혼자서 쉬지 않고 10개의 계단을 오르는 데 힘이 들 경우 이동: 도움 없이 300미터 이동이 힘이 드는 경우 지병: 고혈압, 당뇨, 암, 만성폐질환 등 중 5개 이상의 지병이 있는 경우 체중 감소: 1년간 5% 이상 감소한 경우	5개 중 3개 이상인 경우 노쇠 1-2개는 노쇠전으로 정의

다. 노쇠 유형 현황

Fried 등(2001, pp. M146-M156)에서는 노쇠의 표현형 개념을 적용하여 2001년 미국의 65세 이상 지역사회 거주 노인의 노쇠 유병률이 6.9%이며, 연령이 높아질수록 유병률이 높아져 65~75세 노인에서는 3~7%, 85세 이후에는 20% 이상이 된다고 보고하였다. 영국, 유럽, 일본 등에서도 같은 도구를 사용하여 65세 이상 노인의 유병률을 조사하였으며, 지역사회 거주 노인의 8~17%가 노쇠 상태에 해당된다고 보고하였다. Rockwood의 Frailty Index를 사용한 연구에서도 노쇠의 유병률이 연령이 높아질수록 증가함을 보고하였다(Rockwood et al., 2004, pp. 1310-1317).

42 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

〈표 2-2-2〉 국외 노쇠 측정 도구 및 유병 현황

측정 도구	저자(연도)	조사명(국가)	샘플수	연령	노쇠 유병률
Phenotype of Frailty	Fried et al.(2001)	CHS(미국)	5,317	≥65	<ul style="list-style-type: none"> • Frail(total): 6.9% • 65-70: 3.2% • 70-74: 5.3% • 75-79: 9.5% • 80-84: 16.3% • 85-89: 25.7% • 90+: 23.1%
	Hubbard et al.(2010)	ELSA(영국)	3,055	≥65	• Frail: 8.1%
	Santos Eggiman et al.(2009)	SHARE(유럽)	7,510	≥65	<ul style="list-style-type: none"> • Frail: 17.0% • Pre-frail: 42.3%
	Chen et al.(2015)	Sasaguri Genkimon Study(일본)	1,565	≥65 (65-93)	<ul style="list-style-type: none"> • Frail: 9.5% • Pre-frail: 43.9% • Robust: 46.6%
	Shimada et al.(2016)	NCGG-SGS (일본)	8,864	≥65 (65-96)	<ul style="list-style-type: none"> • Frail: 8.4% • Pre-frail: 51.0% • Robust: 40.7%
Frailty Index	Rockwood et al.(2004)	CHSA(캐나다)	9,008	≥65	<ul style="list-style-type: none"> • 65-74: 7% • 75-84: 17.5% • 85+: 36.6%
	Song et al. (2010)	NPHS(캐나다)	2740	≥65 (65-102)	• Frail: 22.7%

- 주: 1) CHSA: Canadian Study of Health and Aging.
 2) NCGG-SGS: National Center for Geriatrics and Gerontology-study of Geriatric Syndromes.
 3) CHS: Cardiovascular Health Study.
 4) SHARE: Survey of Health, Aging and Retirement in Europe.
 5) ELSA: English Longitudinal Study of Aging.
 6) NPHS: National Population and Health Survey.

최근에는 노쇠의 유병률에 대한 개별 연구를 바탕으로 체계적 문헌 고찰 연구들이 진행되고 있다. Collard, Boter, Schoevers, Oude Voshaar 등(2012, pp. 1487-1492)은 21개 연구 결과에 가중치를 적용하여 분석한 결과 지역사회 거주 노인의 10.7%가 노쇠에 해당하며 (95%CI=10.5-10.9; 61,500명) 연령이 증가할수록 유병률이 증가하고,

남성보다 여성에게서 노쇠 유병률이 높음을 보고하였다. Da mata, Pereira, Andrade, Figueiredo, Silva 등(2016)에 의하면 라틴아메리카와 캐리비안 국가(LAC)에서 진행된 29개 연구(연구 대상자 4만 3084명)를 분석하여 해당 지역의 노쇠 유병률을 19.6%(95%CI: 15.4-24.3%, range: 7.7-42.6%)로 제시하였다. Kojima, Iliffe, Taniguchi, Shimada, Rakugi 등(2017, pp. 347-353)에서는 일본에서 이루어진 5개의 노쇠 연구를 분석한 결과 노쇠 7.4%, 전노쇠 48.1%, 건강한 그룹이 44.7%였음을 보고하였다.

국의 문헌에서의 노쇠 측정에는 Fried의 노쇠 표현형 기준과 Rockwood의 Frailty Index를 주로 사용하고 있다. 2007년 보건복지부에서 실시한 전국노인실태조사에서는 Fried의 노쇠 표현형 정의를 사용하여 조사를 실시하였다. 조사 결과 한국 노인 중 노쇠군은 8.3%, 노쇠 전단계는 49.3%, 건강군은 42.4%로 나타났다(원장원, 2017, pp. 314-320에서 재인용).

Fried의 노쇠 평가 기준은 노쇠의 신체적 측면만 측정한다는 점과 악력과 보행 속도를 직접 측정한다는 점에서 조사 도구로서의 사용에 한계가 있으며, Rockwood의 Frailty Index는 신체적 요인뿐 아니라 인지적, 심리적 요인을 포함한 도구이나 평가 항목이 광범위하고 보편적으로 적용하기 어렵다는 단점이 있다(원장원, 2017, pp. 314-320). 이러한 점을 고려하여 국내에서는 노인기능평가연구회에서 한국형 노쇠 측정 도구를 개발하였으며²⁾(황환식, 권인순, 박병주, 조비룡, 윤종률 등, 2010, pp. 191-202), 분당서울대학교병원 연구진에서는 임상 적용을 위해 피로, 저항, 이동, 질환, 체중 감소의 5개 영역으로 구분된 K-FRAIL을 개발

2) 전반적인 건강상태(입원 횟수 및 주관적 건강상태), 약물사용, 영양상태(체중 감소), 감정 상태(우울), 실금 여부, 보행능력, 의사소통(시청력)의 장애 등 8개 항목을 조사하였음.

44 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

하여 타당도 조사를 시행하였다(Jung, Yoo, Park, KIM, Choi 등, 2016). 김창오, 선우덕(2015, pp. 451-474)의 연구에서는 노쇠의 신체적 요인 외에 정신심리적, 사회적 요인을 포함하는 허약측정 도구를 개발하여 기능장애, 장기요양 필요 및 사망 등의 사전 예측에 사용하고자 하였다.

〈표 2-2-3〉 국내 노쇠 유병 현황

측정 도구	저자(연도)	샘플수	연령	노쇠 유병률	비고
한국형 노쇠 측정 도구	황환식 (2010)	240	≥65	<ul style="list-style-type: none"> • Frail: 21.3% • Pre-frail: 37.1% • Robust: 41.7% 	<ul style="list-style-type: none"> • Cronbach's alpha: 0.65 • Kappa value(CHS index): 0.5
K-FRAIL	Jung HW (2016)	103	≥65 (MD 76.8)	<ul style="list-style-type: none"> • Frail: 17.5% • Pre-frail: 58.3% • Robust: 24.3% 	<ul style="list-style-type: none"> • ADL independent: 77.7% • IADL independent: 80.5% • mean FI: 0.19
허약측정 도구	김창오, 선우덕 (2015)	7,513	≥60	<ul style="list-style-type: none"> • Frail: 14.1% 	<ul style="list-style-type: none"> • 문헌 고찰을 통해 측정된 9 가지 잠재적 허약 측정 지표 중 예측 타당도, 판별 능력, 검교정 능력을 고려하여 3개 지표를 선정함

라. 노쇠에 대한 중재

노쇠는 노인의 건강 문제를 질병 중심, 신체 기관 중심으로 접근하는 것에서 벗어나 통합적 접근을 가능하게 해 준다. 또한 노쇠는 지역사회와 임상진료, 복지 서비스 통합에 대한 개념적 틀을 제공한다. 따라서 노인 건강관리 정책을 수립하고 중재를 제공하는 데 유용한 개념이다.

노년기에는 여러 신체기관의 예비 용량이 급격히 저하되어 항상성 유지가 불가능해져 장애, 입원, 사망 등의 발생 위험이 높아지며 의료비도 상승하게 된다.

노쇠를 잘 관리하면 노인의 건강 수준과 삶의 질이 개선되는 효과를 보

인다. 아일랜드 연구에서 65세 이상 지역사회 거주 노인 대상 종단연구(TILDA)를 분석한 결과, 노쇠가 보건의료 및 복지 서비스 이용을 예측하는 요인임을 보고하였다(Roe, Normand, Wren, Browne & O'Halloran, 2017). Janssen, shepard, Katzmarzyk, Roubenoff 등(2004, pp. 80-85)은 노쇠의 주요 요소인 근감소증으로 인한 진료비가 전체 의료비의 1.5%에 해당되며, 근감소증을 10% 감소시키면 11억 달러의 의료비 절감 효과가 발생한다고 보고하였다. 또한 직장결장 수술을 받은 노인 환자에 대한 연구에서 노쇠 정도가 심할수록 입원비와 수술 후 6개월간 의료비가 높았다. 또한 노쇠 정도가 심한 경우는 재입원하는 빈도가 높은 것으로 나타났다(Robinson, Wu, Stiegmann, Moss et al., 2011, pp. 511-514).

노쇠를 관리하는 것은 건강노화를 성취하는 데 매우 중요하며 증재의 목표는 노쇠를 예방하고 지연하며 회복하게 하고 심각한 노쇠상태를 감소시키는 것이다. 노쇠에 대한 증재는 1) 노년기 건강에 대한 포괄적 평가, 2) 운동 증재, 3) 운동과 영양 혼합 요법, 4) 개인 맞춤형 증재와 지원 등으로 구분할 수 있다.

노쇠에 대한 증재는 신체적, 정신적 기능과 상태에 따라 제공되어야 하며, 노쇠 상태에 따라 증재의 목표와 접근 방식이 달라져야 한다. 건강하거나 전노쇠 상태인 노인의 경우는 병원이나 시설이 아닌 지역사회에서 집단적 혹은 소그룹 단위로 제공되는 것이 바람직하며 노쇠 상태에 접어든 노인에게는 지역사회, 의료기관 등에서 개인 맞춤형 증재가 질병 관리와 함께 제공되는 것이 필요하다.

제2절 외국의 지역사회 노인 보건복지 서비스

1. 영국의 보건복지 통합 서비스 제공

가. 보건복지 통합 논의의 배경과 동향

1) 영국 보건복지 서비스 체계의 특징

영국의 의료보장 체계는 조세를 기반으로 모든 국민들에게 보편적 서비스를 제공하는 국민 보건 서비스(National Health Services, NHS)로서, 중앙에서 지도 감독하고, 지방의 보건당국이 관리 및 운영을 담당하는 시스템이다. 반면, 복지와 같은 사회 서비스는 지방정부 사회서비스국이 구매 및 제공에 대한 책임을 가지고 있으며, 재가 및 시설보호 모두가 이러한 지방정부의 지원하에 이루어진다(석재은, 2000, p. 52).

[그림 2-2-5] 영국 보건복지 체계

국가	보건부(Department of Health)			
	공중보건	NHS		사회복지
		NHS Commissioning Board	MonitorNHSTrust	
	National Institute for Health and Care Excellence			
보건복지정보센터				
지방	지방행정기관	임상커미셔닝그룹(CCGs)	지방행정기관	
	보건복지위원회(Health and Wellbeing Board)			
	지방보건감시관(Local Health Watch)			
	보건기관	NHS 제공자	복지기관	
환자와 일반대중				
자료: Overview of health and social care structures in the Health and Social Care Act 2012 April 2013				

자료: 강창현(2013), 지역 보건복지 통합접근의 연계수단-영국 커미셔닝을 중심으로, p. 430에서 재인용.

2) 보건복지 연계 사업 추진 배경

영국에서 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템의 분리가 문제가 되기 시작한 핵심 발단은 병원과 지방정부 모두 만성질환자를 위한 병상이 부족하다는 것이었다. 이로 인해 보건부는 병원이 노인성 질환에 더 많은 책임을 지면서, 동시에 지방정부는 재가 서비스 시설에서 간호 서비스 제공에 더 많은 책임을 지도록 하는 방안을 고려하기 시작했다(박승민, 2015, p. 128).

더욱이 인구 고령화에 따른 비용 증가의 문제와 80년대 경제 침체가 맞물리면서 대처 정부 이후 비용을 억제하기 위한 차원에서 노인인구의 보건복지 서비스 전달 체계에 대한 재검토 작업이 진행되었다. 그리고 그 일환으로 보건과 복지 전달 체계를 연계하고자 하는 시도들이 이루어져 왔다. 구체적으로, 의료 및 요양시설 중심의 고비용 보호 체계로부터 지역사회에 거주하면서 전반적인 보호 욕구는 충족될 수 있도록 하되 꼭 치료가 필요한 경우에만 시설에서 치료하도록 하는 지역 서비스 혹은 재가 서비스 체계로의 이전이 본격적으로 검토되었다(오정희, 2006, p. 156).

3) 보건복지 연계 사업 추진 과정

영국의 보건과 복지의 연계 노력은 1970년대만 해도 중앙정부의 강한 주도하에 추진되었다. 주로 중앙정부는 연계 사업의 영역에 대한 가이드 라인을 만들고, 이에 맞춰 지방정부에 배부하는 교부금 중 일정 부분을 연계 사업 예산으로 할당하였다. 그러나 이러한 중앙정부 주도의 연계 노력은 개별 사업의 지출을 늘리는 결과만 가져왔을 뿐 실질적인 성과를 거두지는 못하였다(오정희, 2006, p. 156).

1980년대 대치 정부 집권 이후에는 과거에 비해 중앙정부의 개입이 줄어들어 대신, 지방의 실정에 따라 조직의 사업 내용이 다양한 형태로 시도되었다. 이와 관련한 다양한 논의 동향을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.³⁾

가) 감사원의 지역사회 돌봄 서비스 보고서

1986년 영국 감사원(Audit Commission)은 지역사회 돌봄 서비스에 관한 보고서를 통해 노인 돌봄 서비스 운영을 위한 필요재원을 중앙 보건 당국과 지방 정부로부터 거두어 단일 재정 풀을 구성하고, 단 한 명의 책임자가 이 단일 재정을 관리하도록 하였다. 이때 재정 관리 책임자는 각 노인이 필요로 하는 서비스 구입에 대한 결정 권한을 갖는데, 서비스 구매는 공공과 민간 모두로부터 가능하게 하였다. 그러나 장기요양(long-term care)에 관한 병원의 책임 부분을 명확하게 설정하지 않음에 따라 이러한 시도는 결국 실패로 돌아가고 말았다(박승민, 2015, p. 139).

나) 그리피스 보고서

반면, 1988년의 ‘그리피스 보고서(The Griffiths Report)’는 노인 장기요양에 대한 병원의 책임을 명확하게 규정하였다. “예를 들면, 그리피스 보고서는 건강 돌봄 서비스가 전반적으로 조사, 진단, 치료, 재활이 의료진에 의해서 수행되는 모든 경우를 포괄한다고 규정하였으며, 특히 노인의 경우 24시간 동안 의사의 감독뿐만 아니라 간호 서비스 두 가지 모

3) 박승민(2015), pp. 139-146의 내용을 발췌 요약함.

두 필요한 경우에 한해서만 병원에 입원할 수 있도록 하였다. 그 이외의 돌봄 서비스는 모두 지방정부가 책임을 지도록 하고 있다. 이러한 규정 때문에 1차 의료 서비스가 지속적으로 필요하지는 않지만, 요양 서비스가 필요한 경우처럼 두 영역의 사각지대에 놓인 노인들은 아무런 서비스를 받지 못하는 문제가 발생했다.”(박승민, 2015, p. 140에서 재인용; DHSS, 1988).

다) NHS와 지역사회 돌봄법

그리피스 보고서의 내용이 실제 정책으로 실행되게 된 계기는 1993년에 전면 시행된 ‘국가보건서비스와 지역사회 돌봄법(National Health Service and Community Care Act 1990)’의 제정이었다. 이를 통해 보건 당국은 지역 주민들의 건강 욕구 평가를 책임지면서 그들을 위해 적절한 서비스를 구매할 수 있는 권한을 갖게 되었다. 또한 NHS 트러스트는 건강 돌봄 서비스를 공급해야 할 책임을 지게 되었으며, 지역 혹은 특별 보건 당국의 역할을 대신하여 병원이나 관련 시설의 소유, 경영, 공급에 대한 책임을 맡게 되었다. 한편, 사회적 돌봄 서비스 시스템과 관련하여 지방정부는 질병 예방의 책무와 함께 질병에 걸린 사람에게는 돌봄 서비스를, 그리고 질병 치료가 끝나면 사후 돌봄(after-care) 서비스를 제공해야 하는 책임을 맡게 되었다(박승민, 2015, p. 141).

라) 보건법과 NHS 계획

블레어 정부는 보수당 정부 때의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 협력 정책의 실패를 보완하고자 NHS 현대화를 통해 ‘통합 돌봄(Integrated Care) 서비스 시스템’ 구축을 제시한다. 가령, 지역사회 거

주민들이 건강과 질병에 관한 정보와 조언을 보다 빠르고 쉽게 얻을 수 있도록 간호사가 24시간 전화 상담을 하는 NHS 다이렉트를 도입하였다. 또한, 지역사회 수준에서는 지역의 외과 수술의와 일반의의 신속한 치료와 조언을 받을 수 있도록 하고, 지역의 사회적 돌봄 서비스 제공자와도 긴밀한 연계 체계를 구축하였다. 마지막으로, 병원 차원에서는 지역의 외과 수술의, 일반의와 긴밀하게 연결하여 병원 치료와 전문의 서비스를 신속하게 받을 수 있도록 했다. 그러나 정책의 구체성이 부족하고 정책의 실시를 각 지방정부의 재량에 맡기면서 건강과 사회적 돌봄 서비스 제공에 따른 지방정부의 책임성이 모호해지는 문제를 낳았다(박승민, 2015, p. 144).

이후 블레이어 정부는 ‘보건법(The Health Act 1999)’ 제정을 통해 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 각 영역의 예산을 하나로 모아 공동으로 관리 및 사용하게 하였다. 이를 통해 한쪽의 수요가 많으면 다른 쪽의 예산을 유용하는 등 두 영역의 협력과 균형을 이루고자 하였으나, 실제로는 “PCTs를 중심으로 사회적 돌봄 서비스 시스템 영역의 예산을 결정하고 집행하게 됨으로써 사회적 돌봄 서비스 시스템 영역이 건강 돌봄 서비스 시스템 영역에 종속되는 결과를 낳았다”(박승민, 2015, pp. 145-146).

나. 보건복지 통합 서비스 모델과 사례

영국 잉글랜드에서는 보건과 복지 서비스의 예산을 하나로 통합하고 ‘NHS England’s 2014 Five year Forward View’에서 각 지역에 맞는 다양한 통합 모형을 제시하는 등 지역 내에서 보건 서비스와 복지 서비스를 통합적으로 제공하고자 하는 다양한 사업과 정책들이 진행되고 있다. 예를 들어 ‘케어홈 건강증진 사업(Enhanced health in care homes)’

에서는 케어홈에 있는 노인에게 통합된 서비스를 제공하며, ‘일차 및 급성기 의료에 대한 통합 시스템(Integrated primary and acute care systems)’는 일반의와 병원, 지역사회 서비스, 정신건강서비스를 하나로 통합하기 위한 모형이다. ‘지역사회 복합 전문 공급자 모형[Multi-specialty community providers(MCPs)]’는 병원 내에서만 받을 수 있는 전문가의 서비스를 지역사회로 내보내고자 하는 시도로, 서비스 제공자는 일차 의료와 함께 지역사회 기반 보건·복지 서비스를 제공한다.

1) WSIC(Whole System Integrated Care) 프로그램

가) 추진 배경

영국 런던에서는 인구 증가 및 인구 노령화에 따른 복합적인 건강 요구의 증가로 일반의(GP)에 대한 환자의 요구 수준이 높아졌으며 건강 불평등이 증가하였다. 또한 보건의료 재정 상황의 악화로 지속가능하면서도 재정적으로 효과적인 GP 서비스에 대한 요구도가 증가하였다. 이에 따라 London CCG(clinical commissioning group)를 중심으로, 일차 의료 서비스의 수용력과 역량을 증가시키고자 하는 움직임이 나타났다.

2011년 6월 당뇨 환자 및 75세 이상 환자 대상 통합 케어 프로그램인 Noth West London Integrated Care Pilot(NWL ICP)이 런던 북서부 지역에서 시범 사업으로 시작되었다. 런던 북서부 지역에 거주하는 1만 5000명 당뇨병 환자와 75세 이상 2만 2000명의 케어를 향상시키는 것을 목적으로 하는 사업으로 케어의 질을 향상시키는 것과 동시에 응급실 방문과 전체 케어 비용을 줄이고자 하였다. 2011년 7월 시작되었으며, 2개 병원, 2개 정신건강 서비스 제공자, 3개 지역사회 보건의료 서비스 제

공자, 5개 지자체 사회복지 서비스 제공자, 2개 비정부기구, 103명의 일반의가 참여하였다. NWL ICP는 개별 서비스 제공자 조직이 계약에 따라 정해진 목표를 향해 협력하는 네트워크 형식으로 운영되었다(Curry, Harris, Gunn, Pappas, Blunt, Soljak et al., 2013, pp. 1-16). NWL ICP의 주요 사업 내용은 다음과 같다.

- 결합 예측 모델을 사용한 위험도 분류
- 다학제 그룹(MDG: multi-disciplinary group) 회의
- 참여하는 기관에 대한 새로운 재정적 지원
- 서비스 제공자 간 정보와 환자 기록 공유를 촉진하는 새로운 정보기술(IT) 시스템

복합적 질환을 갖고 있는 환자 대상 전향적 사례 관리, 케어 세팅별 환자 상태와 케어 플랜에 대한 공유 정보시스템 구축 등이 주요 내용이었다. 시범 사업이 성공적으로 평가됨에 따라 런던 북서부 지역의 8개 CCG가 연합하여 North West London Financial Strategy(2014~2019)를 실시하게 되었으며 그 일환으로 WSIC 프로그램이 시행되었다. 사업 경과는 다음과 같다.

- 2013년 10월-2014년 1월: 공동 디자인 프레임워크
- 2014년 1월-4월: 지역적으로 동의된 우선 사항 및 계획
- 2014년 4월-2015년 3월: 모든 NWL에서 사업 실시를 준비하고 초기 적용자(early adopters)의 경험을 공유
- 2015년 4월-: 전체 시스템 접근으로 확장

나) 목표

- 분절적 서비스 줄이고, 서비스나 지리적 경계 중심이 아닌 환자 중심의 서비스 조직 시스템 구축
- 각 전문가가 보유한 기술과 자원 배치 과정에서 발생하는 여러 장애 요인을 극복하고 통합적 시스템 구축
- ‘joined up working’을 장려하는 계약 및 비용 보상 방식 검토와 새로운 인센티브 모델 개발
- 데이터 및 임상기록 공유, 훈련 및 팀 개발, 케어 네비게이터(Care navigator)라는 직책 신설 등과 같은 핵심 기능 요인 시행

다) 사업 수행 과정

① 거버넌스

WSIC 프로그램 거버넌스의 특징은 일반인을 정규 인력으로 포함시켰다는 것이며, 지역 정부와 다른 파트너보다 NHS 관리와 조직에서 사업을 적극적으로 추진한 것으로 평가된다(Nuffieldtrust, 2015, p. 25). GP, 병원 전문의, 정신보건 전문가, 사회복지사, 지역사회 간호사 등 서로 다른 보건의료 전문가가 모여 당뇨병 환자로서 복합적 욕구가 있는 것으로 파악된 75세 이상 노인의 케어 관리를 논의하는 회의를 하며, 이 회의를 통해 환자의 케어 계획에 대해 케어 제공자가 동의하여 협력적으로 케어를 제공한다. 이때 IT 기술이 다양한 서비스 제공자의 참여와 정보 전달을 돕는 역할을 하였다(Greaves et al., 2013).

런던 북서부 지역의 서비스 제공자들은 NWL ICP에 자발적으로 참여하였으며 대표자들이 통합관리 이사회(Integrated Management Board ;

IMB) 회의에 참석하도록 설계되었다. 지역 수준에서는 모든 서비스 제공자 대표들이 다학제 그룹에 소속되어 협력하고 환자 케어 경험을 공유하고 있으며, GP가 환자에 대해 케어 계획을 세우고 IT 기술을 통해 서비스 제공 기관이 케어 계획을 공유한다.

② Clinical Commissioning Group(CCG) 역할

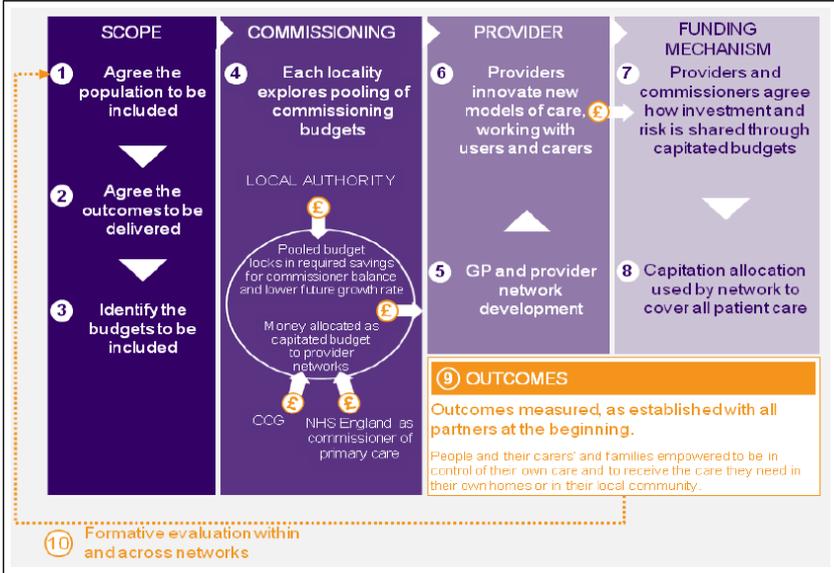
영국 보건의료 개혁 과정에서 과거 PCT(primary care trust)가 제한적으로 가지고 있던 커미셔닝 기능을 대폭 강화하고, GP가 더 많은 권한과 자율성을 가지게 되었다. WSIC 프로그램에서 CCG가 서비스 계획과 전달에 주요한 역할을 한다.

CCG는 욕구 사정, 전략 형성, 서비스의 구매, 서비스의 평가 등 모든 영역에 관여하며 지역의 의사, 간호사, 보건의료 및 사회 서비스 관련 전문가들로 구성된다. NHS Commissioning Board가 CCG의 감독기관으로서 CCG가 환자에 대한 결과를 향상시키고 공공투자에 대한 성과를 극대화하도록 지도하며, CCG는 응급, 긴급 의료(urgent care), 외래 서비스와 근무 시간 외 서비스를 포함하며 관할 구역 내 거주자 누구에게나 커미셔닝할 책임을 갖는다.

③ 통합 서비스 제공

통합 서비스 제공을 위한 10단계 통합 설계 과정을 만들었으며, 각 과정은 1) Population and outcomes, 2) GP networks, 3) Provider networks, 4) Commissioning governance and Finance, 5) Informatics의 5가지 범주로 나뉘어 진행되었다.

[그림 2-2-6] 새로운 통합 서비스 제공 모형 제안을 위한 WSIC의 10단계



자료: Local Government Association. (2013. 10.) North West London: 2 million reasons to get integrated care right. <https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/north-west-london-2-milli-484.pdf>에서 2017. 5. 26. 인출.

라) 문제점 및 향후 개선 방안

기본적으로 WSIC가 지향하던 통합 시스템(whole system)은 급성기 병상에 대한 구조조정을 내용으로 하던 ‘더 건강한 미래 만들기(shaping a healthier future)’ 계획을 보완하기 위한 성격을 갖는다. ‘더 건강한 미래 만들기(shaping a healthier future)’는 지역화(localization), 집중(centralization), 통합(integration)을 주요 원칙으로 하며, 이에 따라 NHS 내 수직적, 수평적 통합, 그리고 NHS와 지역 당국 간 통합을 핵심 요소로 한다. ‘불필요한 입원’을 줄이는 데 중점을 두면서 의료(health)와 사회 서비스(social care) 간의 균형보다는 주로 NHS 중심의

의료 모델을 바탕으로 한다. 이에 건강의 다양한 사회적 결정 요인들-주거, 레저, 교통, 교육, 고용 등-에 대한 상대적 고려가 적고 1차 예방 및 조기 개입의 내용이 부실하다는 지적이 있었다. 그러나 현재까지 불필요한 입원을 막고 지역사회에서 건강을 유지한다는 원래의 목표를 일정 수준 실현해 나가고 있다고 할 수 있다. 2016/17년의 경우, 예정되지 않은 입원(Non elective admission) 266건의 감소와 50만 파운드의 절감 효과가 있었으나 환자들의 실제적인 건강 행태를 변화시키기 위해서는 2년 이상이 걸릴 것으로 예상된다.

CPMG에 보다 더 많은 정신과 전문의, 사회 서비스 전문가, 케어 네비게이터(care navigator)가 포함될 필요가 있으며, 개별 GP들 간의 커뮤니케이션 향상이 필요하다. 또한 데이터 통합과 이에 대한 접근성 개선이 필요하며 환자의 자가 케어 모델(PAM)에 대한 이해도 또한 증진되어야 한다는 과제를 안고 있다.

2) 포괄적 케어 모델(Extensive Care model)

통합 케어에 대한 벵가드 프로그램(Integrated care Vanguard program)의 일환으로 필드 코스트(Fylde Coast) 지역에서 ‘포괄적 케어 모델(Extensive Care model)’이 시행되고 있다. 불필요한 입원을 막는 데 효과가 있는 것으로 알려진 미국, 북유럽 국가의 통합 서비스 제공 모델과 유사한 방식이라고 할 수 있다.

가) 사업 목적

과거 질병별로 각각의 클리닉에서 환자 치료가 이루어짐에 따라 발생

한 케어의 중복, 누락 등을 막고 불필요한 입원을 막고자 하나의 클리닉 팀에 서로 다른 케어를 한데 모아 통합적 서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다.

나) 사업 대상 및 수행 과정

동반상병이 다수이거나 포괄적 케어 프로그램(Extensive care program)이 개발한 평가 도구로 평가했을 때 입원 위험이 높게 나온 환자의 경우 GP가 해당 환자를 포괄적 케어(Extensive Care)에 의뢰할 수 있다. 일단 환자가 포괄적 케어 대상자로 확정되면, 다학제적 전문가들로 구성된 팀이 환자를 평가하고, 이후 환자와 상의하여 케어 계획과 목표를 짜게 된다.

일반적으로 환자들은 자신의 집에서 6주에서 12주에 걸쳐 케어를 받게 되며, 모든 케어 목표를 달성하고 환자의 독립적 생활이 가능해지면 케어는 종료된다. 만약 환자가 케어 목표 중 일부를 달성하지 못하면 케어 기간이 연장되며, 환자가 어떤 목표도 달성하지 못했다면 케어 대상자에서 빠지게 된다.

임상 전문가가 아니지만, 다학제적 팀의 구성원인 ‘헬스 코치(Health Coach)’들은 환자들이 기대 목표를 달성할 수 있도록 지지하고 멘토링하는 역할을 수행한다. 아직까지 가시적인 재정 절감 효과는 관찰되지 않았다.

2. 호주의 보건복지 통합 서비스

가. 노인 대상 보건복지 통합 서비스 제공 배경 및 최근 동향

호주 연방정부는 인구 고령화를 의료비 상승의 주요한 원인으로 파악하고 노인을 대상으로 한 새로운 보건의료 서비스 제공 체계를 구축하고자 노력하였다. 이러한 노력의 출발은 관련 법의 제정(The Aged Care Act, 1997)이었다. 동시에 이 법의 실효성 있는 집행을 위해, 정책의 리더십을 담당할 노인보건부(Department of Health and Aged Care)를 기존에 있던 보건부와 별도로 신설하였다(김남순 등, 2016, p. 127).⁴⁾

노인보건부는 노인의 복합적인 욕구를 해결하면서 동시에 의료비 절감을 위한 다양한 정책들을 시행하였다. 그러나 주별로 다양한 정책들의 복잡성과 정책 및 사업 간 중복성 등의 문제, 그리고 지속되는 고령화로 인해 또다시 변화가 필요한 시기를 맞이하였다. 이에 호주 연방정부는 정책과 사업의 효율성을 높이고 고령사회에 맞서 지속가능한 시스템으로 개선하기 위해 2013년부터 10년 개혁(2013-2022)을 단계적으로 진행하고 있다(김남순 등, 2016, p. 127).

나. 노인 대상 보건 및 복지 서비스의 특징

연방정부 중심으로 진행된 노인 케어 관련 정책들은 주로 돌봄(care) 영역에 중심을 두고 있는 통합 서비스라고 할 수 있다. 즉, 돌봄이 필요한 사람에게 연방정부 기금을 투입하여 돌봄 서비스를 제공하는데, 이때 의료적인 욕구가 있는 대상자에게는 필요한 사람에게 의료 서비스를 받을

4) 이후 2013년 노인 보건의료 개혁을 진행하면서 보건부와 통합됨.

수 있도록 서비스를 제공하거나 또는 연계하는 형태로 보건복지 통합 서비스를 제공하고 있다.

연방정부 차원의 노인 대상 보건복지 통합 서비스의 가장 큰 특징은 My Aged Care라는 단일 플랫폼이 존재한다는 것이다(My aged care, 2017). 기능의 쇠퇴나 질병으로 인해 관련 서비스가 필요한 노인은 이 플랫폼을 통해 본인의 상태를 평가받고, 평가 결과에 따라 적절한 서비스를 제공받을 수 있다. 서비스에 대한 비용은 연방정부 예산으로 제공자에게 지급되지만 이는 서비스 이용자의 소득 수준에 따라 차이가 있다.

반면, 의료 영역 중심의 통합 서비스는 주로 주정부가 담당하고 있다. 호주의 각 주정부는 각 치료 세팅⁵⁾ 내 또는 치료 세팅 간 서비스들이 노인의 복합적 의료 욕구를 통합적으로 해결할 수 있도록 서비스 제공 체계를 개선하기 위해 다양한 시도를 해 왔고 현재도 노력 중이다.

다. 노인 대상 보건복지 통합 서비스 종류와 이용 절차(연방정부 정책 중심)

연방정부의 보건부 중심으로 마련된 노인 대상 보건복지 통합 서비스는 크게 네 가지로 구분할 수 있다. 첫째, 연방정부 재가 지원 프로그램(CHSP: Commonwealth Home Support Programme), 둘째, 홈 케어 패키지 프로그램(HCPP: Home Care Package Programme), 셋째, 거주노인시설 케어(residential care), 넷째, 이행기 케어(transitional care)로 대표되는 유연 케어(flexible care)이다.

이 네 가지 서비스는 서비스 이용이 필요하다고 의뢰한 노인 또는 의뢰된 노인의 상태를 다각적으로 평가한 후, 평가 결과에 따라 제공된다. 평

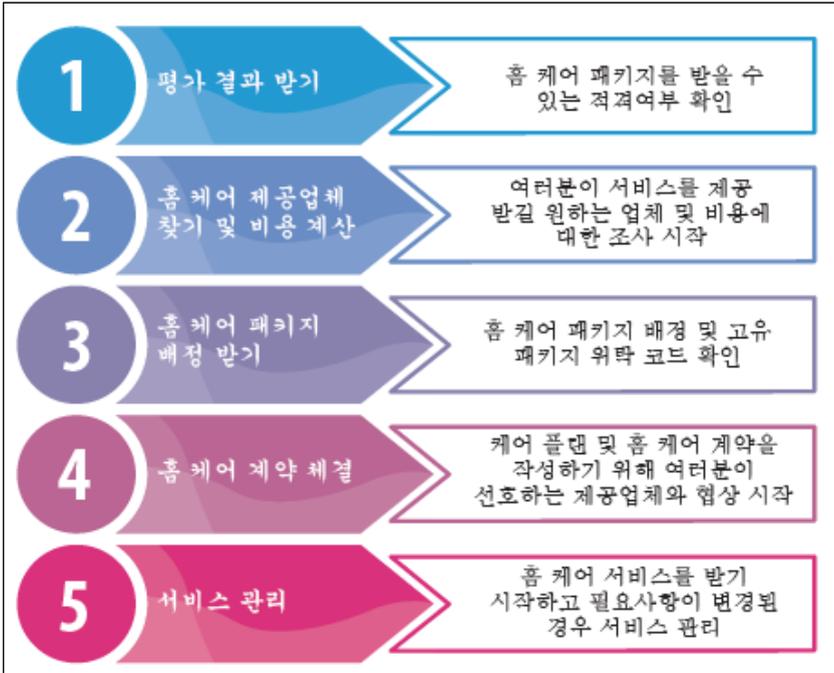
5) 급성기, 회복기, 유지기 세팅을 의미한다.

가는 My Aged Care 포털에 서비스 이용을 원하는 노인 또는 서비스가 필요한 노인을 등록하면서부터 시작된다. 노인 대상자가 등록되면 1차 스크리닝(National Screening and Assessment form)을 거친 후, My Aged Care 스태프가 직접 대상자를 방문하여 2차 평가(Regional Assessment Service)를 한다. 이 평가 단계에서 연방정부 재가 지원 프로그램(CHSP) 대상자 여부가 결정된다. 2차 평가에서 보다 복합적인 욕구를 지닌 환자로 판단되면 ACAT(Aged Care Assessment Team)라는 전문적인 평가팀이 방문하여 다각적이고 전문적인 평가를 하고, 환자와 함께 필요한 서비스를 계획한다. 이 단계에서 홈 케어 패키지 프로그램(HCPP), 이행기 케어 또는 노인요양시설로의 이동 여부 등이 결정된다.

라. 홈 케어 패키지 프로그램(HCPP)

홈 케어 패키지 프로그램(HCPP)은 이용자 중심의 서비스 프로그램으로 네 단계의 서비스로 구분된다. 첫째는 기본적 케어 단계, 둘째는 낮은 단계의 케어 제공 단계, 셋째는 중간 단계의 케어 제공 단계, 넷째는 높은 단계의 케어 제공 단계이다. 서비스 내용에는 ① 목욕, 이동 등 일상적인 활동을 위한 서비스, ② 영양 및 식사 지원, ③ 대소변 관리, ④ 이동 및 보조용품 지원, ⑤ 간호, 작업치료 및 물리치료 등의 보조 의료와 언어 요법, 청각 및 시각 서비스 지원, ⑥ 쇼핑, 사교 활동 참석 지원과 의료 종사자 방문 지원, ⑦ 피부 손상 관리(소독, 밴딩 등), ⑧ 원격 건강 상담(Telehealth) 등이 포함된다. 홈 케어 패키지 프로그램 대상 자격 평가와 서비스 관리 절차는 다음과 같다.

[그림 2-2-7] 호주 홈 케어 패키지 프로그램(HCPP) 제공 절차



자료: Department of Health(Australia). (2017). Your guide to home care package services. p. 9.

마. 연방정부 재가 지원 프로그램(CHSP)

연방정부 재가 지원 프로그램(CHSP)은 자택에서 기초 단계의 일상생활 및 활동 지원 등의 서비스를 받는 것으로서, 지속적이거나 단기적인 케어 및 지원 서비스 제공 프로그램이다. 이 프로그램은 일상생활을 대체로 해 낼 수 있지만 자택에서 계속 생활하기 위해서는 어느 정도 도움이 필요한 노인이 자택 및 지역사회에서 독립생활을 유지할 수 있도록 기초 단계의 노인 케어 서비스를 다양하게 제공하는 것을 목적으로 한다. 서비스 내용에는 약속 및 활동 장소까지 교통 지원, 가사 지원, 개인 청결, 주

택 관리 및 수리, 주택 개조, 보조용품 및 장비 지원, 식사 준비 및 영양 조언, 간호(예: 투약 관리), 사고 활동 지원 등이 포함되며, 이 프로그램의 대상자 여부 평가와 서비스 관리 절차는 다음과 그림과 같다.

[그림 2-2-8] 연방정부 재가 지원 프로그램(CHSP) 제공 절차



자료: Department of Health(Australia). (2017). Your guide to Commonwealth to home support programme. p. 9.

3. 노쇠 중재 사례

일반적으로 노쇠는 상당수에서 예방이 가능할 뿐 아니라 노쇠 상태로 진행된 경우도 일부는 이전 상태로 회복이 가능하다고 알려져 있어 적절한 개입 및 관리가 주목받고 있다. 국외에서는 이미 노쇠 중재에 대한 중

요성을 인지하고, 이를 위한 적극적인 대응에 나서고 있다. 이에 본 절에서는 노쇠 예방 및 관리를 위해 국외에서 수행하고 있는 전략 및 중재 사례를 살펴보고자 한다.

가. 영국의 노쇠 관리 초점 가이드라인: Fit for frailty

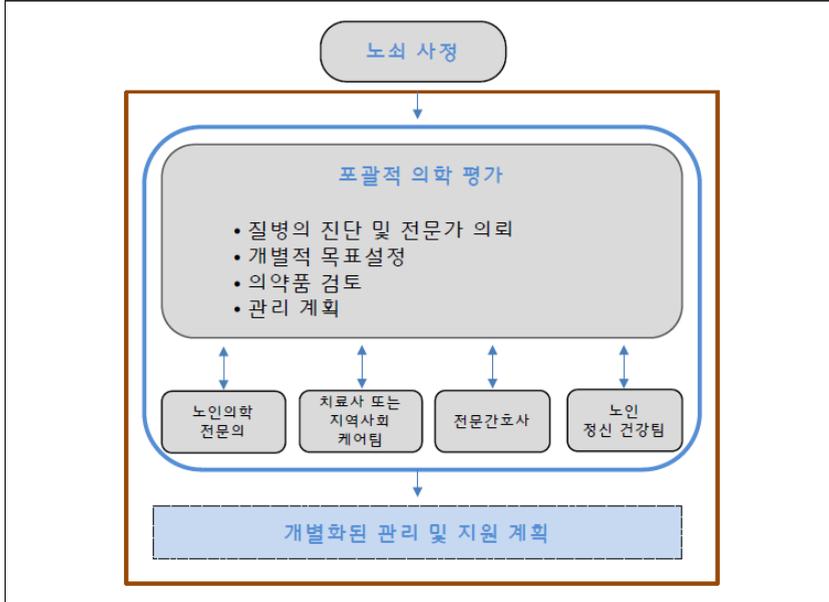
1) 개요

영국노인의학회(British Geriatrics Society)와 노인복지 비영리단체인 AGE UK의 주관으로 노쇠 관리에 대처하기 위해 ‘Fit for frailty’ 가이드라인을 개발하였다(British Geriatrics Society, 2014). 본 가이드라인은 지역사회, 외래 환경을 포함한 노인 돌봄 환경에 있는 보건복지 전문가를 위해 제작되었으며, 급성기 병원 환경을 위해서는 Sliver book을 별도로 개발하여 보급하고 있다.

2) 세부 내용

Fit for frailty에서는 노쇠를 관리하는 전략으로 노인포괄평가를 주목하였다. 이는 포괄적 의학 평가와 적절한 전문가에게로의 의뢰, 관리 및 지원 계획까지를 포함한다. 이를 통해 노쇠 단계에 있는 노인에게 개별화된 관리 및 지원 계획을 제공하는 것을 최종 목표로 한다(그림 2-2-9).

[그림 2-2-9] Fit for frailty의 노인포괄평가



자료: British Geriatrics Society. (2017). Fit for frailty part1-Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings. p. 16.

가) 노쇠에 대한 사정

노쇠 사정 단계에서는 노쇠 노인과 보호자와 협력하여 포괄적 노인 평가를 기초로 의학적, 기능적, 정신심리적, 사회적 요구에 따른 전인적 검토를 수행해야 하며, 가역적 건강 상태가 관리되고 있는지 확인해야 한다고 권고하였다. 본 가이드라인에서는 훈련된 전문가의 감독 없이도 활용이 가능하도록 걸음 속도 테스트나 일어서서 걷기 검사(Timed up and go test)와(표 2-2-5)에서와 같이 프리즈마 7가지 질문 도구(Prisma 7 Questions)를 적절한 측정 도구로서 제시하였다.

〈표 2-2-4〉 프리즈마 7가지 질문 도구(Prisma 7 Questions)

항목
1. 85세 이상입니까?
2. 남자입니까?
3. 활동을 제한하는 건강 문제를 가지고 있습니까?
4. 기본적으로 당신을 도와줄 누군가가 필요합니까?
5. 집에 머무르게 하는 건강 문제를 가지고 있습니까?
6. 필요에 따라 의지할 가까운 사람이 있습니까?
7. 일상적으로 지팡이나 워커, 휠체어를 사용하십니까?

주: 3점 이상일 경우, 노쇠로 정의함.

자료: British Geriatrics Society. (2017). Fit for frailty part1-Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings. p. 8.

나) 개별적 노쇠 관리

노쇠가 복잡성, 진단의 불확실성, 증상 조절 장애와 복합적으로 연관되어 있다면 노인의학 전문의 의뢰를 고려해야 하며, 치매 증상을 포함한 정신심리학적 문제가 노쇠와 함께 있는 경우에도 정신과 전문의에게 의뢰해야 한다. 또한, 노쇠 환자가 복용하고 있는 약물을 검토해야 하며, 임상적 지침을 적용하는 방법을 결정할 때는 개인화된 목표를 설정해야 함을 제시하고 있다.

사전에 결정된 치료 목표 및 관리 계획을 문서화하되, 관리 계획에는 일부 노인에게 한해 임종 관리의 내용도 포함될 수 있다.

1차 의료, 2차 의료, 응급 서비스 및 사회 서비스 간에 노쇠의 건강 기록 정보를 공유할 수 있는 시스템을 구축해야 한다. 또한, 낙상, 정신착란 등과 같은 긴급 상황에 신속히 대처하는 방안을 마련할 것을 권고하였고, 위기에 있는 노쇠 환자는 가정환경에서 더 잘 관리될 수 있으나, 노인에게 필요한 건강과 돌봄 서비스가 충족되는 지원 시스템이 전제되어야 한다는 것을 밝혔다.

나. 호주의 노인 건강증진 및 노쇠 관리 사업: Frailty Intervention Trial(FIT)

1) 개요

호주 보건의학연구회(NHMRC: Australian National Health and Medical Research Council)의 지원으로 호주 시드니 대학 재활연구소(Rehabilitation Studies Unit)에서 진행한 70세 이상 지역사회 노쇠 노인을 대상으로 하는 노쇠 중재 연구 사례이다. 노쇠 노인 관리를 위해 설계된 다학제팀을 통한 다중재 요법과 일반 건강증진 활동 요법 간의 노쇠 및 이동성 장애에 대한 효과의 차이를 파악하기 위한 목적으로 수행되었다. 70세 이상의 노쇠 노인을 대상으로 개발한 Frailty Intervention Trial(FIT) 프로토콜(Fairhall et al., 2008, pp. 1-10)에 따라 노쇠 중재사업을 기획 및 수행, 평가하였다(Cameron et al., 2013, pp. 1-10).

체중 감소, 탈진, 악력 저하, 보행 속도 저하, 신체 활동 저하의 영역으로 구성된 Cardiovascular Health Study(CHS) frailty 도구를 사용하여 혼스비 쿠링가이 지역 보건 서비스(Honsby Ku-ring-gai Health Service)⁶⁾의 노인 재활부(The Division of Rehabilitation and Aged Care) 소속 의사에 의해 노쇠 상태(CHS 3점 이상)로 확인된 대상자 241명을 선정하였다.

6) DRACS는 지역사회와 외래 환경에서 프로그램을 운영하는 임상 서비스(clinical service)이며, 노인 사정팀(Aged Care Assessment Team)을 포함함.

2) 세부 내용

호주 FIT 사례의 노쇠 증재는 12개월간 실시되었으며, 증재 내용은 다음과 같다.

〈표 2-2-5〉 호주 FIT 사례의 대상자에 따른 증재 내용

대상	노쇠 증재 활동 참여 노인	노쇠 증재 활동 비참여 노인
증재 내용	노인포괄평가	
	체중 감소, 탈진, 악력 저하, 보행 속도 저하, 신체 활동 저하에 따른 개인 맞춤형 접근	일반적 노인 건강 서비스(health and aged care service)

120명의 노쇠 증재 활동 참여군에게 제공한 증재는 CHS frailty 도구에서 취약한 영역에 대한 맞춤형 접근을 시도하였다. 예를 들어, 체중 감소를 경험한 대상자에게는 영양사가 직접 대상자의 영양 상태를 평가하였고, 필요한 경우 홈 배달 식사를 제공하였다. 또한, 신체질량지수(Body mass index, BMI)가 18.5 kg/m^2 미만이거나 중·상완 둘레가 호주 연령 및 성 기준 대비 10 퍼센타일 미만인 경우, 칼로리·단백질 보조제를 제공하였다. 탈진을 경험하거나 노인우울척도(Geriatric Depression Scale)가 높은 대상자에게는 정신과 의사 혹은 임상심리사의 도움을 받을 수 있도록 하였고, 사회적으로 고립된 대상자에게는 참여를 유도하는 활동 그룹을 소개하고, 전화 안부 서비스를 제공하였다.

악력 및 보행 속도, 신체 활동 저하를 경험한 대상자에게는 이동성 향상을 목적으로 2가지의 운동 프로그램을 제공하였다. 12주 과정의 10가지 방문 물리치료(home-based physiotherapy) 및 재가 운동 프로그램과 균형감각 유지를 위한 체중 부하 프로그램(WEBB: Weight-bearing Exercise for Better Balance)이 그것이다.

물리치료사에 의한 사례 관리와 물리치료사, 노인병 전문의, 재활임상의, 간호사, 영양사를 포함하는 다학제팀의 사례 콘퍼런스를 통해 대상자에게 적절한 중재를 조정 및 제공하였으며, 모든 대상자들에게는 공통적으로 포괄적 노인 평가를 실시하여 만성질환, 통증 관리와 같은 전반적 노인 건강 상태를 지속적으로 확인하였다.

121명의 노쇠 중재 활동 비참여군에게는 일반 노인들이 이용 가능한 건강 서비스(health and aged care service)를 제공하였다. 이는 일반 의사(GP) 이용, 의료 전문 상담, 돌봄과 의료의 통합 서비스 등을 포함한다.

3) 평가 결과

사업 착수 이후 3개월, 12개월 되는 시점에서 대상자들의 노쇠와 이동성을 재측정한 결과, 사업 12개월째 노쇠 중재 활동 참여 노인이 비참여 노인에 비해 노쇠와 이동성 장애에 해당하는 대상자 수가 감소하였다. 이를 통해 다학제 간 다요인 중재가 노쇠와 이동성 장애 단계에 있는 노인의 기능 회복에 효과가 있는 것을 확인하였다.

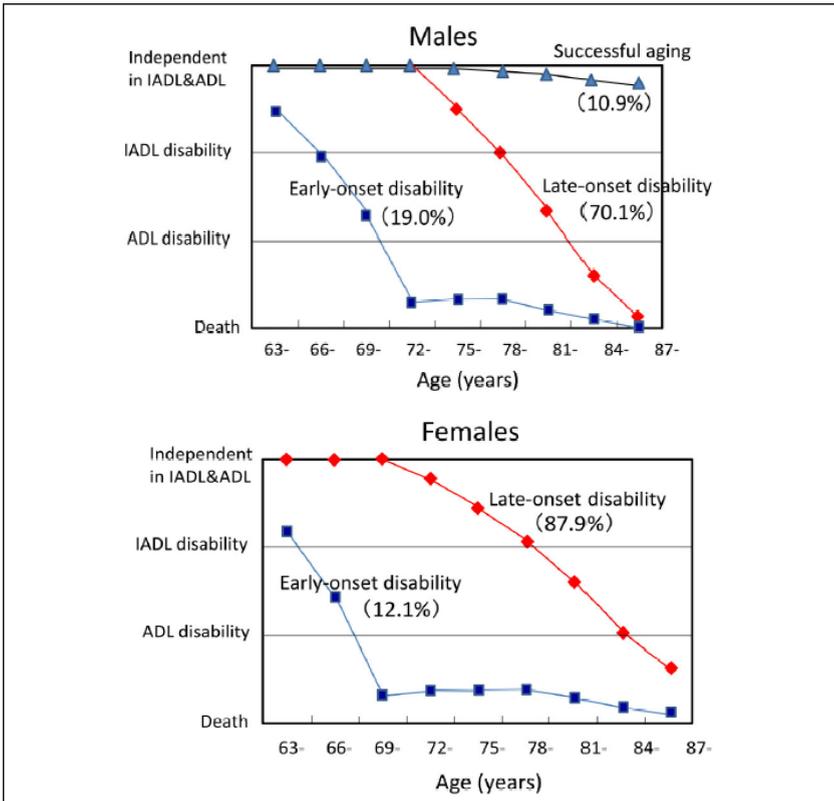
다. 일본 군마현의 노인 건강증진 및 노쇠 관리 사업

1) 개요

일본에서는 건강노화를 저해하는 핵심 요인으로 후기 발병 장애(late onset disability)에 주목하였고, 장애 발생 전 단계로 볼 수 있는 노쇠를 예방하기 위한 목적으로 일본 군마현 구사쓰 정에서는 65세 이상 전체 재가 노인을 대상으로 2001년부터 신체 활동, 영양, 사회 참여 증진을 노쇠

예방의 주요 전략으로 내세워 사업을 실시하였다(Shinkai et al., 2016, pp. 87-97). 구사쓰 정은 65세 이상 노인 인구 비율이 30%로 일본 전 지역의 65세 이상 노인 비율(2016년 기준 26.7%)에 비해 높은 편이다(서정환, 2016).

[그림 2-2-10] 후기 노령기 기능적 감퇴 양상(일본 노인 대상 20년 추적 연구 N=5717)



자료: 1) Akiyama, H. (2010). Chouji Jidai No Kagaku To Shakai No Koso.
 2) Shinkai, S. et al.(2016), Public health approach to preventing frailty in the community and its effect on healthy aging in Japan, p. 88에서 재인용.

2) 세부 내용

가) 노쇠 측정 도구 개발

본 사업을 실시하기 이전에는 일본에서 폭넓게 활용되고 있는 노쇠 측정 도구가 없었기 때문에 Fried의 도구를 기반으로 일본의 맥락을 반영하여 비교적 현장에서의 활용이 용이하도록 <표 2-2-7>과 같이 노쇠 측정 도구(The Check-List 15)를 개발하였다. 도구는 15개의 항목으로 칩거(home boundness), 낙상, 영양 등에 대한 내용을 포함한다. 개발한 도구를 활용하여 구사쓰 정 노인의 노쇠 특성 및 건강노화와 관련된 요인의 내용을 담은 데이터(Kusatsu Longitudinal Study on Aging and Health)를 2001년부터 구축하였다. 이를 통해 노쇠의 위험 요인으로 신체적 기능 저하, 영양 상태 저하, 사회적 기능 저하, 심혈관계 질환 전 단계 증상 등을 밝혀내었다(Shinkai et al., 2016, pp. 87-97).

<표 2-2-6> The Check-List 15

항목	0점	1점
1. 주로 하루 종일 집에 계십니까?	아니요	예
2. 외출을 얼마나 자주 하십니까?	1회/2-3일	주 1회 미만
3. 취미가 있으십니까?	예	아니요
4. 친구처럼 대화를 나눌 이웃이 있으십니까?	예	아니요
5. 나가서 만날 가까운 친구, 가족 친척이 있으십니까?	예	아니요
6. 지난 1년간 낙상의 경험이 있으십니까?	아니요	예
7. 1km 이상을 쉬지 않고 걸을 수 있으십니까?	도움없이 가능	아니요
8. 보시는 데에 문제는 있으십니까?	예	아니요
9. 집에서 자주 미끄러지거나 넘어지십니까?	아니요	예
10. 넘어질까 두려워 외출을 삼가신 경험이 있으십니까?	아니요	예
11. 지난 1년간 입원한 경험이 있으십니까?	아니요	예
12. 최근 식욕이 있으십니까?	아니요	예
13. 씹는 데 어려움이 있으십니까?	거의 없음	어려움
14. 최근 6개월간 3kg 이상 체중 감소가 있었습니까?	아니요	예
15. 최근 6개월간 근육, 지방이 줄었다고 느끼십니까?	아니요	예

주: 4점 이상일 경우, 노쇠로 정의함.

자료: Shinkai, S. et al. (2016). Public health approach to preventing frailty in the community and its effect on healthy aging in Japan p. 89, table 1.

나) 노쇠 중재 활동

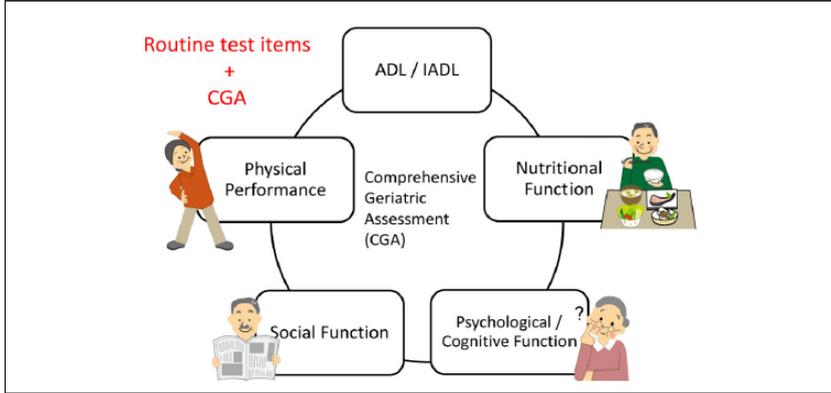
본 사업은 지역 정부의 공중보건 담당 기관과 도쿄 노년학 연구소가 협력하여 진행하였고, 지역사회 노인을 대상으로 하는 사업이기 때문에 지역 정부 소속의 간호사와 영양사를 활용할 수 있었다. 또한, 사업 진행 전 지역사회 노쇠 이슈에 대한 포럼을 통해 지역 노인회, 보건복지 전문가, 참여를 원하는 대상자, 연구팀 등이 의견을 공유하며 지역사회의 참여 및 역량 강화를 도모하였다. 사업 대상자에 따른 중재는 다음과 같다.

〈표 2-2-7〉 일본 군마현 사례의 대상자에 따른 중재 내용

대상	전체 노인	노쇠 고위험 및 노쇠 노인
중재 내용	노인포괄평가	
	신체 활동, 영양, 사회적 참여 영역의 건강증진 활동	장기요양 예방 프로그램

주요 사업 내용은 1차 예방을 위해 신체 활동, 영양, 사회적 참여 개선에 도움이 되는 건강증진 활동을 수행하였고, 2차 예방을 위해 법적으로 매년 실시하는 건강검진에 노인포괄평가를 추가하여 기능이 저하된 대상을 파악하였다. 노인포괄평가에는 신체적 기능, 일상생활 수행 능력, 영양 상태, 사회적 기능, 사회심리적/인지적 기능에 대한 내용을 포함한다(Shinkai et al., 2016, pp. 87-97)(그림 2-2-11 참조). 신체적 기능은 걸음 속도, 악력, 선 자세 균형 등으로 측정하고, 영양 상태는 체질량지수, 알부민, 헤모글로빈, 총콜레스테롤 수치로 확인한다. 3차 예방을 위해서는 노쇠 고위험군 및 노쇠군을 대상으로 장기요양보험에서 관리하는 장기요양 예방 프로그램에 참여하도록 독려하였다. 프로그램은 신체 활동, 영양, 사회활동 영역을 기반으로 운동, 구강건강, 바른 식생활, 우울증 예방, 두뇌기능 촉진 등의 교육 내용으로 구성된다(이윤환, 2015, p. 124).

[그림 2-2-11] 노인포괄평가 내용



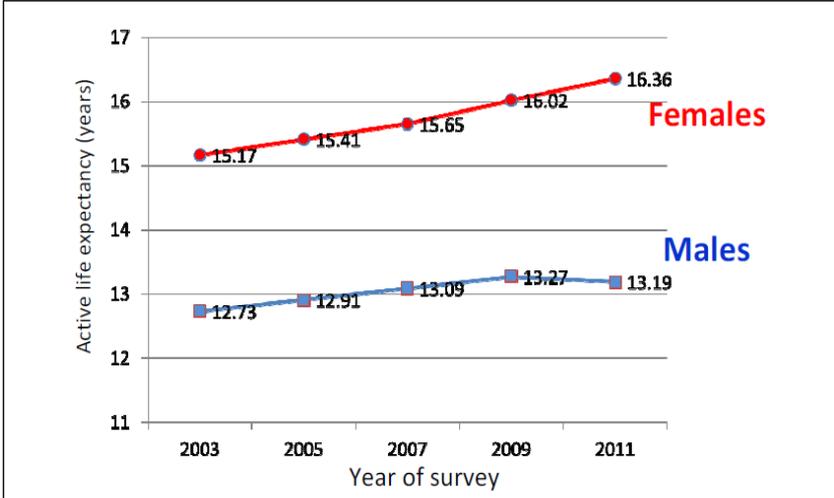
자료: Shinkai, S. et al. (2016). Public health approach to preventing frailty in the community and its effect on healthy aging in Japan. p. 91. Figure 3.

3) 평가 결과

사업의 평가를 위해 2년마다 모니터링을 실시하였으며, 사업 시행 10년 후 평가한 결과, 남녀 모두에서 70세의 건강수명이 증가하는 양상을 보였고(그림 2-2-12 참조), 기능적 건강 향상을 확인하였다(그림 2-2-13 참조). 또한, 75세 이상 노인의 장기요양보험 신규 인정률 감소 등의 효과를 알 수 있었다(그림 2-2-14 참조)(Shinkai et al., 2016, pp. 87-97).

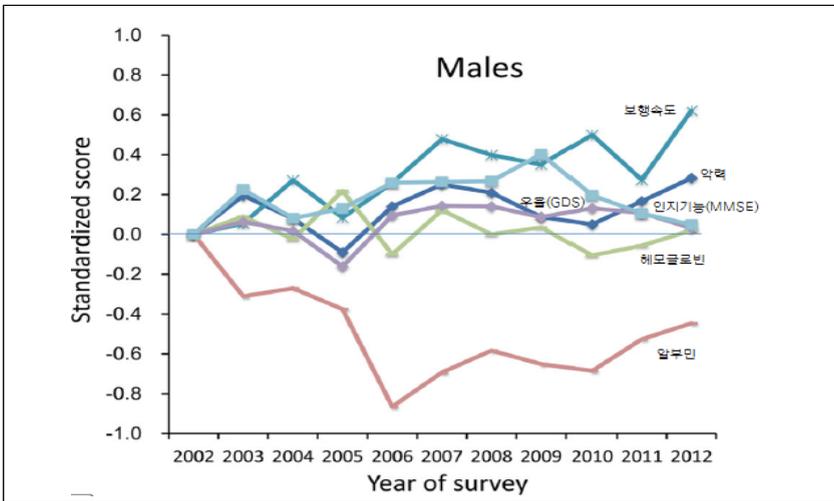
이 사업은 노인의 건강과 관련하여 질병 중심이 아닌 기능 및 노쇠 중심의 접근뿐만 아니라 지역사회 노인의 건강노화를 위한 공중보건학적 접근의 과학적 근거를 마련하였다는 평가를 받고 있다.

[그림 2-2-12] 구사쓰 정의 건강수명 변화

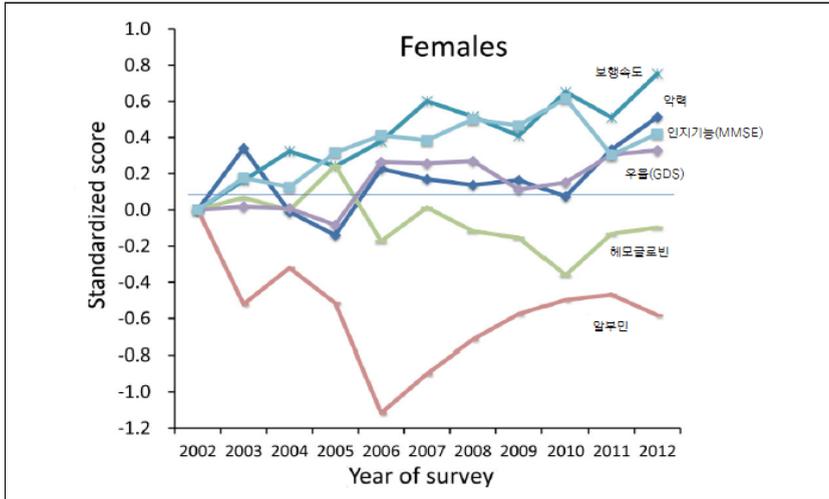


자료: Shinkai, S. (2012). Prevention of frailty and healthy aging. A 10-year community intervention and outcomes. Social Innovation for Healthy Ageing 발표 자료. p. 9.

[그림 2-2-13] 노인포괄평가 결과 변화

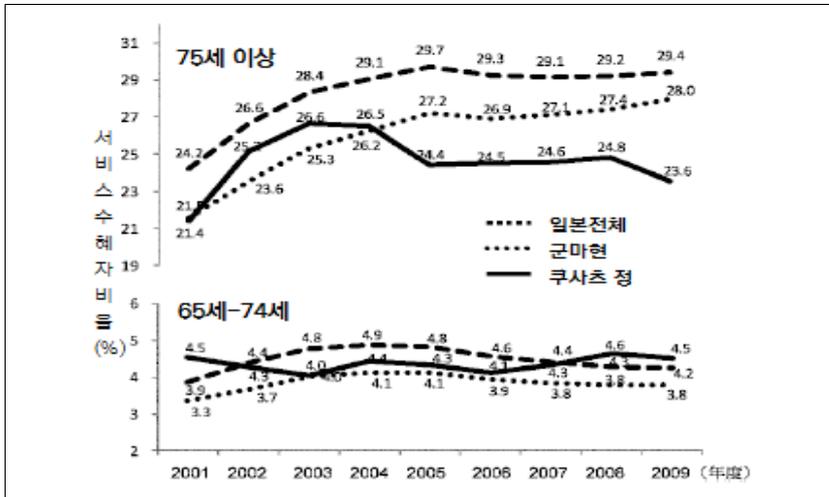


74 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형



자료: Shinkai, S. et al. (2016). Public health approach to preventing frailty in the community and its effect on healthy aging in Japan. p. 93. Figure 5-6.

[그림 2-2-14] 구사쓰 정의 장기요양보험 서비스 수혜자 비율 변화



자료: Shinkai, S. et al. (2013). Process and outcomes of the 10-years community intervention for disability prevention in Kusatsu, Gunma Prefecture. p. 602.

라. 유럽의 SPRINTT(Sarcopenia and Physical fRailty IN older people: multi-component Treatment strategies) 프로젝트

1) 개요

유럽위원회(EC: European Commission)와 유럽제약산업협회(European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations)의 지원을 받고 있는 유럽 최대의 글로벌 연구기관 및 비정부기구들로 구성된 민관협력 조직인 혁신적 의약품 이니셔티브(IMI: Innovative Medicines Initiative)에서는 노쇠 관리를 통한 노인의 삶의 질 향상을 위해 2014년 1월을 시작으로 근감소증 및 신체적 노쇠 노인의 다요인 중재 전략(Sarcopenia and Physical fRailty IN older people: multi-component Treatment strategies, SPRINTT) 프로젝트를 5년간 수행할 예정이다. 유럽의 9개 국가(이탈리아, 스페인, 프랑스, 체코, 폴란드, 독일, 네덜란드, 핀란드, 영국, 아이슬란드, 오스트리아)가 참여하여 15개 지역의 병원 및 대학 등에 거점 기관을 두고 수행하고 있다(Landi et al., 2017, pp. 89-91).

〈표 2-2-9〉에서 제시한 대로 각 지역에서 70세 이상 신체적 노쇠 단계 기준에 부합한 노인을 54~108명 모집하여 전체 1500명을 대상으로 이동성 장애를 예방하기 위한 목적으로 집단별 중재 요법을 달리하여 다중재 요법의 효과를 밝히고자 한다.

〈표 2-2-8〉 SPRINTT 프로젝트 참여 대상자 선별 기준

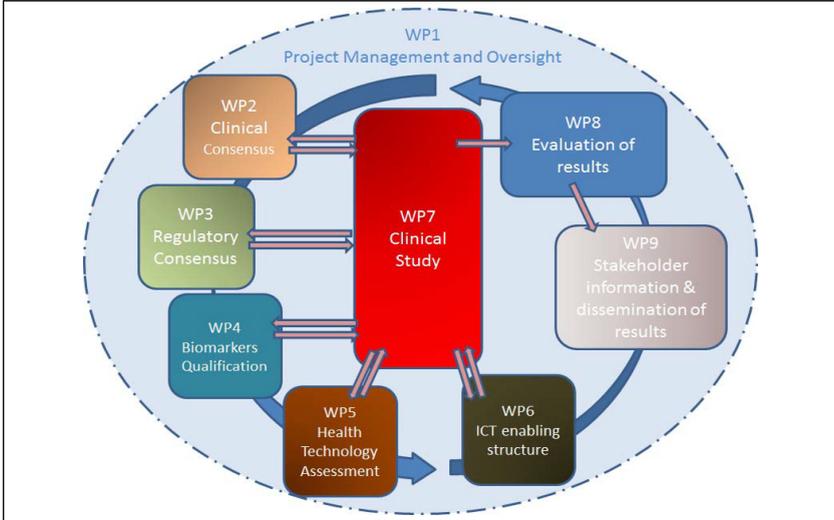
-
1. 70세 이상 연령에 해당하는 자
 2. 간이 신체 활동 능력 평가(Short Physical Performance Battery, SPPB) 점수가 3~9점에 해당하는 자
 3. 400m의 도보 테스트를 15분 이내에 주저앉지 않고 다른 사람의 도움 또는 워커 사용으로 완료할 수 있는 자
 4. 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry, DEXA)으로 일정 수준의 근육량이 확인된 자
 5. 프로젝트에 참여하기를 희망하는 자
-

자료: Landi, F. et al., (2017). The “Sarcopenia and Physical frailty in older people: multi-component Treatment strategies”(SPRINTT) randomized controlled trial: design and methods. p. 92. table 2.

2) 세부 내용

SPRINTT 프로젝트의 수행 체계는 [그림 2-2-15]와 같다. 수행팀 1에 서는 프로젝트의 관리 및 총괄을 담당하고, 수행팀 2는 과학적 근거에 따 른 연구 디자인에 관여하고, 수행팀 3은 수행팀 2에서의 결과를 가지고 프로젝트 시행 전에 평가를 한다. 수행팀 4는 프로젝트 시작 단계에서 생 체지표 자격을 정의하고 대상자를 모집한다. 수행팀 5는 프로젝트 성과 의 정의를 내리고, 종료 시 수집된 자료와 결과에 대해 전반적인 평가를 한다. 수행팀 6은 지역사회 거주 노인에게 적합한 정보통신기술(ICT) 플 랫폼을 구현하여 최적의 데이터를 수집하도록 지원한다. 수행팀 7은 실 제 프로젝트 자체를 수행하고, 수행팀 8은 프로젝트 결과를 검토하여 결 론을 도출한다. 수행팀 9는 5년간의 프로젝트 기간 동안 프로젝트의 진행 상황 및 가치에 대해서 이해 관계자와 언론에게 적절하게 공유토록 한다.

[그림 2-2-15] SPRINTT 프로젝트의 수행 체계



자료: SPRINTT. (2017. 7. 12). Work Package 1: Project Management and Oversight. <http://www.mysprintt.eu/en/wp>에서 2017. 9. 21. 인출.

SPRINTT 프로젝트의 노쇠 중재는 앞서 살펴본 호주의 FIT 사례와 같이 노쇠 중재 활동 참여군과 비참여군으로 나누어 진행하도록 기획되었다. 대상자별 중재 내용은 다음과 같다.

<표 2-2-9> SPRINTT 프로젝트의 대상자에 따른 중재 내용

대상	노쇠 중재 활동 참여 노인	노쇠 중재 활동 비참여 노인
중재 내용	정보통신기술(ICT)을 기반으로 한 신체 활동, 영양 상담 및 관리	건강노화 생활 교육(Healthy aging lifestyle education, HALE) 프로그램

노쇠 중재 활동 비참여 노인 대상으로는 1-2회/월 건강노화 생활 교육 (Healthy aging lifestyle education, HALE) 프로그램을 제공한다. 교육 워크숍 형식으로 진행되며, 주제는 백신, 통증 관리, 요실금 및 배변

관리 등 노인에게 필요한 내용으로 구성된다. 또한, LIFE 연구(Pahor et al., 2014, pp. 2387-2396)에서 활용한 간단한 상지 스트레칭 운동과 완화 기술 등을 워크숍 끝날 때마다 수행하며, 이러한 운동 요법은 위약 운동(placebo exercise)의 효과를 기대하는 것이다.

노쇠 증재 활동 참여 노인 대상으로는 중등도의 신체 활동 및 영양 상담 및 관리가 제공되며, 정보통신기술(ICT)을 기반으로 대상자들의 기록을 모니터링하고, 데이터를 수집한다. 신체 활동 증재는 역시 LIFE 연구에서 활용한 운동 프로토콜에 기초하여 유산소, 근력, 탄력성, 균형 운동을 포함한다. 신체 활동 프로그램은 시설이나 집에서 수행될 수 있도록 고안되었으며, 증재 기간 동안의 조기 탈락을 방지하고 자기 효능감을 촉진하기 위해 일주일에 2회 시설에서 교육을 받게 된다. 그러나 장기적 관점에서 시설에서의 교육은 보충적 도구일 뿐 궁극적으로는 재가 운동의 지속이 목표이다(Landi et al., 2017, p. 94).

영양 상담 및 관리 증재는 신체 활동의 효과를 극대화하기 위해 고안된 것이며, 대상자의 영양 상태를 사정하고, 맞춤형 식이를 권고한다. 본 프로젝트에서 영양 관리의 목표는 총 칼로리 섭취량 25~30 Kcal/kg/일과 평균 단백질 섭취량 최소 1.0~1.2g/kg/일을 달성하는 것이다.

향후 신체적 노화 및 근감소증에 대한 평가를 위해 프로젝트 12개월, 24개월, 36개월 시에 대상자들의 검체(혈액과 소변)를 채집하여 보관할 예정이다(Landi et al., 2017, p. 95).

3) 평가 계획

본 프로젝트의 효과 검증을 위한 일차적 평가는 이동성 기능 장애로 측정하며, 400m 도보 테스트 완수가 가능하다면 이동성 기능 장애가 없는

것으로 판단한다. 그 외 근육량 및 강도, 일상생활 수행 능력, 신체 계측, 영양 상태, 인지 기능, 우울, 낙상, 삶의 질, 의료 서비스 이용, 사망률 등을 이차적 결과로서 평가하고자 한다(Landi et al., 2017, p. 96).

본 프로젝트를 통해 노인의 기능 저하 혹은 장애의 예방을 위한 노쇠 관리 중재의 과학적 기반이 마련되어 유럽 사회의 건강 및 돌봄 시스템에 미칠 영향을 기대해 본다.

4. 외국 제도와 사례가 주는 함의

보건과 복지를 통합하기 위한 영국 정부의 노력은 당초 노인들의 의료 및 요양시설 중심의 고비용 체계를 개편하기 위한 차원에서 진행되었지만, 비단 비용 측면뿐 아니라 노인들의 복합적인 건강 및 돌봄 요구에 대한 효과적 대응을 위해서도 점차 중요한 정책 의제가 되었다. 이러한 배경하에 영국의 보건·복지 연계 노력은 중앙정부의 주도 대신, 지방의 실정에 따라 조직의 사업 내용이 다양한 형태로 시도되고 있으며, 최근에는 구체적인 서비스 제공 모형을 중심으로 다양한 시도들이 이루어지고 있는 모습이다. 예를 들어 런던 북서부 지역의 경우, 복합적 질환을 갖고 있는 환자 대상 전향적 사례 관리, 케어 세팅별 환자 상태와 케어 플랜에 대한 공유 정보 시스템 구축 등을 주요 내용으로 하는 WSIC(Whole System Integrated Care) 프로그램을 2014년부터 실시하고 있으며, 여기에서는 Clinical Commissioning Group(CCG)이라고 하는 GP 중심의 임상 전문가 조직이 서비스 계획과 전달에서 주요한 역할을 담당하고 있다. 그 외에도 잉글랜드 지역에서는 케어홈에 있는 노인에게 통합된 서비스를 제공하는 ‘케어홈 건강증진(Enhanced health in care homes)’ 모델, 일반의와 병원, 지역사회 서비스, 정신건강 서비스를 하나로 통합

한 일차 및 급성기 의료에 대한 통합 시스템(Integrated primary and acute care systems), 병원 내에서만 받을 수 있는 전문가의 서비스를 지역사회로 내보내고자 하는 ‘지역사회 복합 전문 공급자 모형(Multi-specialty community providers(MCPs))’ 등 다양한 통합 모델들을 시도함으로써 지역사회 노인들의 건강 및 돌봄 요구에 부합하는 적정 모델을 탐색하고 있다. 이러한 모형들은 NHS와 지역 당국 간 통합은 물론이고, NHS 내에서의 수직적, 수평적 통합을 핵심 내용으로 한다.

이상에서 살펴본 영국의 보건·복지 통합 모형은 보건과 복지(social care)의 균형적 제공보다는 NHS 중심의 의료 모델을 바탕으로 복지의 요소들을 확장해 나가는 양상이며, 여기에는 지역사회 일차 의료를 강건하게 발전시켜 온 영국 보건 시스템의 특징이 강하게 작용한 것으로 보인다. 따라서 취약한 일차 의료 시스템을 갖고 있는 우리나라가 이러한 영국의 모형을 직접적으로 벤치마킹하기는 다소 어려울 것으로 예상된다. 그럼에도 불구하고 영국의 사례가 우리에게 주는 시사점은 우리나라도 지역 수준에서 보건과 복지가 함께 참여할 수 있는 구체적 기제와 접점에 대한 고민이 적극적으로 필요하다는 점이다. 물론 한국 역시 사례 관리를 중심으로 통합적 복지 서비스 제공 체계를 구축해 나가고자 하지만, 여전히 보건과의 접점이 부족하고, 개인 수준을 넘어 지역의 욕구도를 공동으로 판단하여 이에 근거해 지역 보건복지의 전략을 공동으로 수립해 가는 과정이 부족하다. 영국은 커미셔닝이라는 연계 수단을 통해 통합적 욕구 사정과 전략을 수립하고 있으며, 이때 서비스 구매력과 실행력이 제도적으로 보장됨으로써 자원을 포괄적으로 동원할 수 있다는 점을 주목할 필요가 있겠다(강창현, 2013, p. 419).

호주의 경우 연방정부 차원에서 시행하는 노인 대상 보건·복지 통합 서비스의 가장 큰 특징은 ‘My Aged Care’라는 단일 플랫폼이 존재하여 노

인의 건강 상태를 평가하고 필요한 서비스에 대한 정보를 주는 것이다. 국내의 경우 노인과 가족이 의료와 요양 서비스를 이용할 때 신뢰할 정보가 없어서 어려움을 겪고 있다. 따라서 우리도 ‘My Aged Care’와 같은 정보 시스템 구축을 적극 검토해야 할 것이다. 또한 ‘ageing in place’ 관점에서 홈케어 패키지 프로그램(HCPP)과 같은 이용자 중심의 서비스 프로그램 제공이 필요한데 국내 상황에 적합한 방식을 검토할 필요가 있다.

노쇠는 예방이 가능할 뿐 아니라 노쇠 상태로 진행된 경우도 일부는 이전 상태로 회복이 가능하다고 알려져 있어 적절한 개입 및 관리가 필요하다. 고령화 시대에 건강노화를 달성하는 데 노쇠 관리는 매우 중요한 전략이다. 이 같은 관점에서 호주의 노인 건강증진 및 노쇠 관리 사업(FIT), 일본 군마현의 노인 건강증진 및 노쇠 관리 사업, 유럽의 SPRINTT 프로젝트 내용과 성공 요인 등을 분석하여 국내 상황에 적합한 노쇠 관리 사업 모형을 개발하는 것이 필요한 시점이다.

제3절 국내 지역사회 노인 건강증진 프로그램

노인의 건강증진과 삶의 질 향상을 위해서 국가적으로 노인 보건복지 사업을 진행하고 있다. 우리나라에서는 노쇠라는 개념하에 노인의 노쇠 예방 및 노쇠 관리를 위한 사업을 진행하는 사례가 많지는 않지만 제공 서비스의 내용 면에서는 현재 노인 대상으로 진행하고 있는 건강증진 사업이 노쇠 예방 및 관리 서비스에 해당된다고 볼 수 있을 것이다. 따라서 본 절에서는 현재 우리나라에서 노인을 대상으로 제공하고 있는 건강증진 사업을 소개하고 프로그램 사례를 제시하고자 하였다.

1. 지역사회 통합 건강증진 사업

가. 사업 개요

지역사회 통합 건강증진 사업은 지역사회 주민의 건강 수준 향상을 위해 지자체가 지역사회의 특성과 주민의 요구를 반영하여 건강생활 실천과 만성 질환 예방을 위한 프로그램과 취약계층 건강관리 프로그램 등을 기획하고, 추진하는 사업을 말한다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2016a, p. 2).

사업은 크게 시·군·구 사업과 시·도 단위의 사업으로 구분할 수 있으며, 시·군·구에서 진행되는 지역사회 통합 건강증진 사업의 영역(총 13개 사업)은 금연, 절주, 신체 활동, 영양, 비만, 구강보건, 심뇌혈관질환 예방 관리, 한의약 건강증진, 아토피·천식 예방 관리, 여성 어린이 특화 사업, 치매관리, 지역사회 중심 재활, 방문건강관리로 구성된다. 이 중에서 금연, 절주, 신체 활동, 영양(영양플러스 사업), 치매관리 사업 등 국정 과제 사업의 경우에는 필수로 추진해야 한다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2016a, p. 11). 지역사회 통합 건강증진 사업 내용 중에서 노인의 노쇠예방과 연관성이 가장 높은 신체 활동, 영양, 방문건강관리 사업 중심으로 내용을 살펴보고자 한다.

[그림 2-2-16] 지역사회 통합 건강증진 사업 체계도



자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2016a). 2017년 지역사회 통합건강증진사업 안내(총괄). p. 6.

나. 세부 사업 내용

1) 신체 활동 관련 사업

신체 활동 관련 지역사회 통합 건강증진 사업 내용으로는 생애주기별 교육 및 프로그램 제공 사업, 건강 위험 요인 개선을 위하여 개인에게 맞는 신체 활동 서비스와 신체 활동 증진을 위한 홍보 및 캠페인, 신체 활동을 위한 환경 조성으로 크게 나눌 수 있다.

생애주기별 교육 및 프로그램 제공 사업의 경우에는 아동 및 청소년, 성인, 노인으로 사업 대상을 구분하여 서비스를 제공하는데, 노인의 경우에는 일상생활을 하는 데 필요한 기능을 향상시키기 위한 신체 활동 프로그램을 제공하는 데에 목적을 두고 있으며, 특히 낙상, 요통, 관절염 등 노인에게 빈번하게 발생하는 질환과 관련된 신체 활동 프로그램을 제공하도록 권장하고 있다. 생애주기별 신체 활동에 대한 이론 교육과 실기 교육으로 구성되며, 노인에게는 노인의 신체 활동 건강증진 효과, 노년기 근골격계 질환과 신체 활동, 일상생활 기능 유지와 신체 활동, 신체 활동과 건강수명과 같은 주제로 이론 교육을 실시한다.

노인 대상으로 하는 실기 프로그램으로는 낙상 예방을 위한 유연성, 평형성, 근력 운동 프로그램, 걷기 향상을 위한 걷기 교육 프로그램, 노인 신체 활동 지침상 주3회, 1회 50분 운동 권장, 생활터(보건소, 경로당 등) 방문 프로그램 운영 등을 권장하고 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2016b, pp. 47-52).

〈표 2-2-10〉 노인 대상 신체 활동 교육 및 프로그램 제공(안)

구분	목표	주제
이론 교육	일상생활 건강 기능 유지 및 건강수명	1) 노인 신체 활동의 건강증진 효과 2) 노년기 근골격계 질환과 신체 활동 3) 일상생활 기능 유지와 신체 활동 4) 신체 활동과 건강수명
실기 프로그램		1) 낙상 예방을 위한 유연성, 평형성, 근력 운동 프로그램 2) 걷기 향상을 위한 걷기 교육 프로그램 3) 주 3회, 1회 50분 이상 권장 4) 생활터 방문 프로그램 운영 권장

자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2016b). 2017년 지역사회 통합건강증진사업 안내(신체 활동). pp. 49-50.

2) 영양 관련 사업

지역사회 통합 건강증진 사업 중 영양 관련 사업으로는 홍보·캠페인 및 환경 조성 사업, 생애주기별 영양 관리 사업이 있다. 생애주기별 영양 관리 사업 내용 중 특히 노인 대상으로는 어르신을 위한 영양 교육 프로그램, 실버 건강 식생활 사업 등이 있는데, 어르신을 위한 영양 교육 프로그램은 노인들에게 노년기의 식생활의 중요성에 대해 알리고, 식품 구매부터 조리 방법 등에까지 다양하게 교육하여 노인들이 올바른 식습관을 가질 수 있도록 하는 프로그램으로 총 8주의 교육과정으로 구성되어 있다. 만 65세 이상 노인을 대상으로 노인들이 모여 있는 경로당이나 노인정, 노인 복지관 등에서 교육을 진행하게 된다.

실버 건강 식생활 사업의 경우에는 65세 이상 독거노인 등 취약계층 노인을 대상으로 식생활 관리를 위한 교육을 진행하고 과일, 유제품 등으로 구성된 건강한 간식을 제공하는 프로그램으로, 연령 및 소득 기준에 따라 대상자를 선정한 뒤 대상자의 건강 상태(신체 기능, 영양 상태, 구강 기능, 만성질환 여부 등)를 파악하고, 건강 상태에 맞는 식생활 관리 계획을 세우고, 대상자에게 식생활 관리 서비스 및 건강 간식 도시락 서비스를 제공하는 것으로 구성되어 있다. 노인 식생활 관리 및 영양 교육 프로그램의 경우에는 한 달에 한 번씩 대상자의 영양 상태에 맞추어 영양 교육 및 상담을 실시하고, 대상자의 상황에 따라 단체 교육 및 개인·가정방문 상담으로 선택하여 진행하는 것으로 한다. 건강 간식의 경우에는 과일과 우유 및 유제품을 주 3회 제공하는 것을 목표로 대상자 가구의 저장 시설 및 거주 공간 상태에 따라서 횟수를 조절하도록 권장하고 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2016c, pp. 141-147).

3) 방문건강관리 사업

지역사회 통합 건강증진 사업 중 하나인 방문건강관리 사업은 취약계층의 건강 인식을 높이고, 그들의 건강 상태를 유지하거나 개선시키는 데에 목적을 두는 사업이다. 즉 취약계층의 건강 행태를 개선하고, 건강 문제를 관리하는 프로그램이다. 2017년에는 특히 생애주기별 건강생활 실천과 관련하여 건강관리 서비스를 제공하고, 노인 건강관리를 강화하는 방향으로 추진할 것을 강조하고 있다.

노인 대상의 방문건강관리 사업은 장기요양등급을 받지 않은 만 65세 이상의 노인 중 허약노인 판정 평가(만 65세 이상 건강면접조사표)를 실시하여 고위험 허약노인(4~12점)에 해당될 경우 운동, 영양, 구강 관리, 낙상 예방, 우울 예방 등 허약노인을 위한 중재 프로그램과 치매 관련 건강관리, 사회적 참여 지지와 독려 등을 제공하는 프로그램으로 지역의 상황에 따라 제공하는 서비스의 내용은 차이가 있을 수 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2016a, pp. 116-117).

다. 지역사회 통합 건강증진 사업 제공 사례

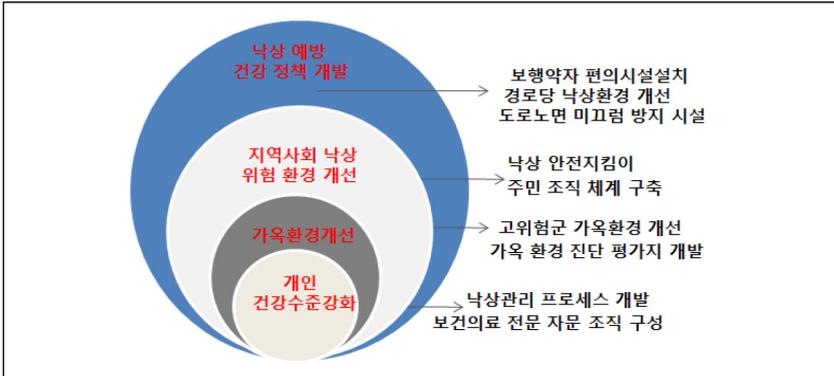
지역사회에서 각 지역의 특색에 맞게 통합 건강증진 사업을 개발하고 추진하는 내용을 실제 울산, 경기, 강원 지역 사례를 통하여 살펴보고자 한다.

1) 울산 동구 사례(살피는 정책, 바로서는 건강! - 낙상 예방 환경 개선-)

울산 동구 보건소에서는 성인의 낙상 경험률이 증가함에 따라 50세 이상 골감소 주민을 대상으로 체계적인 낙상 예방 관리 프로세스 개발을 통

한 개인의 건강 수준 강화, 주민 주도적 낙상 위험 환경 개선을 통한 낙상 경험을 감소, 낙상 위험성 인지 및 예방 수칙 준수를 통한 낙상 대비 능력 강화를 목적으로 사업을 실시하였다.

[그림 2-2-17] 울산 동구 낙상 예방 사업 전략 개발도



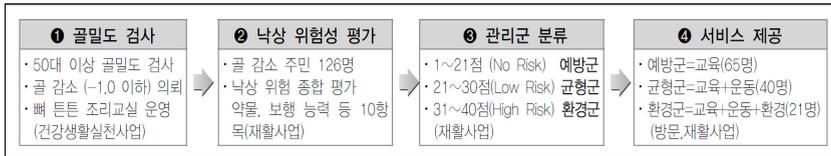
자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2017a). 2016년 지역사회 통합건강증진사업 우수사례집. p. 23.

개인 건강 수준 강화를 위해 낙상 예방 솔루션 위원회를 조직하여 낙상 관리 프로세스 개발 및 위험 인지 항목, 예방 수칙을 선정하였고, 낙상 예방 관리 프로세스를 개발하여 골감소 주민 126명에게 적용하였다. 즉 해당 주민들을 대상으로 낙상위험성을 평가한 후 예방군(No risk), 균형군(Low risk), 환경군(High risk)으로 나누어서 각 군에 따라 교육, 운동, 환경개선 서비스를 제공하였다.

낙상 고위험군으로 선정된 20가구에 대해서는 가옥 환경 개선을 실시하였는데, 대상자의 집안 내 보행 환경 분석을 실시하여 조명 밝기, 가구 배치 등을 진단하고, 거실·욕실 내 안전 바 설치, 조명 설치 등 낙상 위험 환경을 개선하였다. 또한, 지역사회의 낙상 위험 환경을 개선하기 위해서 낙상 안전 지킴이를 선발하고, 위험 환경에 대한 교육을 실시한 뒤 안전

신문고 앱을 통하여 낙상 위험 환경에 노출된 현장을 신고하도록 하였고, 신고 건이 접수되면 행정기관 검토를 통해 환경 개선을 실시하였다. 이 외에도 지역사회 장애인, 노인, 치매 환자 관련 시설에 지역사회 낙상 예방 관리 매뉴얼을 보급하는 등 지역 내 낙상 위험을 감소시키는 데 노력하였다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2017a, pp. 22-25).

[그림 2-2-18] 울산 동구 낙상 예방 관리 프로세스



자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원 (2017a). 2016년 지역사회 통합건강증진사업 우수사례집. p. 24.

2) 경기 김포시 사례(허약노인 Up&Down 프로젝트)

김포시는 허약노인의 자가 건강관리 능력을 향상시키고, 운동 실천을 및 주관적 건강 인지율을 향상시키기 위해 지역사회 협의체 구성을 기반으로 생활터 중심의 건강증진 프로그램 운영, 건강 행태 개선, 정신·사회 활동 증진 사업을 실시하였다. 사업 추진을 위하여 지역 내 주요 행정기관, 교육기관, 의료기관, 복지기관 등과의 협력 체계를 구축하였고, 지역사회 협의체(지역사회 재활협의체, 치매 협의체)를 구성하였다. 구체적인 사업 내용은 <표 2-2-12>와 같다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2017a, pp. 175-178).

〈표 2-2-11〉 경기도 김포시 보건소 사업 추진 내용

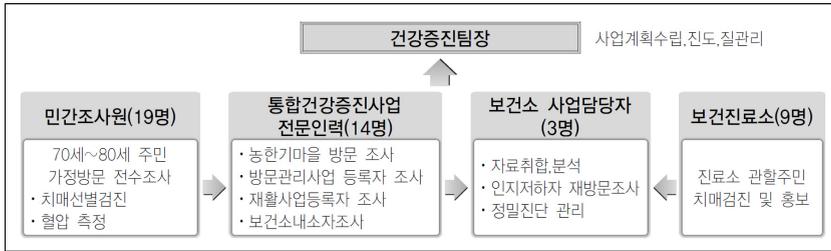
사업명	사업 내용
건강분위기 (생활터 중심) 구성	<ul style="list-style-type: none"> - 신바람 건강 체조 마을 읍·면 경로당, 보건진료소 내 장애인 및 취약노인을 대상으로 건강 체조, 체조 댄스, 요가 등 교육을 실시함. - 한방 건강 마을 읍·면 경로당 내 의료 취약 지역 취약노인을 대상으로 한방 마사지, 경혈 운동법 지도, 중풍 예방 교육 등을 진행함. - 한방 기공체조 뇌졸중 예방 및 관리에 도움이 되는 기공체조, 호흡 명상 등을 함께 함. - 행복한 노후! 늘 푸른 건강 마을 일개동 경로당 내 독거노인을 대상으로 우울, 치매 등 정신건강관리, 영양 실습, 작품 활동, 건강 체조 등을 실시함. - 심뇌혈관 예방 관리 이동 교실 경로당, 취약노인 및 장애인을 대상으로 혈압, 혈당, 혈중지질 4종 검사를 실시하고, 심뇌혈관질환 예방 및 관리 집단 교육을 실시, 선별 검사 등을 진행함.
건강생활 실천유도	<ul style="list-style-type: none"> - 독거노인 방문건강관리 등록된 독거노인과 경로당 이용 노인을 대상으로 고혈압, 당뇨 교실, 장거 요양 등급 외 대상자 등록 관리, 기초 건강관리 등을 실시함. - 활력 충전 프로그램 취약노인을 대상으로 관절 구축 예방을 위한 건강 체조, 소근육 발달을 위한 작품 활동을 진행함. - 경증 치매 환자 악화 방지를 위한 가족 사랑 이음센터 운영 저소득 등급외자 또는 등급 서비스를 이용하지 못하는 경증 치매 환자를 대상으로 치매 환자의 인지 개선, 건강관리, 사회활동 등 주간 활동 프로그램을 운영하고, 규칙적 운동, 음악 요법, 원예 요법 등을 실시함. - 뇌 튼튼 치매 예방 프로그램 치매 고위험군(만75세 이상)을 대상으로 인지 향상 프로그램을 실시함. - 치매 가족 지지 프로그램 치매 환자를 돌보는 가족을 대상으로 가족들 간의 다양한 의견 제시 및 토론을 통한 정보 공유 활동을 실시함. - 은빛 나라 입속 탐험 구강 관리 만65세 이상 노인을 대상으로 개인별 구강검진, 평소 잇솔질 습관 및 칫솔모 파악 교육을 실시함. - 노인 불소도포·스케일링 사업 만65세 이상 노인을 대상으로 잇몸 질환 진행 억제 및 우식 예방을 위해 불소도포·스케일링 또는 전문가 치면 세정술을 실시함.

자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2017a). 2016년 지역사회 통합건강증진사업 우수사례집. pp. 177-178.

3) 강원 고성군 사례(“건강하고 행복한” 노인 만들기 프로젝트 - 전수 조사 및 관리를 통한 통합적 노인 건강관리 사업)

강원도 고성군에서는 노인 인구가 급격하게 증가함에 따라 지역 내 치매 등 중증질환 관리의 문제가 대두되면서 만 70~80세 전수 노인을 대상으로 혈압 조사, 치매 조사 등 건강 관련 전수조사를 시행하여 노인의 혈압 인지율, 고혈압 치료율, 치매 치료율 100%를 달성하고자 하였다.

[그림 2-2-19] 강원 고성군 보건소 사업 투입 인력



자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2017a). 2016년 지역사회 통합건강증진사업 우수사례집. p. 183.

대규모 전수 노인 건강관리를 위하여 보건소 내부 조직 및 외부 조직, 지역 자원과의 협력 체계를 구축하였으며, 표적 집단인 만 70~80세 노인의 전수조사를 실시하였다.

전수조사 대상 노인을 위한 조기중증치매 전수 예방, 고혈압 해당 노인군 100% 혈압 관리, 통합적 노인보건 사업을 추진하였으며, 치매 전수조사를 통해 인지저하자를 발견한 후 정밀 진단을 통해 치매 환자를 발굴하였으며, 원격 치매 화상 진료를 실시하였다. 또한, 노인 혈압 전수조사 후 고혈압 의심자 및 고혈압 미치료자에 대해서는 등록 관리를 실시하고, 투약일에 맞추어 전화를 드리는 등 투약 모니터링을 실시하였다. 마지막으로 통합적 노인 보

건 사업 추진을 위해 경로당을 대상으로 통합적 노인 운동 프로그램을 운영하였으며 치매, 금연, 심뇌혈관 교육, 자살 예방 교육 등을 함께 진행하였다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2017a, pp. 181-182).

라. 건강생활지원센터 운영

1) 사업 개요

도시 지역(행정구역상 ‘동’ 지역)의 경우, 인구밀도가 높은 만큼 취약 인구가 많이 몰려 있음에도 불구하고 보건소 1개가 지역 전체 인구의 건강 서비스를 도맡아 하고 있어, 도시 보건지소의 필요성이 대두되었다. 이에 2007년부터 도시 보건지소 시범 사업이 시작되었으나, 지역 내 부지 확보의 어려움, 인력 투입 문제, 민간 의료기관과의 갈등 등의 문제로 전국적으로 빠르게 확산되지는 못했다. 이러한 문제를 해결하기 위해서 설치·운영비 부담을 완화하고 진료 기능을 제외한 내용으로 2013년부터 ‘건강생활지원센터’ 모형으로 전환하여 시범 사업을 실시하였고, 지역 수요가 높아 2015년에 지역보건법 개정을 통하여 건강생활지원센터 설치 근거를 마련하여 현재(2017년)까지 총 34개 설치를 추진하였다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2017b, pp. 1-2).

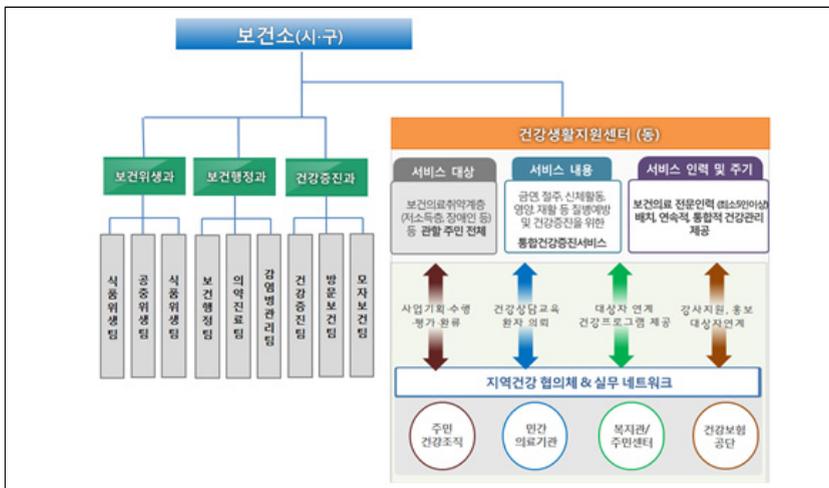
2) 사업 내용

건강생활지원센터와 보건소와의 차이점은 보건소는 관할 지역 전체에 대한 사업의 총괄 및 기획 기능을 한다면, 건강생활지원센터에서는 센터가 있는 해당 동 지역을 관할하며 그 지역의 수요에 맞게 지역 특화형 건

강증진 사업을 발굴하고 수행하는 것이다. 건강생활지원센터의 핵심 운영 원리는 ① 지역사회 기반, ② 주민 참여, ③ 지역 자원 협력이며, 이 운영 원리에 맞추어 사업을 개발하고 추진해야 한다.

건강생활지원센터에서는 지역 특화 사업과 기본 사업을 수행해야 하며, 일반 진료, 예방접종, 건강진단서 발급 업무는 수행이 불가능하다. 지역 특화 사업이란 ‘지역사회 통합 건강증진 사업’에서 제시하고 있는 13개 사업 분야(금연, 절주, 신체 활동, 영양, 비만, 구강, 심뇌혈관, 한의학, 아토피천식, 임산부·어린이, 치매, 재활, 방문) 중에서 관할 지역에서 필요로 하는 사업 1개 이상을 선택하여 지역 주민 참여와 지역 자원과의 협력을 통하여 지역 특화 사업을 개발하고 추진해야 하며, 기본 사업으로는 ‘지역사회 통합 건강증진 사업’ 중 금연, 절주, 신체 활동, 영양, 만성질환 예방 및 관리 사업 중에서 선택하여 자율적으로 추진해야 한다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2017a, pp. 10-13).

[그림 2-2-20] 건강생활지원센터 개념 도식도



자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2017b). 2018 건강생활지원센터 사업 안내. p. 11.

2. 국민건강보험공단 노인 건강증진 프로그램

가. 건강백세운동교실 운영

국민건강보험공단에서는 2005년부터 노인 및 취약계층의 건강증진을 통해 의료비 절감에 기여할 수 있도록 ‘노인건강운동 교실’이라는 이름으로 생활체육 프로그램을 운영하기 시작하였고, 2011년 내부 공모를 통해 ‘건강백세운동교실’로 사업명을 변경한 뒤 꾸준히 사업을 운영하고 있다. 건강백세운동교실은 경로당, 주민자치센터, 야외 도심 공원 등에서 노인의 신체 기능 저하 방지와 질병 예방 및 건강한 노후 생활을 지원하기 위하여 노인에게 적합한 운동 강습, 건강 교육, 건강 측정 등의 프로그램을 운영하는 사업이다. 각 지역별로 주 2~3회의 운동 강습을 실시하며, 건강백세운동 표준 운동을 비롯하여 치매 예방 운동, 요가, 실버 체조, 댄스 교실, 태극권 등 지역에 따라 운동 프로그램을 다양하게 운영하고 있다 (국민건강보험공단, 2016, pp. 386-388).

나. 노인건강 마일리지 시범 사업

노인건강 마일리지 시범 사업은 2014년부터 개별적으로 운영되는 사업들의 중복 수혜를 막고 효율적인 자원 관리를 위하여 운동생활실천이 적은 지역을 중심으로 지역사회 자원 연계 체계를 구축하여 지역 내 노인 운동 참여율을 제고하는 것에 목적을 두고 실시하고 있다. 2014년 3개 지역에서 실시하다가 그 대상 지역을 점차 늘려 나가 2016년에는 12개 지역(서울 도봉구, 경기 성남시, 충남 예산군, 대구 달서구, 경남 진주시, 전남 고흥군, 강원 춘천시, 경기 파주시, 충북 진천군, 경북 안동시, 부산 진구, 전북 군산시)에서 실시하고 있으며, 시범 지역 내 노인이 노인 운동

및 건강 교육 프로그램을 운영하는 기관(보건소, 노인회, 복지관, 체육회, 공단 등)의 운동 프로그램에 등록하거나 지속적으로 참여를 하는 경우에 각 개인에게 점수를 적립(1인당 연간 최대 200점)해 주어 연 1회에 누적 점수 100점 기준으로 1만원 상당의 상품을 지급해 주는 사업이다(국민건강보험공단, 2016, pp. 389-390).

〈표 2-2-12〉 노인건강 마일리지 적립 기준

구분		점수(연간)	비고
누계		최고 200점	개인 단위 누적(가족 합산 불가)
운동 프로그램	등록	50점	최초 등록 때 1회만 인정, 신체 기능 측정 포함
	지속 참여	1회당 3점	점수 제한 없음
	종료	10점	프로그램 종료 신체 기능 측정(1회)
교육 프로그램	교육 참여	1회당 5점	점수 제한 없음

자료: 국민건강보험공단. (2016). 2016 비만백서. p. 389.

3. 서울시 ‘찾아가는 동주민센터(찾동)’ 사업

가. 사업 개요

서울시 ‘찾아가는 동주민센터(찾동)’ 사업은 2015년부터 서울시에서 추진하는 사업으로, 동주민센터가 일반 행정 업무를 위한 기관이기보다 주민의 복지를 위한 마을 공동체의 중심 기관으로서의 역할을 하도록 하기 위한 사업으로 현재 서울시 24개 구 342개 동에서 실시하고 있다.

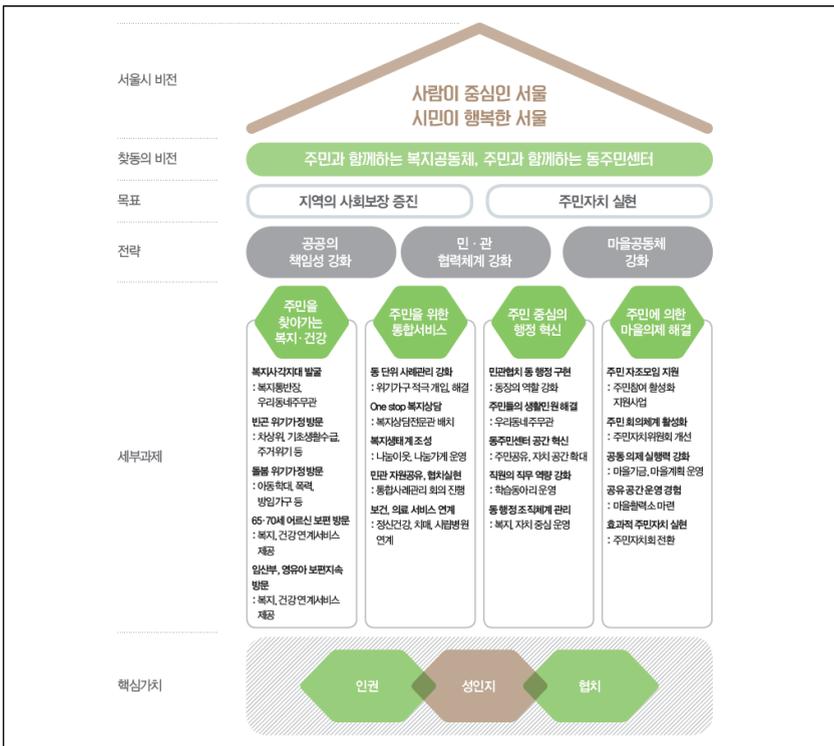
각 동마다 복지 플래너, 방문간호사, 우리동네 주무관이 배정되어 있어 복지 플래너의 경우에는 주민을 찾아가 주민 맞춤형 복지 서비스를 제공해 주고, 방문간호사는 65세, 70세 도래 어르신 및 출산 가정을 방문하여 건강관리를 해 주며, 우리 동네 주무관은 주민센터 직원이 지역 주민들과 소통하는 소통 창구로서의 역할을 하게 된다. 여기서는 노인의 건강과 관

련이 있는 방문간호사의 역할에 대해 중점적으로 살펴보고자 한다.

나. 어르신 방문건강관리

찾아가는 동주민센터 방문간호사는 크게 어르신 방문건강관리와 임산부·영유아 방문건강관리를 수행하며, 어르신 방문건강관리의 경우에는 서울시 거주 만 65세 이상 어르신과 취약계층의 건강 고위험 가정을 대상으로 건강증진 서비스를 제공하는 것을 목표로 한다.

[그림 2-2-21] 찾아가는 동주민센터 비전 및 목표



자료: 서울특별시. (2017). 찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼(건강). p. 8.

사업 내용은 필수적으로는 지역별 65세, 70세 도래 어르신 전수 보편 가정방문을 통하여 건강 위험도 측정 및 건강 위험도에 따른 지속적 건강 관리(사례 관리) 서비스 제공, 맞춤형 지역 자원 연계(지역 내 건강 생태계 사업, 치매지원센터, 정신건강증진센터, 복지 사업 등) 활동을 하며, 그 밖에 선택적으로는 65세 이상 건강 고위험 어르신 선택 가정 방문, 빈곤위기가정 방문건강관리 서비스 제공, 집박 함께 건강 프로그램 운영, 지역사회 참여 촉진을 위한 참여건강 사업 등이 있다.

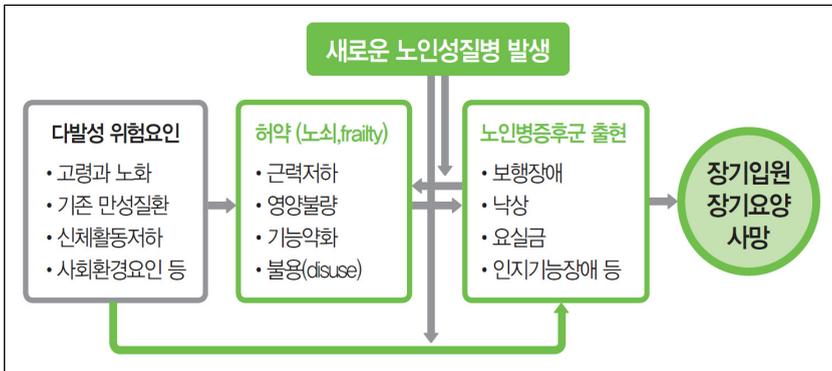
[그림 2-2-22] 방문건강관리 사업 서비스 제공 흐름도



자료: 서울특별시. (2017). 찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼(건강), p. 65.

65세, 75세 도래 어르신 보편 방문의 경우, 최초 방문은 복지 플래너와 방문간호사가 2인 1조로 시행하여 개인별 포괄 건강 평가, 평가 결과를 근거로 한 개인별 건강 설계, 맞춤형 건강 정보 제공 및 교육, 상담 등의 서비스를 제공하며, 개인 맞춤형 지역사회 자원 연계를 실시한다. 건강 위험도별 지속적 건강관리(사례 관리) 서비스는 [그림 2-2-22]와 같이 대상자가 방문건강관리 사업에 등록하여 관리받는 것에 동의를 할 경우에 대상자의 건강 위험 요인과 건강 문제를 파악하여, 대상자의 건강 위험도에 따라 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군으로 분류하여 관리하는 것이다. 집중관리군은 1~2주 1회 집중 관리를 실시하며, 정기관리군은 2~6개월에 1회 직접 방문하여 건강관리 서비스를 제공하고, 필요한 경우에 보건소 내·외 기관과 연계를 실시하며, 자기역량지원군은 4개월~1년에 1회 직접 방문하여 건강관리 서비스 제공 및 보건소 내·외 기관 연계를 실시한다(서울특별시, 2017, pp. 64-71).

[그림 2-2-23] 노인의 노화의 흐름



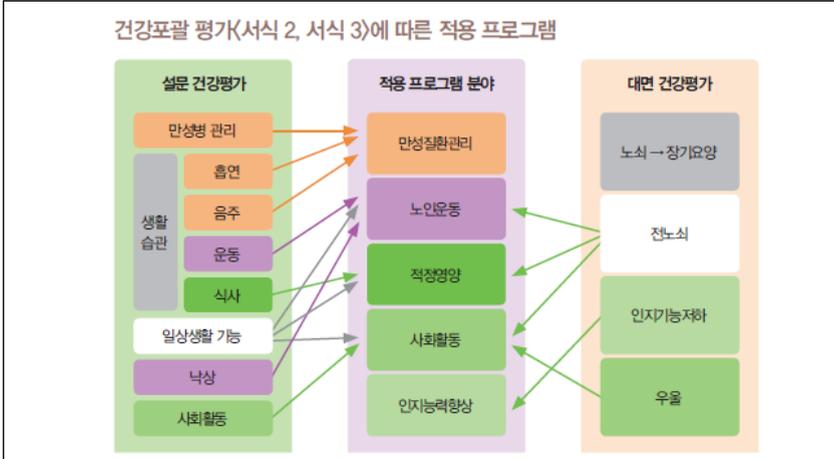
자료: 서울특별시. (2017). 찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼(건강). p. 145.

찾아가는 동주민센터의 방문간호사의 매뉴얼에는 허약노인의 기능⁷⁾ 감퇴 예방에 중점을 두고, 노년기 건강증진을 위한 활동을 ① 규칙적 운동(근력, 유산소, 평형 운동, 유연성 운동 순), ② 적정 영양 섭취, ③ 만성질환의 철저한 관리와 적정 약물 복용, ④ 금연, 절주, ⑤ 예방접종(독감, 폐렴, 파상풍 등), ⑥ 구강 보건, ⑦ 정기 검진의 순으로 제시할 것을 권장하고 있다. 또한 노쇠(허약)와 노인병 증후군과의 관계를 설명하고, 허약 상태별로 프로그램을 적용하는 전략을 제시하고 있다(서울특별시, 2017, pp. 144-147).

[그림 2-2-24] 대상자 상태별 적용 프로그램의 실제

지역사회 거주노인(65세 이상)			
건강수준 평가방안 적용(주요 만성질환 여부, 신체기능, 정신기능, 사회기능)			
매우 건강한 노인	건강한 노인 (만성질환 보유)	허약한 노인 (경증 기능저하)	매우 허약한 노인 (가능장애)
정기적 노인특화 건강검진 제공	노인건강수첩 활용	허약노인 건강증진 프로그램	장기요양서비스
자발적 건강증진활동 교육과 권장	만성병관리체계등록	근력강화운동	시설급여
만성질환 예방	정기적 건강교육	낙상예방훈련	재가급여
중강도 유산소운동	복합질환 관리 (약물복용 관리)	치매 조기예방	주간재활 강화
금연 및 절주	유산소 및 근력 운동 프로그램	영양개선	
사회참여 프로그램	영양개선 프로그램	독거생활예방 (집단 프로그램)	
일자리 제공	우울증 예방	노인돌봄서비스 활용	

7) 신체적 기능(일상생활 활동)과 정신 기능(기억력, 두뇌 활동) 및 사회 기능(일, 교제, 행복감)을 모두 포함하는 기능을 말하며, 기능 유지를 위해서는 건강증진 활동과 정기적인 기능 평가 검사가 반드시 필요하다고 제안하고 있다(서울특별시, 2017, p. 144).



주: 서울특별시(2017), 찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼(건강), p. 147의 그림을 발췌함.
 자료: 선우덕, 이소영, 김동진, 김철웅, 윤종률, 남효정. (2014). 노인 보건사업의 현황과 개선방안. pp. 159, 161.

4. 노인 복지관 운영

노인 복지관은 노인의 취미 활동 및 사회참여 활동 등에 대한 정보 및 서비스를 제공하는 기관으로 노인의 건강증진 및 질병 예방과 소득 보장과 같은 종합적인 보건복지 서비스를 제공하는 시설이며, 노인 인구 수, 지역 면적 등을 고려하여 시·군·구별로 1개 이상의 노인 복지관을 세울 수 있다.

노인 복지관에서는 지역 내 노인 복지관을 이용하는 노인들의 수요 및 지역적 특성을 반영하여 기본 사업과 선택 사업을 실시할 수 있다. 기본 사업에는 평생교육 지원 사업, 취미 여가 지원 사업, 건강생활 지원 사업, 사회참여 지원 사업, 상담 및 정보 제공, 위기 및 독거노인 지원 사업, 정서적 지원, 사회생활 지원 사업이 있으며, 선택 사업에는 기본 사업 외에 복지관 자체적으로 복지관의 특성을 살려서 개발하여 추진하는 사업들이다(보건복지부, 2017, pp. 95-103). 자세한 사업 내용 및 세부 프로그램(안)은 <표 2-2-14>와 같다.

100 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의로·복지 서비스 제공 모형

〈표 2-2-13〉 노인 복지관 사업 및 세부 프로그램(안)

대상	사업명	세부 프로그램	
노인	1. 평생교육 지원	한글 교실, 외국어 교실, 교양 교실, 정보화 교육, 인문학 교육, 예비노인 은퇴 준비 프로그램 등	
	2. 취미 여가 지원	예능 활동(음악, 미술, 생활도예, 서예, 댄스), 문화 활동(연극, 사진, 영화, 바둑, 장기, 레크리에이션), 취미 활동(종이 접기, 손뜨개질, 민속놀이), 체육 활동(탁구, 당구, 게이트볼), 동아리 활동	
	3. 건강 생활 지원	기능회복 지원	물리치료, 양·한방 진료, 작업 요법, 운동 요법, ADL 훈련 등
		건강증진 지원	건강 교육, 건강 상담, 건강 교실(건강 체조, 기체조, 요가 등), 독거노인 지원 사업(기존 재가 사업), 이·미용, 노인건강 운동 등
		급식 지원	경로 식당(중식 서비스), 밀반찬·도시락 배달, 푸드뱅크 등
		요양 서비스	치매·뇌졸중 환자 프로그램, 주·야간 보호
	4. 상담 사업	노인의 일반 상담(이용 상담, 접수 상담), 전문 상담(경제, 법률, 주택 상담, 연금 상담, 건강 상담, 세무 상담), 심리 상담, 치매 상담, 노인 학대 상담 등	
	5. 정서 및 사회생활 지원	우울 및 자살 예방 프로그램, 죽음 준비 프로그램, 집단 프로그램, 자조 모임 등	
	6. 사회참여 지원	노인 자원봉사 활성화 사업, 지역 봉사활동, 교통안전봉사, 동아리·클럽 활동 지원, 교통 편의 서비스 등	
	7. 주거 지원	주택 수리 사업, 주거 환경 개선 사업(도배 등) 등	
8. 고용 및 소득 지원	노인 일자리 및 사회활동 지원 사업, 고령자 취업지원 사업, 경제 교육, 취업 교육 등		
9. 위기 및 독거노인 지원	취약 노인의 신체·정서·사회적 자립 지원 프로그램 운영, 독거노인 돌봄 서비스, 사례 관리 사업, 읍면동 행정복지센터 및 유관기관 등과 연계(취약 노인 연계망 구축 사업)		
가족	10. 가족 기능 지원	가정봉사원 파견, 방문간호, 노인 돌봄 서비스 사업 등	
	11. 가족 통합지원	가족 상담, 가족 관계 프로그램, 가족 캠프, 세대통합 프로그램 등	
지역사회	12. 지역 자원 개발	자원봉사자 발굴·관리, 후원자 개발, 외부 재정 지원 기관 사업 수탁 등	
	13. 지역 복지 연계	경로당 프로그램 연계 등의 지역 복지기관 연계, 지역 협력 사업(경로 행사, 나들이 등) 등	
	14. 노인 권익증진 사업	정책 건의, 노인 인권 옹호, 노인 인식 개선 사업, 편의 시설 설치, 노인 소비자 피해 예방 교육 등	
노인 복지관 조직	15. 운영 관리	인사 관리, 재정 관리, 시설 관리 등	
	16. 사업 관리	프로그램 개발, 실행, 점검, 평가, 보완 등	
	17. 연구 개발	사업 기획, 조사 연구, 실습 지도, 출판, 홍보, 자료(운영)위원회 등	

자료: 보건복지부. (2017). 2017년 노인보건복지 사업안내(II). p. 104.

5. 국내 노인 건강증진 사업이 갖는 의미와 한계

국내 지역사회에서 노인을 대상으로 건강관리 서비스가 노쇠 관리를 명확히 표방하고 진행되는 경우는 드물지만 노인 대상 건강증진 혹은 장애 방지 사업이 비슷한 취지에서 수행되고 있다.

현재 지역사회 노인 건강증진 프로그램은 다양한 주체가 진행하고 있고, 프로그램이 진행되는 장소가 주로 경로당, 보건소, 주민자치센터에 한정되기 때문에 사업 대상이 중복되고 사업의 효율성이 떨어진다는 지적이 계속되고 있다. 국민건강보험공단의 건강백세운동교실과 노인건강마일리지 시범 사업의 경우 문화체육관광부에서 진행하고 있는 어르신 체육활동 지원사업과 사업 대상과 내용이 유사하다는 의견이 제시된 바 있으며, 매년 국민건강보험공단에서 많은 예산을 투입함에도 불구하고 프로그램 강사 관리나 노인 건강 수준 평가 등이 부실하게 이루어지고 있다는 의견도 제시되었다(박소영, 2017; 서민지, 2017; 양금덕, 2016, 2017).

〈표 2-2-14〉 국내 노인 건강증진 사업 주체 및 내용

구분	사업명	사업 주체	사업 대상	내용
1	지역사회 통합 건강증진 사업	전국 시·도 및 시·군·구 보건소	지역 주민	생애주기별 금연, 절주, 신체 활동 등 13개 분야에 대한 건강증진 교육, 건강 행태 개선, 환경 개선 프로그램 등 운영
		건강생활지원센터 (동 지역)	지역 주민	통합 건강증진 사업(13개 분야) 중 기본 사업 + 지역 주민 참여와 지역 자원과의 협력을 통해 개발한 1개 이상의 지역 특화 사업을 운영
2	건강백세 운동교실	국민건강보험공단	지역 내 노인	경로당, 주민센터 등에서 노인 대상 운동 강습, 건강 교육, 건강 상태 측정

구분	사업명	사업 주체	사업 대상	내용
3	노인건강 마일리지 시범 사업	국민건강보험공단	전국 12개 지 역(2016년 기 준) 내 노인	시범 지역 내 기관에서 노인이 운동 또는 건강 교육에 참여할 경우 개인당 마일리지를 적립하게 하여 추후 마일리지 점수에 따라 상품을 지급
4	노인 복지관 운영	시·군·구 또는 위 탁 운영 기관	지역 내 노인	노인 건강생활 지원 사업(기능 회복 지원, 건강증진 지원, 급식 지원, 요양 서비스 등)

지역사회 통합 건강증진 사업의 경우에는 2013년에 건강생활실천 통합 서비스에서 지역사회 통합 건강증진 사업으로 변경되면서 기존에 각 사업별로 예산을 나누어 지원했던 것에서 건강증진 사업의 예산을 통합하여 지원함으로써 지역에서 예산을 좀 더 유연하게 사용할 수 있도록 하였다. 하지만 지정된 필수 사업을 운영해야 하는 부담감과 함께 지역에 필요하지만 필수 사업이 아닌 사업을 운영하기 어려울 수 있다는 점이 지역의 사업 운영의 자율성을 저해한다는 의견도 있다(이주열, 2017, pp. 34-35). 방문건강관리 사업의 경우, 지역에 따라 사업에 대한 수요가 높고, 지역 내 사회 참여를 하지 못하는 노쇠 노인을 발굴하여 지역사회 건강증진 프로그램 등에 연계해 줄 수 있는 등의 사업의 필요성이 인정되고 있음에도 불구하고 지역에 따라 운영되지 못하는 경우도 많다.

노인을 위한 노쇠 관리라는 서비스 내용 측면에서 보았을 때, 본 절에서 제시한 노인 건강증진 사업의 주 대상자가 보건소나 경로당 등을 방문할 수 있는 정도의 독립적인 생활이 가능한 노인이라는 점, 소그룹 단위의 건강증진 서비스와 교육의 형태로 서비스를 제공하고 있다는 점에서 몇 가지 한계점을 제시할 수 있다. 첫째, 지역사회 노인 전체를 대상으로 한다고 하지만 소득 수준에 따라 사업 참여에 제한을 두는 등 보편적 서비스가 이루어지지 않는 경우가 많다는 점, 둘째, 노쇠 예방을 위한 체계적인 사업이 수행되기보다는 노인의 여가 활동 개념으로 운영된다는 점,

셋째, 노인의 노쇠 예방 및 건강증진을 위한 지속적 관리가 아닌 단기 프로그램으로 운영되면서 다른 서비스와 연계되지 않고 있다는 점을 들 수 있다.

사업 운영 면에서는 사업 내용을 구체화하여 중복 참여를 방지하고 효율적으로 사업을 운영할 수 있도록 해야 할 것이며, 체계적인 노인건강 증진을 위한 보건 전문 인력의 안정적인 고용 보장을 통하여 인력 투입을 확대해 나가야 할 것이다. 또한, 노인을 위한 노쇠 예방 및 건강증진 사업을 개발할 때는 지역의 특성과 지역사회 내 노인의 요구를 반영하는 것이 필요하며, 또한 노인에게는 교육이나 서비스 제공 자체보다는 정서적 지지를 필요로 하는 경우가 많기 때문에 프로그램 설계 시 서비스 제공자나 참여자들 간의 정서적인 지지를 고려하거나 사회적 활동이 결합된 형태가 될 수 있도록 해야만 지속적인 프로그램 참여와 운영이 이루어질 수 있을 것이다.

결국, 건강한 노인부터 노쇠한 노인까지 다양한 건강 상태와 건강 문제를 가지고 있는 노인의 노쇠 예방 및 관리를 위해서는 통합적이고 지속적인 사례 관리의 형태로 서비스가 제공되는 것이 가장 바람직하다.

제 3 장

노인 질병 현황

제1절 노인 질병 현황 분석 방법

제2절 50세 이상 연령별 다빈도 질환 분석 결과

제3절 주요 노인장기요양보험 대상 질병의

유병률 변화 분석 결과

제4절 소결

3

노인 질병 현황 <<

제1절 노인 질병 현황 분석 방법

1. 연령별 다빈도 질병 분석

50세 이상 남자와 여자를 대상으로 연령별 다빈도 상병을 분석하였다. 건강보험 청구 자료(2016. 1.-2016. 12.) 전수 자료를 사용하여 주상병을 대상으로 입원 에피소드를 기준⁸⁾으로 입원 여부와 입원 횟수를 계산하였고, 1년간 1회 이상 의료기관 외래를 방문하였을 경우 외래를 방문한 것으로 하여 외래 방문 횟수를 계산하였다. 성별, 연령별(5세 간격) 다빈도 상병(입원, 외래)을 분석하였다.

2. 주요 노인장기요양보험 대상 질병의 유병률 변화 분석

50세 이상 인구 집단에 대해 주요 노인장기요양보험 대상 질병의 최근 11년간(2006-2016) 성별 연령별 유병률 변화를 분석하였다. 건강보험 청구(2006. 1. 1.-2016. 12. 31.) 전수 자료를 사용하였고 <표 2-3-1>과 같이 주상병을 기준으로 질병을 정의하였다. 유병자 수는 각 연도에 외래⁹⁾를 3회 이상 방문하거나 1회 이상 입원한 환자 수로 정의하였다. 각 연도 1월 1일자 건강보험 가입자 및 의료급여 수급권자 전체 인원의 성,

8) 주상병을 기준으로 1년간 동일 요양기관에서 청구한 입원 건은 하나의 건으로 간주하였으며 다른 요양기관에서 청구한 건은 각각 별도의 건으로 간주하였음.

9) 1년간 1회 이상 외래 방문.

연령 구조를 반영하여 유병률을 산출하였다.

〈표 2-3-1〉 주요 노인장기요양보험 대상 질병 정의

구분	질병명	코드
치매	알츠하이머병에서의 치매	F00*
	혈관성 치매	F01
	기타 질환에서의 치매	F02*
	상세불명의 치매	F03
	알츠하이머병	G30
뇌출혈	지주막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개 내 출혈	I62
뇌경색증	뇌경색증	I63
기타 뇌졸중	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
뇌혈관질환	뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관 질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	뇌혈관질환의 후유증	I69
파킨슨병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨병	G21
	달리 분류된 질환에서의 파킨슨병	G22*
기저질환	기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23

제2절 50세 이상 연령별 다빈도 질환 분석 결과

2016년 건강보험 청구 자료 전체 자료를 분석하여 50세 이상 인구 집단의 5세 간격 다빈도 질환을 <표 2-3-2>, <표 2-3-3>, <표 2-3-4>에 제시하였다. <표 2-3-2>은 입원 횟수 기준으로 하였으며, <표 2-3-3>는 외래 방문 횟수를 기준으로, <표 2-3-4>은 환자 수를 기준으로 상위 5개 질환을 포함하였고, 상위 50개 질환은 부록 1에 제시하였다. 50~59세 연령군에서 가장 입원이 잦은 질병은 기타 추간판장애, 어깨병변, 무릎관절증 등이었고, 60~74세는 노년백내장, 무릎관절증, 기타 척추병증 등이었으며, 75~84세 연령군에서는 노년백내장, 무릎관절증과 함께 뇌경색증, 알츠하이머병에서의 치매로 인한 입원이 많았다. 85세 이상 노인에서는 알츠하이머병에서의 치매, 상세불명 병원체의 폐렴이 입원 다빈도 질환이었다.

외래 방문 횟수를 기준으로 분석할 때 50~64세 연령군의 다빈도 질환은 본태성 고혈압, 등통증, 치은염 및 치주질환이었으며, 65~84세는 등통증, 본태성 고혈압, 무릎관절증, 2형 당뇨병, 기타 척추병 등이 다빈도 질환이었다. 85세 이상 노인에서도 본태성 고혈압, 등통증, 무릎관절증으로 인한 외래방문이 많았으나 알츠하이머병에서의 치매가 외래 방문 다빈도 질환으로 나타났다.

입원을 하거나 외래에서 의료 이용을 한 환자수를 기준으로 할 때 50~59세 연령군은 기타 추간판장애, 어깨병변, 노년 백내장 등의 환자가 많았고 60~74세 연령군은 노년백내장, 기타 추간판장애, 무릎관절증, 기타 척추병 등의 환자가 많았다. 75~84세 노인에서는 노년백내장, 무릎관절증과 함께 뇌경색증, 알츠하이머병에서의 치매 환자가 많았다. 85세 이상 노인에서는 알츠하이머병에서의 치매 환자가 가장 많았고 상세불명

110 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건 의료·복지 서비스 제공 모형

병원체의 폐렴, 뇌경색증, 대퇴골의 골절, 심부전이 많았다.

〈표 2-3-2〉 50세 이상 연령별 입원 다빈도 질환(2016년, 입원 횟수 기준)

연령군 (세)	1위	2위	3위	4위	5위
50-54	기타 추간판장애(M51)	어깨병변(M75)	치핵 및 항문주위정맥혈전증(K64)	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09)	유방의 악성 신생물(C50)
55-59	기타 추간판장애(M51)	어깨병변(M75)	무릎관절증(M17)	노년백내장(H25)	기타척추병증(M48)
60-64	노년백내장(H25)	기타 추간판장애(M51)	무릎관절증(M17)	기타척추병증(M48)	어깨병변(M75)
65-69	노년백내장(H25)	무릎관절증(M17)	기타척추병증(M48)	기타 추간판장애(M51)	기관지 및 폐의 악성 신생물(C34)
70-74	노년백내장(H25)	무릎관절증(M17)	기타척추병증(M48)	뇌경색증(I63)	기관지 및 폐의 악성 신생물(C34)
75-79	노년백내장(H25)	무릎관절증(M17)	뇌경색증(I63)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	기타척추병증(M48)
80-84	노년백내장(H25)	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	뇌경색증(I63)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	대퇴골의 골절(S72)
85-89	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	뇌경색증(I63)	대퇴골의 골절(S72)	노년백내장(H25)
90-94	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	대퇴골의 골절(S72)	뇌경색증(I63)	요추 및 골반의 골절(S32)
95-99	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	대퇴골의 골절(S72)	뇌경색증(I63)	심부전(I50)
100+	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	대퇴골의 골절(S72)	심부전(I50)	뇌경색증(I63)

〈표 2-3-3〉 50세 이상 연령별 다빈도 질환(2016년, 외래 방문 횟수 기준)

연령군 (세)	1위	2위	3위	4위	5위
50-54	본태성[원발성]고혈압(I10)	등통증(M54)	치은염 및 치주질환(K05)	급성 기관지염(J20)	어깨병변(M75)
55-59	본태성[원발성]고혈압(I10)	등통증(M54)	치은염 및 치주질환(K05)	급성 기관지염(J20)	2형 당뇨병(E11)
60-64	본태성[원발성]고혈압(I10)	등통증(M54)	치은염 및 치주질환(K05)	무릎관절증(M17)	2형 당뇨병(E11)
65-69	등통증(M54)	본태성[원발성]고혈압(I10)	무릎관절증(M17)	2형 당뇨병(E11)	치은염 및 치주질환(K05)
70-74	등통증(M54)	본태성[원발성]고혈압(I10)	무릎관절증(M17)	2형 당뇨병(E11)	기타 척추병증(M48)
75-79	등통증(M54)	본태성[원발성]고혈압(I10)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)	2형 당뇨병(E11)
80-84	등통증(M54)	본태성[원발성]고혈압(I10)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)	2형 당뇨병(E11)
85-89	본태성[원발성]고혈압(I10)	등통증(M54)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)	알츠하이머병에서의 치매[G.30](F00)
90-94	본태성[원발성]고혈압(I10)	등통증(M54)	알츠하이머병에서의 치매[G.30](F00)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)
95-99	본태성[원발성]고혈압(I10)	알츠하이머병에서의 치매[G.30](F00)	등통증(M54)	무릎관절증(M17)	급성 기관지염(J20)
100+	본태성[원발성]고혈압(I10)	알츠하이머병에서의 치매[G.30](F00)	등통증(M54)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)

112 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

〈표 2-3-4〉 50세 이상 연령별 다빈도 질환(2016년, 환자 수 기준)

연령군 (세)	1위	2위	3위	4위	5위
50-54	기타 추간판장애(M51)	어깨병변(M75)	치핵 및 항문주위정맥혈전증(K64)	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09)	경추간판장애(M50)
55-59	기타 추간판장애(M51)	어깨병변(M75)	노년백내장(H25)	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09)	기타 척추병증(M48)
60-64	노년백내장(H25)	기타 추간판장애(M51)	기타 척추병증(M48)	무릎관절증(M17)	어깨병변(M75)
65-69	노년백내장(H25)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)	협심증(I20)	기타 추간판장애(M51)
70-74	노년백내장(H25)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)	뇌경색증(I63)	협심증(I20)
75-79	노년백내장(H25)	무릎관절증(M17)	뇌경색증(I63)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	기타 척추병증(M48)
80-84	노년백내장(H25)	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	뇌경색증(I63)	요추 및 골반의 골절(S32)
85-89	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	뇌경색증(I63)	노년백내장(H25)	대퇴골의 골절(S72)
90-94	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	대퇴골의 골절(S72)	뇌경색증(I63)	본태성[원발성] 고혈압(I10)
95-99	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	대퇴골의 골절(S72)	뇌경색증(I63)	심부전(I20)
100+	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	대퇴골의 골절(S72)	심부전(I50)	상세불명 의 치매(F03)

〈표 2-3-5〉, 〈표 2-3-6〉, 〈표 2-3-7〉는 50세 이상 남자의 5세 간격 다빈도 상위 5개 질환을 나타낸 것이다. 50~59세 남자의 입원 다빈도 질환은 기타 추간판장애가 가장 많았고, 알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애, 치핵 및 항문주위정맥혈전증, 어깨병변이 많았다. 60~79세 남자에서는 노년 백내장, 기타 추간판장애, 협심증, 기관지 및 폐의 악성 신생물 등으로 인한 입원이 많았고 80세 이상 남자에서는 노년백내장, 상세불명 병원체의 폐렴, 뇌경색증, 알츠하이머병에서의 치매로 인한 입원이 많았다. 90세 이후에는 대퇴골의 골절로 인한 입원이 증가하였다(표 2-3-5 참조).

50~64세 남자에서는 본태성 고혈압, 치은염 및 치주질환, 등통증, 2형 당뇨병, 급성기관지염으로 인한 외래 방문이 많았고 65세 이후에는 고혈압, 당뇨병, 등통증과 함께 전립선증식증이 나이가 들수록 증가하여 75세 이후에는 전립선증식증이 2, 3위 다빈도 질환으로 나타났다(표 2-3-6 참조).

입원을 하거나 외래에서 의료 이용을 한 환자 수 기준으로 50~59세 남자의 다빈도 질환은 기타 추간판장애, 치핵 및 항문주위 정맥혈전증, 노년 백내장, 어깨병변 등이었고 60~74세는 노년 백내장, 협심증, 뇌경색증 등이었다. 75세 이후에는 상세불명 병원체에 의한 폐렴, 알츠하이머병에서의 치매, 뇌경색증, 대퇴골의 골절 환자가 증가하였다(표 2-3-7).

114 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

〈표 2-3-5〉 50세 이상 남자 연령별 입원 다빈도 질환(2016년, 입원 횟수 기준)

연령군(세)	1위	2위	3위	4위	5위
50-54	기타 추간판장애(M51)	알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10)	치핵 및 항문주위정맥혈전증(K64)	어깨병변(M75)	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09)
55-59	기타 추간판장애(M51)	알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10)	어깨병변(M75)	간 및 간내담관의 악성신생물(C22)	노년백내장(H25)
60-64	노년백내장(H25)	기타 추간판장애(M51)	협심증(I20)	간 및 간내담관의 악성신생물(C22)	기관지 및 폐의 악성신생물(C34)
65-69	노년백내장(H25)	기관지 및 폐의 악성신생물(C34)	협심증(I20)	뇌경색증(I63)	간 및 간내담관의 악성신생물(C22)
70-74	노년백내장(H25)	기관지 및 폐의 악성신생물(C34)	뇌경색증(I63)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	협심증(I20)
75-79	노년백내장(H25)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	뇌경색증(I63)	기관지 및 폐의 악성신생물(C34)	간 및 간내담관의 악성신생물(C22)
80-84	노년백내장(H25)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	뇌경색증(I63)	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	기관지 및 폐의 악성신생물(C34)
85-89	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	알츠하이머병에서의 치매[G.30](F00)	뇌경색증(I63)	노년백내장(H25)	기타 만성 폐색성 폐질환(J44)
90-94	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	알츠하이머병에서의 치매[G.30](F00)	뇌경색증(I63)	대퇴골의 골절(S72)	달리 분류되지 않은 세균성 감염(J15)
95-99	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	뇌경색증(I63)	대퇴골의 골절(S72)	달리 분류되지 않은 세균성 감염(J15)
100+	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	대퇴골의 골절(S72)	고체 및 액체의 의한 폐렴(J69)	비노계통의 기타 장애(N39)

〈표 2-3-6〉 50세 이상 남자 연령별 다빈도 질환(2016년, 외래 방문 횟수 기준)

연령군 (세)	1위	2위	3위	4위	5위
50-54	본태성[원발성] 고혈압(I10)	치은염 및 치주질환(K05)	등통증(M54)	2형 당뇨병(E11)	급성 기관지염(J20)
55-59	본태성[원발성] 고혈압(I10)	치은염 및 치주질환(K05)	등통증(M54)	2형 당뇨병(E11)	급성 기관지염(J20)
60-64	본태성[원발성] 고혈압(I10)	등통증(M54)	치은염 및 치주질환(K05)	2형 당뇨병(E11)	급성 기관지염(J20)
65-69	본태성[원발성] 고혈압(I10)	등통증(M54)	2형 당뇨병(E11)	치은염 및 치주질환(K05)	전립선증식증(N40)
70-74	본태성[원발성] 고혈압(I10)	등통증(M54)	2형 당뇨병(E11)	전립선증식증(N40)	무릎관절증(M17)
75-79	등통증(M54)	본태성[원발성] 고혈압(I10)	전립선증식증(N40)	무릎관절증(M17)	2형 당뇨병(E11)
80-84	등통증(M54)	본태성[원발성] 고혈압(I10)	전립선증식증(N40)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)
85-89	등통증(M54)	본태성[원발성] 고혈압(I10)	전립선증식증(N40)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)
90-94	본태성[원발성] 고혈압(I10)	등통증(M54)	전립선증식증(N40)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)
95-99	본태성[원발성] 고혈압(I10)	등통증(M54)	전립선증식증(N40)	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	무릎관절증(M17)
100+	본태성[원발성] 고혈압(I10)	전립선증식증(N40)	등통증(M54)	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	무릎관절증(M17)

116 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

〈표 2-3-7〉 50세 이상 남자 연령별 다빈도 질환(2016년, 환자 수 기준)

연령군 (세)	1위	2위	3위	4위	5위
50-54	기타 추간판 장애(M51)	치핵 및 항문 주위정맥혈전 증(K64)	어 깨 병 변 (M75)	감염성 및 상 세불명 기원 의 기타 위장 염 및 결장염 (A09)	알코올 사용 에 의한 정신 및 행동 장애 (F10)
55-59	기타 추간판 장애(M51)	노년백내장 (H25)	치핵 및 항문 주위정맥혈전 증(K64)	어 깨 병 변 (M75)	협심증(I20)
60-64	노년백내장 (H25)	협심증(I20)	기타 추간판 장애(M51)	어 깨 병 변 (M75)	뇌 경색 증 (I63)
65-69	노년백내장 (H25)	협심증(I20)	뇌 경색 증 (I63)	기타 척추병 증(M48)	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)
70-74	노년백내장 (H25)	뇌 경색 증 (I63)	협심증(I20)	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)	기타 척추병 증(M48)
75-79	노년백내장 (H25)	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)	뇌 경색 증 (I63)	협심증(I20)	기관지 및 폐 의 악성 신생 물(C34)
80-84	노년백내장 (H25)	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)	뇌 경색 증 (I63)	알츠하이머병 에서의 치매 [G.30+](F00)	기타 만성 폐 색성 폐질환 (J44)
85-89	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)	알츠하이머병 에서의 치매 [G.30+](F00)	노년백내장 (H25)	뇌 경색 증 (I63)	기타 만성 폐 색성 폐질환 (J44)
90-94	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)	알츠하이머병 에서의 치매 [G.30+](F00)	뇌 경색 증 (I63)	달리 분류되 지 않은 세균 성 감염(J15)	노년백내장 (H25)
95-99	알츠하이머병 에서의 치매 [G.30+](F00)	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)	뇌 경색 증 (I63)	대퇴골의 골절(S72)	달리 분류되 지 않은 세균 성 감염(J15)
100+	알츠하이머병 에서의 치매 [G.30+](F00)	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)	고체 및 액체 의 의한 폐렴 (J69)	대퇴골의 골절(S72)	본태성[원발 성] 고혈압 (I10)

〈표 2-3-8〉, 〈표 2-3-9〉, 〈표 2-3-10〉는 50세 이상 여자의 5세 간격 다빈도 상위 5개 질환을 나타낸 것이다. 50~59세 여자에서는 기타 추간판장애, 유방의 악성신생물, 어깨병변, 무릎관절증 등으로 인한 입원이 가장 많았고, 60~79세 여자에서는 노년 백내장, 무릎관절증, 기타 추간판장애, 기타 척추병 등으로 인한 입원이 많았다. 80세 이상 여자에서는 알츠하이머병에서의 치매, 대퇴골의 골절, 뇌경색증, 상세불명 병원체의 폐렴, 요추 및 골반의 골절로 인한 입원이 많았다(표 2-3-8).

외래 방문 횟수를 기준으로 할 때 50~64세 여자의 다빈도 질환은 등통증, 본태성 고혈압, 무릎관절증, 치은염 및 치주질환, 급성기관지염 등이었고 65~84세에서는 등통증, 본태성 고혈압, 무릎관절증, 기타 척추병, 2형 당뇨병이었다. 85세 이후에는 고혈압, 등통증, 무릎관절증과 함께 알츠하이머병에서의 치매가 다빈도 질환이었다(표 2-3-9).

입원을 하거나 외래에서 의료 이용을 한 환자 수 기준으로 50~59세 여자의 다빈도 질환은 기타 추간판장애, 무릎관절증, 어깨병변, 위장염 및 결장염이었고 60~79세는 노년 백내장, 무릎관절증, 기타 척추병증, 기타 추간판장애 등의 환자가 많았다. 80세 이후에는 알츠하이머병에서의 치매, 상세불명 병원체의 폐렴, 대퇴골의 골절, 뇌경색증 등 환자가 증가하였다(표 2-3-10).

118 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

〈표 2-3-8〉 50세 이상 여자 연령별 입원 다빈도 질환(2016년, 입원 횟수 기준)

연령군 (세)	1위	2위	3위	4위	5위
50-54	기타 추간판 장애(M51)	유방의 악성 신생물(C50)	어 깨 병 변 (M75)	감염성 및 상세 불명 기원의 기 타 위장염 및 결장염(A09)	치핵 및 항문 주위정맥혈전 증(K64)
55-59	기타 추간판 장애(M51)	무릎관절 증 (M17)	유방의 악성 신생물(C50)	어 깨 병 변 (M75)	기타 척추병 증(M48)
60-64	노년백내장 (H25)	무릎관절 증 (M17)	기타 추간판 장애(M51)	기타 척추병 증(M48)	어 깨 병 변 (M75)
65-69	노년백내장 (H25)	무릎관절 증 (M17)	기타 척추병 증(M48)	기타 추간판 장애(M51)	감염성 및 상세 불명 기원의 기 타 위장염 및 결장염(A09)
70-74	노년백내장 (H25)	무릎관절 증 (M17)	기타 척추병 증(M48)	요추 및 골반 의 골절(S32)	뇌 경 색 증 (I63)
75-79	노년백내장 (H25)	무릎관절 증 (M17)	요추 및 골반 의 골절(S32)	뇌 경 색 증 (I63)	기타 척추병 증(M48)
80-84	노년백내장 (H25)	알츠하이머병 에서의 치매 [G.30+](F00)	뇌 경 색 증 (I63)	요추 및 골반 의 골절(S32)	대퇴골의 골 절(S72)
85-89	알츠하이머병 에서의 치매 [G.30+](F00)	대퇴골의 골 절(S72)	뇌 경 색 증 (I63)	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)	요추 및 골반 의 골절(S32)
90-94	알츠하이머병 에서의 치매 [G.30+](F00)	대퇴골의 골 절(S72)	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)	뇌 경 색 증 (I63)	요추 및 골반 의 골절(S32)
95-99	알츠하이머병 에서의 치매 [G.30+](F00)	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)	대퇴골의 골 절(S72)	뇌 경 색 증 (I63)	심부전(I50)
100+	알츠하이머병 에서의 치매 [G.30+](F00)	상세불명 병 원체의 폐렴 (J18)	대퇴골의 골 절(S72)	심부전(I50)	뇌 경 색 증 (I63)

〈표 2-3-9〉 50세 이상 여자 연령별 다빈도 질환(2016년, 외래 방문 횟수 기준)

연령군 (세)	1위	2위	3위	4위	5위
50-54	등통증(M54)	본태성[원발성] 고혈압(I10)	치은염 및 치주질환(K05)	급성 기관지염(J20)	어깨병변(M75)
55-59	등통증(M54)	본태성[원발성] 고혈압(I10)	무릎관절증(M17)	치은염 및 치주질환(K05)	급성 기관지염(J20)
60-64	본태성[원발성] 고혈압(I10)	등통증(M54)	무릎관절증(M17)	치은염 및 치주질환(K05)	급성 기관지염(J20)
65-69	등통증(M54)	본태성[원발성] 고혈압(I10)	무릎관절증(M17)	달리 분류되지 않은 기타 연조직장애(M79)	2형 당뇨병(E11)
70-74	등통증(M54)	본태성[원발성] 고혈압(I10)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)	2형 당뇨병(E11)
75-79	등통증(M54)	본태성[원발성] 고혈압(I10)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)	2형 당뇨병(E11)
80-84	등통증(M54)	본태성[원발성] 고혈압(I10)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)	2형 당뇨병(E11)
85-89	본태성[원발성] 고혈압(I10)	등통증(M54)	무릎관절증(M17)	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	기타 척추병증(M48)
90-94	본태성[원발성] 고혈압(I10)	등통증(M54)	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)
95-99	본태성[원발성] 고혈압(I10)	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	등통증(M54)	무릎관절증(M17)	급성 기관지염(J20)
100+	본태성[원발성] 고혈압(I10)	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	등통증(M54)	무릎관절증(M17)	급성 기관지염(J20)

120 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

〈표 2-3-10〉 50세 이상 여자 연령별 다빈도 질환(2016년, 환자 수 기준)

연령군 (세)	1위	2위	3위	4위	5위
50-54	기타 추간관장애(M51)	어깨병변(M75)	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09)	치핵 및 항문주위정맥혈전증(K64)	경추간관장애(M50)
55-59	기타 추간관장애(M51)	무릎관절증(M17)	어깨병변(M75)	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09)	기타 척추병증(M48)
60-64	노년백내장(H25)	기타 추간관장애(M51)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09)
65-69	노년백내장(H25)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)	기타 추간관장애(M51)	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09)
70-74	노년백내장(H25)	무릎관절증(M17)	기타 척추병증(M48)	요추 및 골반의 골절(S32)	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09)
75-79	노년백내장(H25)	무릎관절증(M17)	요추 및 골반의 골절(S32)	기타 척추병증(M48)	뇌경색증(I63)
80-84	노년백내장(H25)	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	뇌경색증(I63)	요추 및 골반의 골절(S32)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)
85-89	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	뇌경색증(I63)	대퇴골의 골절(S72)	요추 및 골반의 골절(S32)
90-94	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	대퇴골의 골절(S72)	뇌경색증(I63)	요추 및 골반의 골절(S32)
95-99	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	대퇴골의 골절(S72)	뇌경색증(I63)	본태성[원발성]고혈압(I10)
100+	알츠하이머병에서의 치매[G.30+](F00)	상세불명 병원체의 폐렴(J18)	대퇴골의 골절(S72)	심부전(I50)	상세불명의 치매(F03)

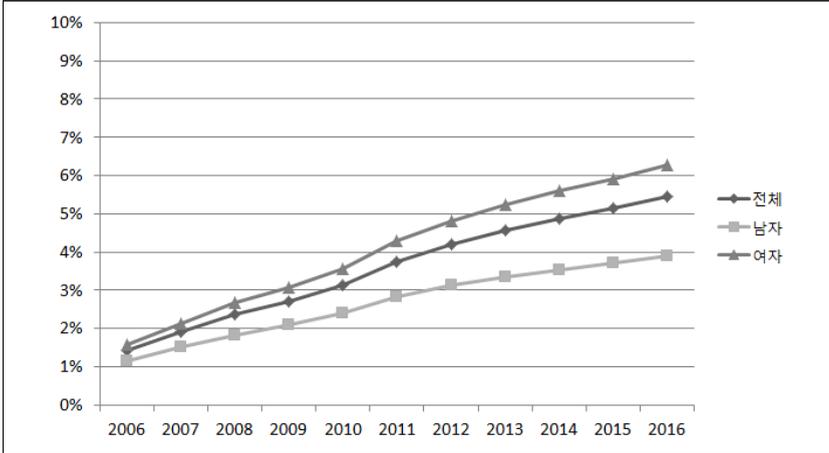
제3절 주요 노인장기요양보험 대상 질병의 유병률 변화 분석 결과

1. 치매

노인장기요양보험에서 인정하는 알츠하이머병에서의 치매(F00*), 혈관성 치매(F01), 기타 질환에서의 치매(F02*), 상세불명의 치매(F03), 알츠하이머병(G30)을 대상으로 치매 유병률을 산출하였다. 5개의 질환을 대상으로 한 65세 이상 치매 유병률은 2006년 1.4%에서 2016년 5.4%로 증가하였으며, 남자는 2006년 1.2%에서 2016년 3.9%로, 여자는 2006년 1.6%에서 2016년 6.3%로 여자에서 증가 폭이 더 컸다(그림 2-3-1).

〈표 2-3-11〉은 성별 연령별 치매 유병률을 나타낸 것이다. 2006년 이후 모든 연령군에서 치매 유병률이 증가하였으며, 특히 80대 이상 연령군의 치매 유병률이 2006년 3.3%에서 2016년 15.52%로 증가 폭이 컸다. 2016년을 기준으로 남자의 치매 유병률은 50대가 0.09%, 60대가 0.53%, 70대가 2.98%, 80세 이상이 10.50%였으며 여자는 50대가 0.07%, 60대가 0.56%, 70대가 4.64%, 80세 이상이 17.85%로 80세 이후 치매 유병률이 높아지는 것을 알 수 있었다. 2006년 80세 이상 여자의 치매 유병률은 3.55%였는데 2016년은 17.85%로 증가하였다.

[그림 2-3-1] 65세 이상 치매 유병률(2006-2016)



<표 2-3-11> 50세 이상 치매 연령별 유병률

(단위: %)

구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
전체	2006	0.04	0.27	1.27	3.30
	2007	0.05	0.32	1.62	4.71
	2008	0.05	0.37	1.91	6.10
	2009	0.06	0.42	2.18	7.07
	2010	0.06	0.46	2.47	8.30
	2011	0.07	0.53	2.91	10.10
	2012	0.07	0.53	3.19	11.51
	2013	0.08	0.54	3.45	12.63
	2014	0.08	0.54	3.62	13.60
	2015	0.08	0.54	3.77	14.45
남자	2006	0.04	0.24	1.00	2.71
	2007	0.05	0.30	1.27	3.73
	2008	0.06	0.34	1.46	4.63
	2009	0.07	0.39	1.67	5.31
	2010	0.07	0.43	1.88	6.15
	2011	0.08	0.49	2.22	7.33
	2012	0.08	0.49	2.41	8.28

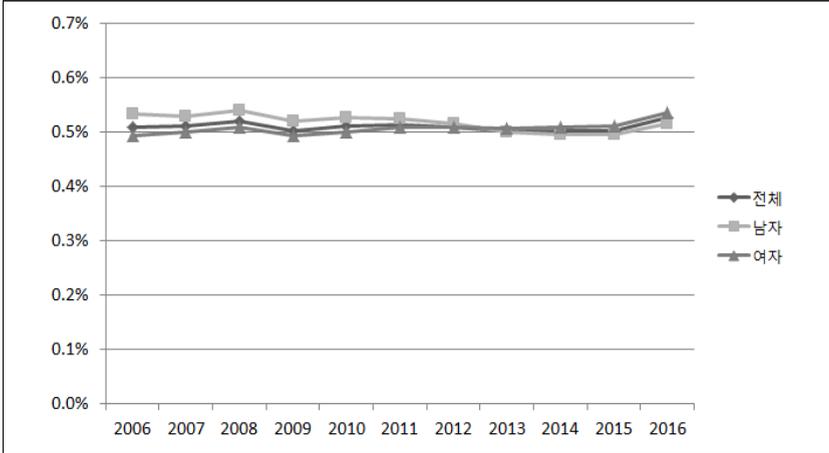
구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
	2013	0.08	0.50	2.59	8.88
	2014	0.09	0.50	2.74	9.36
	2015	0.08	0.52	2.84	9.88
	2016	0.09	0.53	2.98	10.50
여자	2006	0.03	0.30	1.44	3.55
	2007	0.04	0.34	1.86	5.12
	2008	0.05	0.40	2.22	6.72
	2009	0.05	0.45	2.53	7.81
	2010	0.05	0.49	2.88	9.19
	2011	0.06	0.57	3.40	11.25
	2012	0.07	0.57	3.77	12.87
	2013	0.07	0.58	4.08	14.25
	2014	0.07	0.57	4.29	15.47
	2015	0.07	0.57	4.48	16.52
	2016	0.07	0.56	4.64	17.85

2. 뇌출혈

지주막하출혈(I60), 뇌내출혈(I60), 기타 비외상성 두개 내 출혈(I60)을 대상으로 뇌출혈 유병률을 산출하였다. 80세 이상 여성을 제외하고는 대부분의 연령군에서 뇌출혈 유병률의 변화는 뚜렷하지 않았다. 65세 이상 뇌출혈 유병률은 2006년 0.51%에서 2016년 0.53%로 증가하였으며, 남자는 2006년 0.53%에서 2016년 0.52%로 변화 폭이 적었고 여자는 2006년 0.49%에서 2016년 0.54%로 증가하였다(그림 2-3-2).

〈표 2-3-12〉은 성별 연령별 뇌출혈 유병률을 나타낸 것이다. 2016년을 기준으로 남자의 뇌출혈 유병률은 50대가 0.28%, 60대가 0.41%, 70대가 0.52%, 80세 이상이 0.63%였으며 여자는 50대가 0.21%, 60대가 0.36%, 70대가 0.57%, 80세 이상이 0.63%로 연령 증가에 따라 뇌출혈 유병률이 증가하였다.

[그림 2-3-2] 65세 이상 뇌출혈 유병률(2006-2016년)



<표 2-3-12> 50세 이상 뇌출혈 연령별 유병률

(단위: %)

구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
전체	2006	0.24	0.40	0.53	0.55
	2007	0.24	0.40	0.53	0.57
	2008	0.24	0.40	0.54	0.58
	2009	0.23	0.38	0.52	0.58
	2010	0.23	0.39	0.53	0.59
	2011	0.24	0.39	0.53	0.59
	2012	0.24	0.38	0.53	0.59
	2013	0.24	0.38	0.53	0.58
	2014	0.23	0.37	0.53	0.58
	2015	0.23	0.37	0.53	0.59
	2016	0.24	0.39	0.55	0.63
남자	2006	0.27	0.41	0.56	0.61
	2007	0.27	0.41	0.54	0.62
	2008	0.27	0.42	0.54	0.65
	2009	0.26	0.40	0.52	0.65
	2010	0.27	0.40	0.53	0.65
	2011	0.28	0.41	0.52	0.65
	2012	0.27	0.39	0.52	0.65

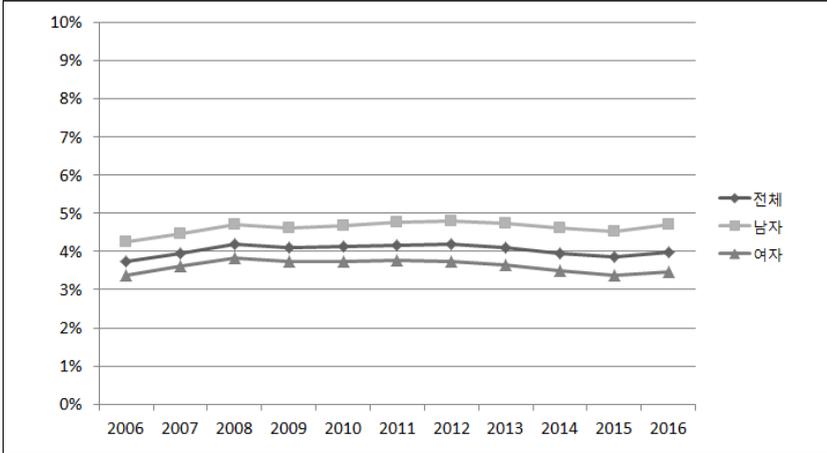
구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
	2013	0.28	0.39	0.51	0.61
	2014	0.27	0.39	0.50	0.61
	2015	0.27	0.39	0.50	0.61
	2016	0.28	0.41	0.52	0.63
여자	2006	0.22	0.40	0.52	0.53
	2007	0.21	0.39	0.52	0.54
	2008	0.21	0.39	0.54	0.56
	2009	0.20	0.37	0.52	0.55
	2010	0.20	0.37	0.52	0.57
	2011	0.21	0.38	0.54	0.57
	2012	0.20	0.37	0.54	0.57
	2013	0.20	0.36	0.55	0.57
	2014	0.20	0.36	0.55	0.57
	2015	0.20	0.35	0.55	0.58
2016	0.21	0.36	0.57	0.63	

3. 뇌경색증

65세 이상 뇌경색증(I63) 유병률은 2006년 3.7%에서 2016년 4.0%로 증가하였다. 남자는 2006년 4.2%에서 2016년 4.7%로, 여자는 2006년 3.4%에서 2016년 3.5%로 남자의 유병률이 여자보다 높았다(그림 2-3-3).

〈표 2-3-13〉는 성별 연령별 뇌경색증 유병률을 나타낸 것이다. 전체적으로 80세 이상 연령군에서 2006년에 비해 2016년 뇌경색 유병률이 증가하였다. 2016년을 기준으로 남자의 뇌경색증 유병률은 50대가 0.92%, 60대가 2.40%, 70대가 4.87%, 80세 이상이 6.86%였으며 여자는 50대가 0.37%, 60대가 1.26%, 70대가 3.68%, 80세 이상이 5.55%로 연령 증가에 따라 뇌경색증 유병률이 뚜렷하게 증가하였다. 50~79세 연령군은 2006~2016년 뇌경색증 유병률 변화가 크지 않았는데 80세 이상 연령군에서 2006년 이후 뇌경색증 유병률이 증가하였다.

[그림 2-3-3] 65세 이상 뇌경색증 유병률(2006-2016년)



<표 2-3-13> 50세 이상 뇌경색증 연령별 유병률

(단위: %)

구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
전체	2006	0.78	2.26	4.14	4.16
	2007	0.78	2.29	4.35	4.71
	2008	0.78	2.31	4.57	5.16
	2009	0.73	2.19	4.46	5.24
	2010	0.70	2.15	4.45	5.46
	2011	0.70	2.16	4.47	5.62
	2012	0.69	2.09	4.47	5.80
	2013	0.67	1.98	4.38	5.84
	2014	0.64	1.88	4.21	5.78
	2015	0.62	1.79	4.11	5.71
	2016	0.65	1.82	4.20	5.96
남자	2006	0.99	2.58	4.64	5.11
	2007	1.00	2.64	4.80	5.66
	2008	1.00	2.70	5.00	6.17
	2009	0.95	2.59	4.88	6.25
	2010	0.94	2.58	4.90	6.50
	2011	0.94	2.63	4.95	6.65
	2012	0.94	2.60	4.98	6.85

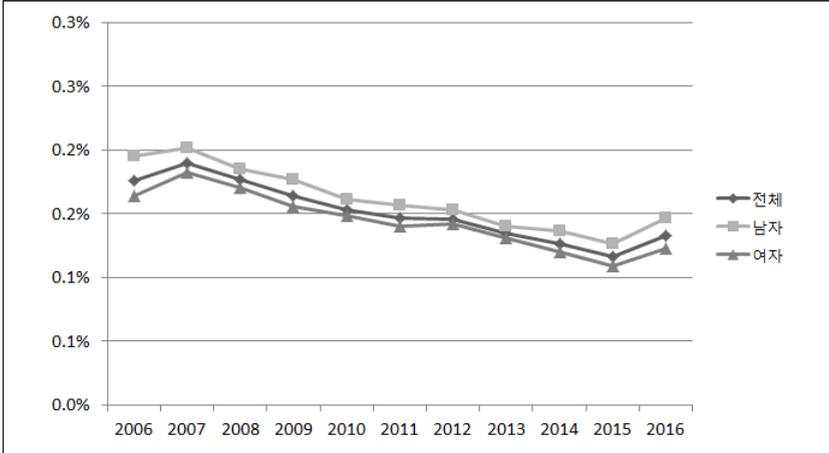
구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
	2013	0.93	2.52	4.91	6.81
	2014	0.90	2.42	4.78	6.70
	2015	0.88	2.35	4.70	6.58
	2016	0.92	2.40	4.87	6.86
여자	2006	0.57	1.97	3.83	3.76
	2007	0.56	1.98	4.06	4.32
	2008	0.55	1.97	4.28	4.74
	2009	0.50	1.82	4.18	4.82
	2010	0.47	1.76	4.13	5.03
	2011	0.46	1.71	4.13	5.19
	2012	0.44	1.61	4.10	5.36
	2013	0.41	1.48	3.99	5.42
	2014	0.38	1.36	3.79	5.38
	2015	0.36	1.27	3.66	5.32
	2016	0.37	1.26	3.68	5.55

4. 기타 뇌졸중

65세 이상 기타 뇌졸중(164, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중) 유병률은 2006년 0.18%에서 2016년 0.13%로 약간 감소하였다. 남자는 2006년 0.20%에서 2016년 0.15%로, 여자는 2006년 0.16%에서 2016년 0.12%로 감소하였다(그림 2-3-4).

〈표 2-3-14〉는 성별 연령별 기타 뇌졸중 유병률을 나타낸 것이다. 전반적으로 연도별 유병률 변화는 뚜렷하지 않았다. 2016년을 기준으로 남자의 기타 뇌졸중 유병률은 50대가 0.03%, 60대가 0.07%, 70대가 0.15%, 80세 이상이 0.24%였으며 여자는 50대가 0.02%, 60대가 0.05%, 70대가 0.13%, 80세 이상이 0.20%로 연령 증가에 따라 기타 뇌졸중 유병률이 뚜렷하게 증가하였다.

[그림 2-3-4] 65세 이상 기타 뇌졸중 유병률(2006-2016년)



<표 2-3-14> 50세 이상 기타 뇌졸중 연령별 유병률

(단위: %)

구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
전체	2006	0.03	0.09	0.19	0.25
	2007	0.03	0.09	0.20	0.28
	2008	0.03	0.08	0.19	0.27
	2009	0.03	0.07	0.17	0.25
	2010	0.03	0.07	0.16	0.24
	2011	0.03	0.07	0.15	0.23
	2012	0.03	0.07	0.15	0.22
	2013	0.02	0.06	0.14	0.21
	2014	0.02	0.06	0.13	0.20
	2015	0.02	0.05	0.12	0.18
남자	2006	0.03	0.10	0.20	0.29
	2007	0.04	0.10	0.21	0.31
	2008	0.03	0.09	0.19	0.29
	2009	0.03	0.08	0.18	0.28
	2010	0.03	0.07	0.16	0.27
	2011	0.03	0.07	0.16	0.25
	2012	0.03	0.08	0.15	0.24
	2013	0.03	0.07	0.14	0.23
	2014	0.02	0.06	0.13	0.23
	2015	0.02	0.06	0.13	0.21

구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
여자	2016	0.03	0.07	0.15	0.24
	2006	0.02	0.08	0.18	0.23
	2007	0.02	0.08	0.20	0.26
	2008	0.02	0.07	0.18	0.26
	2009	0.02	0.07	0.16	0.24
	2010	0.02	0.06	0.16	0.22
	2011	0.02	0.06	0.15	0.21
	2012	0.02	0.06	0.15	0.22
	2013	0.02	0.06	0.14	0.21
	2014	0.02	0.05	0.13	0.19
	2015	0.02	0.04	0.12	0.17
2016	0.02	0.05	0.13	0.20	

5. 뇌혈관질환

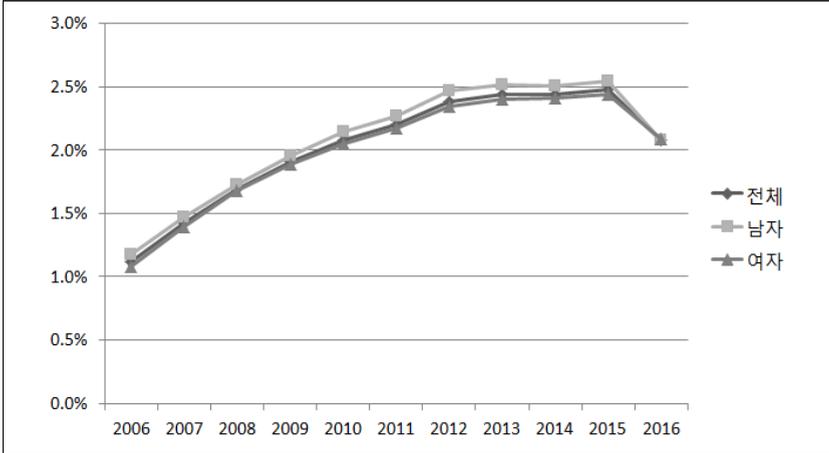
뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착(I65), 뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착(I66), 기타 뇌혈관질환(I67), 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애(I68 *), 뇌혈관질환의 후유증(I69)을 대상으로 뇌혈관질환 유병률을 산출하였다.

65세 이상 뇌혈관질환 유병률은 2006년 1.11%에서 2015년 2.48%로 증가하다가 2016년 2.08%로 약간 감소하였다. 남자는 2006년 1.17%에서 2016년 2.08%로, 여자는 2006년 1.08%에서 2016년 2.09%로 높아졌다(그림 2-3-5).

〈표 2-3-15〉는 성별 연령별 뇌혈관질환 유병률을 나타낸 것이다. 2016년 기준 남자의 뇌혈관질환 유병률은 50대가 0.51%, 60대가 1.22%, 70대가 2.16%, 80세 이상이 2.71%였으며 여자는 50대가 0.58%, 60대가 1.33%, 70대가 2.27%, 80세 이상이 2.44%로 60, 70대 이후 뇌혈관질환 유병률이 증가하였다. 또한 모든 연령군에서 2006년 이후 뇌혈관질환 유병률이 상승하였는데, 예를 들어 80세 이상 여자의 뇌혈관질환 유병률은 2006년 1.20%에서 2016년 2.44%로 증가하였다.

130 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

[그림 2-3-5] 65세 이상 뇌혈관질환 유병률(2006-2016년)



<표 2-3-15> 50세 이상 뇌혈관질환 연령별 유병률

(단위: %)

구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
전체	2006	0.30	0.71	1.23	1.27
	2007	0.36	0.87	1.54	1.72
	2008	0.41	1.00	1.83	2.09
	2009	0.46	1.16	2.07	2.30
	2010	0.49	1.25	2.24	2.54
	2011	0.53	1.35	2.36	2.73
	2012	0.59	1.46	2.53	2.98
	2013	0.60	1.47	2.59	3.12
	2014	0.59	1.44	2.59	3.13
	2015	0.59	1.43	2.64	3.18
남자	2006	0.31	0.72	1.29	1.42
	2007	0.37	0.88	1.56	1.94
	2008	0.41	1.01	1.83	2.30
	2009	0.47	1.17	2.06	2.56
	2010	0.49	1.27	2.22	2.89
	2011	0.53	1.36	2.31	3.11
	2012	0.58	1.48	2.49	3.41
	2013	0.60	1.49	2.54	3.49
	2014	0.59	1.46	2.55	3.44

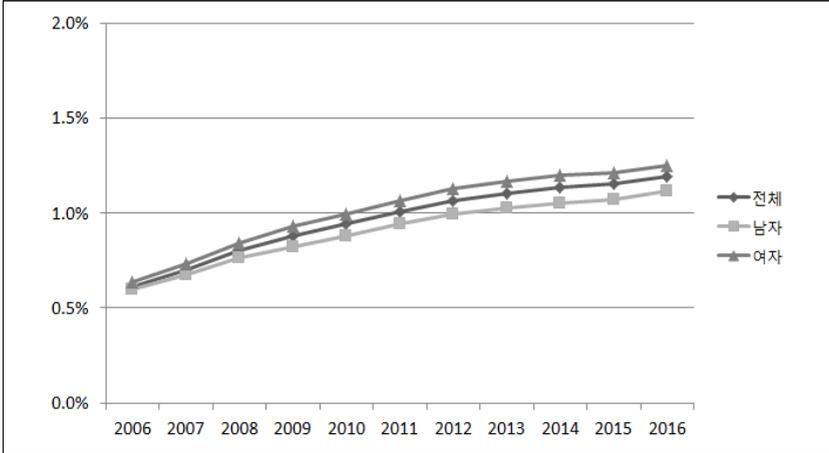
구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
	2015	0.59	1.45	2.62	3.47
	2016	0.51	1.22	2.16	2.71
여자	2006	0.29	0.70	1.19	1.20
	2007	0.35	0.86	1.54	1.62
	2008	0.40	1.00	1.84	2.00
	2009	0.45	1.15	2.08	2.19
	2010	0.48	1.24	2.25	2.40
	2011	0.54	1.34	2.38	2.57
	2012	0.59	1.43	2.57	2.80
	2013	0.60	1.44	2.62	2.96
	2014	0.59	1.41	2.63	2.99
	2015	0.60	1.41	2.65	3.05
	2016	0.58	1.33	2.27	2.44

6. 파킨슨병

파킨슨병(G20), 이차성 파킨슨병(G21), 달리 분류된 질환에서의 파킨슨병(G22*)을 대상으로 파킨슨병 유병률을 산출하였다. 65세 이상 파킨슨병 유병률은 2006년 0.61%에서 2016년 1.19%로 꾸준히 상승하였다. 남자는 2006년 0.60%에서 2016년 1.12%로, 여자는 2006년 0.64%에서 2016년 1.25%로 높아졌다(그림 2-3-6)..

〈표 2-3-16〉는 성별 연령별 파킨슨병 유병률을 나타낸 것이다. 70세 이상 연령군에서 2006년에 비해 2016년 파킨슨병 유병률이 증가하였다. 2016년을 기준으로 남자의 파킨슨병 유병률은 50대가 0.08%, 60대가 0.33%, 70대가 1.15%, 80세 이상이 1.99%였으며 여자는 50대가 0.08%, 60대가 0.36%, 70대가 1.38%로 연령 증가에 따라 파킨슨병 유병률이 상승하였다. 또한 70대 이상 연령군에서 2006년 이후 파킨슨병 유병률이 상승하였는데, 예를 들어 2006년 80세 이상 여자의 파킨슨병 유병률은 0.57%였는데 2016년은 2.05%로 증가하였다.

[그림 2-3-6] 65세 이상 파킨슨병 유병률(2006-2016년)



<표 2-3-16> 50세 이상 파킨슨병 연령별 유병률

(단위: %)

구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
전체	2006	0.07	0.30	0.74	0.65
	2007	0.07	0.32	0.85	0.79
	2008	0.08	0.34	0.96	0.98
	2009	0.07	0.34	1.04	1.13
	2010	0.08	0.35	1.11	1.25
	2011	0.08	0.36	1.17	1.41
	2012	0.08	0.35	1.22	1.60
	2013	0.08	0.34	1.24	1.74
	2014	0.08	0.34	1.26	1.83
	2015	0.08	0.34	1.27	1.91
2016	0.08	0.34	1.28	2.03	
남자	2006	0.07	0.26	0.66	0.83
	2007	0.07	0.28	0.75	0.96
	2008	0.07	0.29	0.84	1.14
	2009	0.07	0.30	0.90	1.24
	2010	0.08	0.31	0.97	1.35
	2011	0.08	0.32	1.03	1.51
	2012	0.08	0.32	1.08	1.64
	2013	0.08	0.32	1.10	1.74
	2014	0.08	0.32	1.12	1.82

구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
	2015	0.08	0.32	1.13	1.88
	2016	0.08	0.33	1.15	1.99
여자	2006	0.07	0.34	0.80	0.57
	2007	0.07	0.36	0.91	0.72
	2008	0.08	0.38	1.04	0.91
	2009	0.08	0.38	1.14	1.08
	2010	0.08	0.39	1.21	1.21
	2011	0.08	0.40	1.28	1.37
	2012	0.08	0.38	1.33	1.59
	2013	0.08	0.37	1.36	1.74
	2014	0.08	0.37	1.37	1.84
	2015	0.08	0.36	1.37	1.92
	2016	0.08	0.36	1.38	2.05

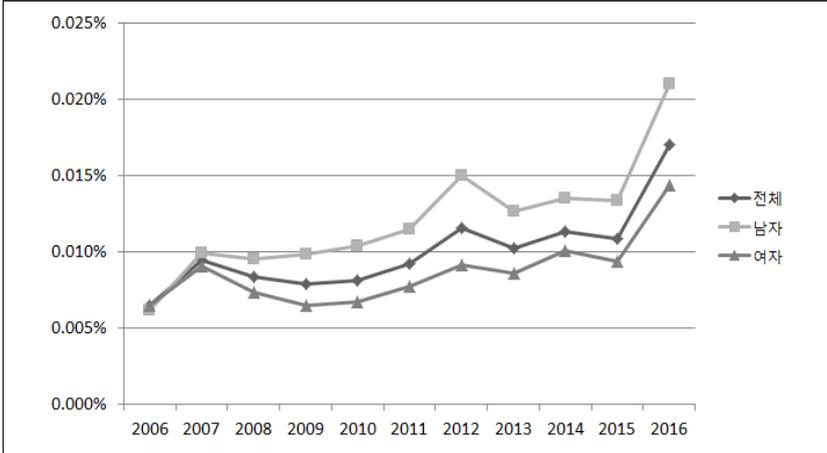
7. 기저핵의 기타 퇴행성 질환

기저핵의 기타 퇴행성 질환(G23)의 65세 이상 유병률은 2006년 0.006%에서 2016년 0.017%로 상승하였다. 남자는 2006년 0.006%에서 2016년 0.021%로, 여자는 2006년 0.006%에서 2016년 0.014%로 높아졌다(그림 2-3-7).

〈표 2-3-17〉은 성별 연령별 기저핵의 기타 퇴행성 질환 유병률을 나타낸 것이다. 2016년을 기준으로 남자의 기저핵의 기타 퇴행성 질환 유병률은 50대가 0.0031%, 60대가 0.0116%, 70대가 0.022%, 80세 이상이 0.0258%였으며 여자는 50대가 0.0025%, 60대가 0.0098%, 70대가 0.0165%, 80세 이상이 0.0128%로 연령 증가에 따라 기저핵의 기타 퇴행성 질환 유병률이 상승하였다. 또한 모든 연령군에서 2006년 이후 기저핵의 기타 퇴행성 질환 유병률이 상승하였는데, 예를 들어 2006년 80세 이상 여자의 기저핵의 기타 퇴행성 질환 유병률은 0.0119%였는데 2016년은 0.0128%로 증가하였다.

134 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

[그림 2-3-7] 65세 이상 기저핵의 기타 퇴행성 질환 유병률(2006-2016년)



<표 2-3-17> 50세 이상 기저핵의 기타 퇴행성 질환 연령별 유병률

(단위: %)

구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
전체	2006	0.0011	0.0033	0.0062	0.0110
	2007	0.0013	0.0048	0.0083	0.0162
	2008	0.0017	0.0053	0.0084	0.0101
	2009	0.0017	0.0045	0.0086	0.0087
	2010	0.0014	0.0043	0.0098	0.0085
	2011	0.0014	0.0053	0.0103	0.0094
	2012	0.0017	0.0067	0.0134	0.0110
	2013	0.0013	0.0060	0.0119	0.0096
	2014	0.0012	0.0062	0.0137	0.0112
	2015	0.0013	0.0057	0.0124	0.0128
2016	0.0028	0.0107	0.0190	0.0170	
남자	2006	0.0012	0.0037	0.0061	0.0085
	2007	0.0012	0.0051	0.0098	0.0154
	2008	0.0015	0.0059	0.0107	0.0095
	2009	0.0018	0.0049	0.0112	0.0113
	2010	0.0013	0.0051	0.0118	0.0133
	2011	0.0015	0.0058	0.0129	0.0134
	2012	0.0017	0.0079	0.0175	0.0154
	2013	0.0015	0.0065	0.0145	0.0137
	2014	0.0013	0.0062	0.0159	0.0167

구분	연도	50-59	60-69	70-79	80+
	2015	0.0014	0.0059	0.0144	0.0194
	2016	0.0031	0.0116	0.022	0.0258
여자	2006	0.001	0.0028	0.0061	0.0119
	2007	0.0012	0.0045	0.0073	0.0165
	2008	0.0018	0.0047	0.0068	0.0103
	2009	0.0014	0.004	0.0067	0.0075
	2010	0.0014	0.0035	0.0083	0.0065
	2011	0.0012	0.0048	0.0084	0.0076
	2012	0.0016	0.0054	0.0103	0.009
	2013	0.0011	0.0055	0.01	0.0077
	2014	0.001	0.0061	0.012	0.0086
	2015	0.001	0.0055	0.0108	0.0097
	2016	0.0025	0.0098	0.0165	0.0128

제4절 소결

2016년 외래 또는 입원 의료를 이용한 사람을 대상으로 다빈도 질환을 산출하였으며, 연령군마다 다빈도 질환이 차이가 난다는 것을 확인할 수 있었다.

50, 60대 중장년층에서는 추간판장애, 어깨병변, 무릎관절증 등의 근골격계 질환, 백내장이 다빈도 질환이었으며, 70대에서는 이러한 질환들과 함께 뇌경색증, 협심증이 다빈도 질환이었다. 80대 이상의 초고령 노인에서는 백내장, 근골격계 질환보다 치매, 폐렴, 대퇴골의 골절이 상위 다빈도 질환으로 나타났다. 이러한 연령군별 다빈도 질환의 차이는 일부 코호트 효과도 있을 것이나 연령 증가에 따라 건강수준과 질병 양상이 달라지기 때문인 것으로 생각된다.

외래 방문 건수를 기준으로 할 때 전 연령에 걸쳐 고혈압, 당뇨병 등 만성질환과 무릎관절증, 등통증 등 근골격계 질환이 다빈도 질환이었으며, 입원 횟수를 기준으로 할 때는 50, 60대는 기타 추간판 장애, 무릎관절증

등의 근골격계 질환과 백내장 등이 다빈도 질환이었고, 80대 이후에는 치매, 폐렴이 다빈도 질환으로 입원과 외래의 다빈도 질환에 차이가 있었다.

노인장기요양보험 대상 질환을 중심으로 주요 노인 질병의 지난 11년간 유병률 변화를 살펴본 결과 65세 이상 노인에서 치매, 뇌출혈, 뇌경색증, 뇌혈관질환, 파킨슨병의 유병률이 지속적으로 상승한 것으로 나타났다. 특히 치매, 뇌혈관질환, 파킨슨병의 경우 유병률이 뚜렷하게 상승하였는데 치매의 경우 80세 이상 연령군의 유병률이 남자는 2006년 2.71%에서 2016년 10.50%로, 여자는 2006년 3.55%에서 2016년 17.85%로 3~4배 증가하였다. 파킨슨병 또한 80세 이상 연령군에서 유병률이 2006~2016년 2~3배 상승하였는데 평균수명이 늘어나고 초고령 노인이 증가하는 것이 영향을 미쳤으리라 생각된다. 이러한 초고령 노인에서의 유병률 변화는 의료 이용 및 보건복지 서비스 수요 증가로 이어질 수 있기 때문에 노인성 질환의 예방과 관리, 치료에 대한 사회적 관심이 필요하다고 하겠다.

제 4 장

지역사회 노인의 노쇠 및
의료·돌봄 서비스 이용 현황

제1절 개요

제2절 건강 및 노쇠

제3절 의료 이용

제4절 돌봄 서비스

제5절 소결

4

지역사회 노인의 노쇠 및 << 의료·돌봄 서비스 이용 현황

제1절 개요

1. 지역사회 노인의 노쇠 및 의료·돌봄 서비스 이용 현황 조사

본 조사의 목적은 의료기관이나 시설이 아닌 현재 지역사회에 거주하는 노인들의 건강 현황 및 노쇠 수준(frailty)을 일개 도시 지역을 중심으로 파악하고 이에 따른 의료와 돌봄 서비스에 대한 경험과 요구도를 살펴보는 데 있다.

가. 조사 대상 및 방법

대전광역시에 거주하고 있는 만 65~84세의 노인 516명을 대상으로 설문 조사를 실시하였으며, 2017년 4월 행정자치부 주민등록 인구 통계를 기준(표 2-4-1)으로 성, 연령, 지역에 따른 비례배분법을 통해 표본 크기를 산출하였다(표 2-4-2). 또한 조사할 동의 선정은 확률비례추출법에 의하여 대전 지역 전체 79개 동 중 49개 동이 랜덤하게 추출되었다.

조사는 9인의 조사원이 일 대 일 면접 방식을 통해 진행하였으며, 구조화된 설문지를 이용하여 적격 응답자에게 질문하고, 응답한 내용을 그대로 기록하였다. 응답 내용 중 확인이 필요하거나 누락된 부분이 있는 경우 응답자와 전화로 확인하는 절차를 거쳤다. 자료 수집은 2017년 6월 2일부터 6월 30일까지 약 4주간에 걸쳐 이루어졌다.

〈표 2-4-1〉 성, 연령, 지역구별 모집단

(단위: 명)

구분	모집단				계
	남자		여자		
지역구/ 연령	65-74세	75-84세	65-74세	75-84세	
동구	9,991	4,806	11,326	7,312	33,435
중구	10,660	5,412	12,152	7,701	35,925
서구	14,233	6,449	15,545	9,697	45,924
유성구	7,241	3,139	7,773	5,386	23,539
대덕구	6,585	2,982	7,197	4,662	21,426
계	48,710	22,788	53,993	34,758	160,249

〈표 2-4-2〉 성, 연령, 지역구별 표본 배분

(단위: 명)

구분	모집단				계
	남자		여자		
지역구/ 연령	65-74세	75-84세	65-74세	75-84세	
동구	32	15	35	26	108
중구	33	19	38	24	114
서구	45	23	49	31	148
유성구	23	13	24	16	76
대덕구	20	11	23	16	70
계	153	81	169	113	516

조사에 참여한 응답자의 인구사회학적 특성은 〈표 2-4-3〉과 같다. 조사 대상자 516명 중 남성은 234명(45.3%), 여성은 282명(54.7%)이었다. 65~69세가 176명(34.1%), 70~75세가 146명(28.3%), 75~80세가 121명(23.5%), 80~85세가 73명(14.2%)이었다. 가구 형태는 전체 대상자의 경우, 노인 부부 가구가 237명(45.9%)으로 가장 많았고, 여성 노인 독거는 110명(39.0%)으로 남성 노인 독거에 비해 39명(16.7%)에 비해 많았다. 전체 대상자의 교육 수준은 초등학교 졸업 이하가 243명(47.1%)으로 가장 많았다. 초등학교 졸업 이하의 비율은 여성이 59.6%로 남성의

32.0%에 비해 높았으며, 대학교 재학 이상의 비율은 여성이 2.1%로 남성의 15.0%에 비해 현저히 낮았다.

결혼 상태는 남성 187명(79.9%)과 여성 114명(40.4%)이 배우자가 있는 것으로 나타났으며, 남성 93명(39.7%)과 여성 66명(23.4%)이 경제활동을 하고 있는 것으로 나타났다. 연평균 가구 소득은 전체 대상자의 절반 가까이가 1000만 원 이하(247명, 47.9%)로 나타났으며, 조사 대상자의 대다수는 건강보험 가입자(485명, 94.0%)였다.

〈표 2-4-3〉 조사 대상자의 인구사회학적 특성

구분		전체 (n=516)		남 (n=234)		여 (n=282)	
		명	%	명	%	명	%
연령	65-69세	176	34.1	86	36.8	90	31.9
	70-75세	146	28.3	67	28.6	79	28.0
	75-80세	121	23.5	52	22.2	69	24.5
	80-85세	73	14.2	29	12.4	44	15.6
가구 형태	노인 독거	149	28.9	39	16.7	110	39.0
	노인 부부	237	45.9	145	62.0	92	32.6
	기타	130	25.2	50	21.3	80	28.4
교육 수준	무학, 서당/한학	55	10.7	10	4.3	45	16.0
	초등학교 졸업 이하	243	47.1	75	32.0	168	59.6
	중학교 졸업 이하	91	17.6	50	21.4	41	14.5
	고등학교 졸업 이하	86	16.7	64	27.3	22	7.8
	대학교 재학 이상	41	8.0	35	15.0	6	2.1
결혼 상태	유배우자	301	58.3	187	79.9	114	40.4
	무배우자	215	41.7	47	20.1	168	59.6
경제활동 참여	예	159	30.8	93	39.7	66	23.4
	아니요	357	69.2	141	60.3	216	76.6
연평균 가구 소득	1000만 원 이하	247	47.9	107	45.7	140	49.7
	1000만-2000만 원	150	29.1	76	32.5	74	26.2
	2000만 원 초과	119	23.0	51	21.8	68	24.1
건강보험 형태	건강보험	485	94.0	219	93.6	266	94.3
	의료급여	22	4.3	11	4.7	11	3.9
	미가입	2	0.4	1	0.4	1	0.4
	모름	7	1.3	3	1.3	4	1.4

- 주: 1. 결혼 상태는 유배우자(혼인 중), 무배우자(별거, 이혼, 사별 또는 실종(이산가족))으로 분류함.
 2. 경제활동 참여는 현재 수입을 목적으로 직장에 다니는 것을 포함하여 사업을 하고 있거나 가족 또는 친척의 일을 도와주는 것을 모두 포함함.
 3. 연평균 가구 소득은 가구원 수를 보정한 값임.

나. 조사 내용

선행 연구 검토 및 전문가 자문을 통해 설문지를 개발하였으며 주요 조사 내용은 노인의 건강 수준 및 행태, 노쇠, 보건의료 서비스 이용 경험, 돌봄 서비스 이용 경험이다.

1) 건강 수준 및 행태

지역사회 거주 노인들의 전반적인 건강 수준을 파악하기 위해 본인들이 평소 생각하는 건강 상태와 동년배와 비교한 건강 상태를 질문하였다. 또한 노인의 정신건강 수준을 파악하기 위해 단축형 노인우울척도(Short Form Geriatric Depression Scale: SGDS)를 사용하여 노인의 우울 정도를 측정하였다. 단축형 노인우울척도의 항목은 아래 표와 같으며, 각 문항에 대해 '예/아니요'로 응답하는 방식이다. 1, 5, 7, 11, 13 문항의 경우 '아니요' 응답에 1점, '예'는 0점으로 점수를 부여하며, 나머지 문항은 반대로 점수를 부여하여 총점을 매기는데, 총점이 10점 미만이면 비우울, 10~11점이면 경계, 12점 이상은 진료 의뢰가 필요한 우울증 의심 단계로 분류한다.

〈표 2-4-4〉 단축형 노인우울척도(Short Form Geriatric Depression Scale)

문항	점수 배점	
	예	아니요
1) 현재의 생활에 대체적으로 만족하십니까?	0점	1점
2) 요즘 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까?	1점	0점
3) 자신이 헛되이 살고 있다고 느끼십니까?	1점	0점
4) 생활이 지루하게 느껴질 때가 많습니까?	1점	0점
5) 평소에 기분은 상쾌한 편이십니까?	0점	1점
6) 자신에게 불길한 일이 닥칠 것 같아 불안하십니까?	1점	0점
7) 대체로 마음이 즐거운 편이십니까?	0점	1점
8) 절망적이라는 느낌이 자주 드십니까?	1점	0점
9) 바깥에 나가기가 싫고 집에만 있고 싶습니까?	1점	0점
10) 비슷한 나이의 다른 분들보다 기억력이 더 나쁘다고 느끼십니까?	1점	0점
11) 현재 살아 있다는 것이 즐겁게 생각되십니까?	0점	1점
12) 지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까?	1점	0점
13) 기력이 좋은 편이십니까?	0점	1점
14) 지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까?	1점	0점
15) 자신이 다른 사람들의 처지보다 더 못하다고 생각하십니까?	1점	0점

건강 행태의 경우, 흡연과 음주, 운동, 식이 습관을 조사하였다. 우선, 흡연에서는 평생 피운 담배의 양과 현재 흡연 여부를, 음주에서는 음주 빈도 및 양, 음주로 인한 건강 상담 여부를 질문하였다. 운동의 경우, 1주일 1회 이상 규칙적인 운동을 하고 있는지를 묻고 구체적인 운동의 종류와 횟수, 기간을 질문하였다. 또한 규칙적인 운동을 하지 못하고 있다면 그 이유가 무엇인지 물었으며, 노쇠 예방을 위해 중요하다고 알려져 있는 근력운동의 빈도에 대해서도 질문하였다. 식이 습관의 경우, 지난 1주일간의 식이 섭취 상태를 평가하였다.

2) 노쇠

본 연구에서 노쇠를 측정하기 위해 아래와 같은 두 가지 도구를 활용하였다. 우선 Jung HW 등이 개발한 K-frail 도구는 피로, 저항, 이동, 지병, 체중 감소의 5개 영역으로 구분되며(Jung HW et al., 2016), 김창오·선우덕이 개발한 허약측정 도구는 신체적 요인, 정신·심리적 요인, 사회적 요인의 3개 영역으로 구분하여 노쇠를 측정한다(김창오, 선우덕, 2015).

〈표 2-4-5〉 노쇠 측정 도구

구분	측정 영역	측정 지표	노쇠의 정의
K-frail 도구	피로	피로 정도	노쇠: 3개 영역 이상 전노쇠: 1-2개 영역 비노쇠: 0개 영역
	저항	10개 계단 오르기 가능 여부	
	이동	300m 이동 가능 여부	
	지병	진단받은 질환 5개 이상 여부	
	체중 감소	5% 이상 감소 정도	
허약측정 도구	신체적 요인	약력 저하 - 남성 24kg 이하 - 여성 15kg 이하	노쇠: 2개 이상 영역 전노쇠: 1개 영역 비노쇠: 0개 영역
	정신심리적 요인	정신심리적 고갈 정도	
	사회적 요인	모임 및 단체 활동 참여 여부	

이와 함께 노인들의 기본 일상생활 수행 능력(ADL)과 도구적 일상생활 수행 능력(IADL)을 측정하였다. ADL의 경우, 7가지의 질문 항목에 대한 가지라도 부분적 또는 전적인 도움이 필요하다고 응답하면 ‘기능 문제’로 분류하였고, IADL에서도 10가지 문항 중 한 가지에 대해서라도 부분적 또는 전적인 도움이 필요할 시 ‘기능 문제’로 분류하였다.

다음으로 본 조사에서는 노인의 낙상 위험성을 측정하기 위해 낙상 위

협성 자가진단 도구(fall risk self-assessment tool)를 활용하였다(표 2-4-6). 이는 미국 CDC에서 지역사회 거주 노인들의 낙상 예방을 위해 사용하고 있는 것으로, Greater Los Angeles VA Geriatric Research Education Clinical Center and affiliates에서 개발하고 Rubenstein 외 연구진이 타당도를 검증하였다. 구체적인 질문 항목과 점수 배정은 다음과 같으며, 총점이 4점 이상인 경우 낙상 위험 그룹으로 분류된다.

〈표 2-4-6〉 낙상 위험성 자가진단 도구

항목	점수 배점	
	예	아니요
1) 나는 지난 1년간 낙상(넘어짐, 미끄러짐 또는 주저앉음)의 경험이 있다	2점	0점
2) 나는 안전한 보행을 위해 지팡이 혹은 보행 보조기 사용을 권유 받았거나 사용하고 있다	2점	0점
3) 나는 때때로 걸어다닐 때 불안정하다	1점	0점
4) 나는 집안에서 가구나 벽을 짚으면서 걸어다닌다	1점	0점
5) 나는 낙상할까 봐 걱정이 된다	1점	0점
6) 나는 의자에서 일어날 때 손을 짚고 몸을 일으켜야 한다	1점	0점
7) 나는 턱을 지나가는 데 약간의 어려움이 있다 (예: 도로 턱, 문턱 등)	1점	0점
8) 나는 종종 화장실에 급하게 간다	1점	0점
9) 나는 발의 감각이 약간 둔해졌다	1점	0점
10) 나는 때때로 약을 먹은 후, 어지러움이나 피곤함을 느낀다.	1점	0점
11) 나는 수면을 도와주거나 기분을 나아지게 하는 약을 복용하고 있다	1점	0점
12) 나는 가끔 슬픔이나 우울함을 느낀다	1점	0점

자료: CDC. (2015). PREVENTING FALLS: A Guide to Implementing Effective Community-Based Fall Prevention Programs. p. 49. Appendix A.

3) 보건의료 서비스 이용 경험

지역사회 거주 노인들의 보건의료 서비스 이용 경험을 파악하기 위해 지난 1년간 외래, 입원, 응급 서비스 이용 여부 및 횟수를 조사하였다. 또

한 예방적 의료 이용과 관련하여 지난 1년간 인플루엔자 접종 여부와 최근 2년간 건강검진 여부를 질문하였다. 이와 함께 노인들의 미충족 의료 이용 경험을 조사하고자, 지난 1년간 진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 경험이 있는지, 그리고 지난 1년간 치료를 받던 중 중단한 경험이 있는지를 조사하였다.

다음으로 본 조사에서는 노인들의 의료 이용 시, 주로 방문하는 의료기관 및 의사가 있는지, 그리고 이러한 단골 병원 및 의사의 소개를 통해 타 의료기관을 이용한 경험이 있는지 등을 조사하였다. 또한 의료 이용에 대한 결정 경로를 파악하고자, 의료기관을 방문하고 싶을 때 방문해야 할 진료과에 대한 결정을 어떻게 하는지를 질문하였다. 마지막으로, 노인들의 건강 문해력을 파악하고자, 병원 안내문 및 서식·자료, 복약 안내서에 대한 이해 정도를 조사하였다.

4) 돌봄 서비스 이용 경험

본 조사에서는 지역사회 거주 노인들이 일상생활 수행 및 건강상 어려움을 겪을 때 주로 누구로부터 도움을 받고 있는지에 대해 질문하였다. 돌봄 서비스를 제공하는 주체와 서비스 내용, 빈도에 대해 묻고, 향후 간병인을 고용해야 한다면 지불할 의사가 있는 금액이 어느 정도인지에 대해 조사하였다.

한편, 노인 돌봄 서비스나 노인장기요양보험 제도와 같은 공식적인 돌봄 제도에 대해 노인들이 얼마나 알고 있는지를 물었다. 또한 현재 노인 장기요양보험 제도를 이용하고 있다면 이용 횟수나 시간, 비용은 어느 정도인지, 그리고 만족도는 어떠한지 질문하였다. 이 외 다양한 유형의 돌봄 서비스들을 이용한 경험이 있는지, 그리고 서비스 유형별로 본인에게

얼마나 필요하다고 생각하는지 등을 조사하였으며, 마지막으로 돌봄 서비스와 관련하여 가장 선호하는 정부 지원 체계는 어떤 것인지를 조사하였다.

전체 설문 영역과 설문 내용은 <표 2-4-7>과 같으며 설문지는 부록에 제시하였다.

<표 2-4-7> 설문 영역 및 설문 내용

대분류	중분류	세부 내용
A. 건강 상태 및 행태	주관적 건강 상태	평소 건강 상태, 동년배 비교 건강 상태
	흡연	평생 피운 담배의 양, 현재 흡연 여부
	음주	음주 빈도, 양, 음주로 인한 건강 상담 여부
	운동	규칙적인 운동 여부(주 1회 이상), 횟수, 기간, 종류, 규칙적인 운동을 못하는 이유, 근력운동 빈도
	식이 습관 정신건강	지난 일주일간의 식이 섭취 상태 생활 만족, 활동량 및 의욕, 절망감 등
B. 노쇠	ADL	최근 일주일 기준, ADL 평가
	IADL	최근 일주일 기준, IADL 평가
	낙상 위험도	낙상 경험, 지팡이 혹은 보행 보조기 사용 여부, 보행 불안정, 낙상 걱정, 발 감각, 약으로 인한 어지러움 및 피곤함, 슬픔 및 우울함 등
	노쇠1(K-FRAIL)	피로, 저항(도움 없이 10개의 계단 이동), 이동(도움 없이 300미터 이동), 진단받은 질환, 체중 감소
	노쇠2(허약측정 도구)	약력, 정신심리적 상태(모든 일이 힘들게 느껴짐, 무슨 일이든지 도무지 해 낼 수 없는 느낌), 모임이나 단체 활동 참여 여부
복약 여부	의사로부터 진단받은 질환에 대한 복약 여부	
C. 보건의료 서비스 이용 경험 (계속)	응급, 입원, 외래 이용 경험	최근 1년간 응급실, 입원, 외래 서비스 이용 여부 및 횟수
	예방접종 이용 경험	최근 1년간 인플루엔자 예방접종 여부
	건강검진 이용 경험	최근 2년간 건강검진 여부 및 횟수, 종류, 건강검진 미수검 이유
	의료 이용 미충족 경험	지난 1년간 진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 경험과 이유, 지난 1년간 치료를 받던 중 중단 경험과 이유

148 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

대분류	중분류	세부 내용
C. 보건의료 서비스 이용 경험	단골병원/의사 의료 이용 정보 경로 건강 문해력	주로 방문하는 의료기관 및 의사 여부, 단골 병원 및 의사의 소개를 통한 타 의료기관 이용 여부, 단골 병원 및 의사의 건강 문제 해결 능력 의료기관 과에 대한 결정 경로 병원 안내문 및 서식·자료에 대한 이해, 복약 안내서에 대한 이해
D. 돌봄 서비스 이용 경험	돌봄의 주체 공식 돌봄 제도 관련 지식 노인장기요양보험 제도 등급 노인장기요양보험 제도 이용 경험 돌봄 서비스 이용 및 필요 돌봄 서비스의 지원 형태에 대한 의견	돌봄 서비스를 제공하는 주체와 서비스 내용, 빈도, 희망 지불 금액 노인 돌봄 서비스와 노인장기요양보험 제도에 대한 인지 여부, 인지 경로 노인장기요양보험 제도 등급 신청 여부, 최근 등급, 등급 신청 시 당사자의 의견 반영 여부 장기요양 재가 서비스 이용 여부, 횟수, 시간, 기간, 본인 부담금, 비용 부담 주체, 만족도 서비스 유형별 이용 여부와 비용 지불 여부, 시설 및 서비스 이용 결정 및 비용 부담 주체, 서비스 유형별 필요도 돌봄 서비스 관련 가장 선호하는 정부 지원 형태
E. 일반 사항	성별 생년월일 현재 동거인 수 세대 유형 학력 결혼 상태 수입/소득 근로 여부 금전적 지원 건강보험 유형	지난 1년간 지원 여부, 금액

2. 지역사회 거주 노인 질적 면담 조사

본 연구는 지역사회에 거주하는 노인이 스스로 인식하는 노쇠, 건강 수준이 어떠한지를 파악하고 노인 개인의 건강 행태, 노인을 둘러싼 공식·비공식 돌봄 제공자의 현황이 어떠한지를 파악하기 위해 질적 면담 조사를 실시하였다. 또한 돌봄 서비스에 대한 노인들의 욕구를 파악하기 위해 최근 건강노화의 주요 개념으로 강조되는 지역사회 계속 거주(Ageing in place)와 관련하여 노인들이 어떻게 인식하고 있는지, 어떠한 것들이 필요한지를 살펴보았다.

가. 조사 대상 및 조사 방법

질적 면담 조사 대상은 대전광역시에 거주하는 70~80대 노인 중 1) 만성질환을 2개 이상 보유하고 있고,¹⁰⁾ 2) 의사소통이 가능한 건강 상태를 가지고 있는 노인을 주요 대상으로 선정하였다. 대상자 선정 시에는 가구 형태 및 거주 유형에 따른 건강 및 노쇠, 돌봄 현황 및 지역사회 계속 거주에 대한 인식을 포함한 돌봄 서비스 욕구에 대한 인식 차이를 살펴보기 위해 독거, 노인 부부, 자녀 합가 가구 형태의 노인을 고루 선정하였다 (표 2-4-8).

〈표 2-4-8〉 질적 면담 조사 대상자

구분	코딩	성	연령	동반상병
독거	A	여	78	고혈압, 유방암
독거	B	여	79	고혈압, 관절염, 고관절 수술

10) 선정 기준에는 만성질환 보유 여부가 포함되었으나, 지역사회 거주자의 소개를 통해 면담대상자를 선정하는 과정에서 현재 치료중인 만성질환이 없는 대상자도 포함되었음.

150 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

구분	코딩	성	연령	동반상병
독거	C	여	70	고혈압, 관절염, 요실금, 허리협착증, 디스크
독거	D	여	75	방광염, 고혈압, 당뇨
독거	E	남	85	
독거	F	여	85	뇌경색, 중풍, 고혈압, 치매, 관절염
독거	G	남	75	
독거	H	여	81	관절염
부부	I	여	69	고혈압, 협심증, 자궁암
부부	J	남	74	전립선비대증, 협심증
부부	K	남	77	방광암, 위암, 고혈압, 당뇨
부부	L	여	82	관절염(무릎 수술)
부부	M	남	72	뇌경색, 당뇨, 녹내장
부부	N	남	83	중풍
부부	O	남	80	척추질환
부부	P	여	80	관절, 심장, 기관지
자녀합가	Q	남	77	치매, 알코올 중독
자녀합가	R	여	90	척추질환
자녀합가	S	여	80	치매

조사 대상 추출은 여러 방법으로 이루어졌으며, 대전시 OO구의 보건소 담당자로부터 방문건강관리 사업 및 경로당 사업 대상자 중 가구 형태 별 대상자를 소개받았으며, 그 외에도 설문 조사를 진행하는 대전 지역 조사원의 부모님 중 조사 대상 조건에 부합하는 분들 역시 질적 면담 조사에 포함하였다. 또한 노인 대상 주간 재활 프로그램을 운영하는 주간재활센터 등을 통해 대상자를 소개받아 면담을 진행하였다.

6월 중순~8월 중순의 기간 동안 전체 19명의 대상자 면담을 완료하였으며, 가구 유형별로는 독거 가구 8명, 노인 부부 가구 8명, 자녀 합가 가구 3명이었으며, 성별로는 여성 11명, 남성 8명이었다.

본 질적 면담 조사는 한국보건사회연구원의 연구윤리심의위원회로부터 연구윤리심사를 통과하였으며(제2017-08호), 질적 면담 조사는 노인

의 연령을 고려하고 심층 면담을 진행하기 위해 개별 인터뷰로 하였다. 자료 수집 시 연구 참여자의 독특한 경험을 이끌어 내는 동시에 참여자 개인의 인식과 경험을 비교하기 위해 반 구조화된 면담(semi-structured interview)을 수행하였으며, 주요 조사 내용별로 선정한 개방형 질문의 목록을 제시하였다(표 2-4-9~11). 인터뷰는 노인이 거주하는 집 또는 주로 이용하는 시설(주간보호센터, 경로당) 등 대상자가 편안하게 생각하는 장소에서 약 30분에서 1시간 30분 정도 진행하였으며, 대상자 동의를 얻어 모든 인터뷰 내용을 녹음하고 녹취록으로 작성하였고 이를 활용하여 질적 분석을 시행하였다.

나. 주요 조사 내용

1) 건강과 노쇠

2016년 세계보건기구는 각 국가 차원의 건강노화를 위한 활동 강화, 노인 친화적인 환경 조성, 노인의 수요에 맞춘 보건 시스템 정비, 장기요양 제공을 위한 지속 가능하고 형평적인 체계 개발 및 건강노화 모니터링과 연구 개발 강화를 요지로 하는 ‘The Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health’를 채택하였다. 세계보건기구에서 정의하는 건강노화는 ‘노인의 웰빙을 가능하게 하는 기능적 능력을 개발하고 보존하는 과정’을 의미하고 이에 따라 노화는 개인과 환경의 상호작용이 반영된 과정을 의미한다.

질적 면담 조사에서는 노인들이 스스로 생각하는 자신의 건강 수준은 어떠한지, 노인이 ‘건강하다’는 것에 대해 어떻게 인식하고 있는지를 살펴보고, 노인의 삶에서 건강이 차지하는 의미와 건강하기 위해 어떤 행동

들을 하는지를 살펴보았다.

건강 상태와 연계하여 ‘노쇠(허약)’에 대한 실제 노인의 인식을 살펴보고자 하였다. 노인의 노쇠(허약)를 학술적으로 어떻게 정의할 것인가에 대해서는 학자들의 관점과 이해에 따라 다양한 의견이 제시되고 있다. 일반적으로 노쇠(허약) 상태는 다른 연령대보다 노인층에게서 높게 나타나며, 질병이환, 사망, 낙상, 시설 입소 등의 부정적 건강 결과와도 상관성이 높게 나타난다(Fried et al., 2001; Morley et al., 2006).

본 질적 면담 조사에서는 실제 노인들이 생각하는 노쇠(허약)에 대한 개념은 무엇인지, 노쇠(허약)해지는 것을 노인들이 어떻게 받아들이고 있는지, 노쇠(허약) 상태에서 벗어날 수 있다고 생각하는 지 등에 대하여 <표 2-4-9>의 질문을 활용하여 살펴보았다.

<표 2-4-9> ‘건강과 노쇠’에 대한 인식을 살펴보기 위한 질문

구분	질문
건강 수준	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 어르신의 건강은 어떠하십니까? • 어떤 질환을 갖고 계시나요? 어떤 약을 드시나요? 수술하신 적은 있으신가요? 언제부터 약을 먹고, 언제 수술을 하셨나요? • 어르신은 포레보다 건강하다고 생각하시나요? • 자신의 건강을 100점 만점에 몇 점 정도라고 생각하시나요? 왜 그렇게 생각하시나요? • 예전에 비해 건강이 어떠신 것 같으세요? 그럴 때 어떠세요?
건강에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 건강한 노인은 어떠한 모습일까요? • 어떠한 사람이 건강하다고 생각하시나요? • ‘건강하다’는 것이 어떤 거라고 생각하시나요? • 주변 포레분 중 건강하다고 생각하시는 분이 계시나요? 왜 그분이 건강하다고 생각하세요? • 나이가 들면 한두 개 질병은 갖고 계시는 게 보통인데 그래도 건강할 수 있을까요?
건강의 중요성에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 건강이 중요한가요? • 어르신은 왜 건강이 중요하다고 생각하시나요? • 어르신은 건강하기 위해 무엇을 하고 계시나요?
일반적인 노쇠(허약)에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 어르신은 ‘노쇠하다’, ‘허약하다’는 것이 어떤 것이라고 생각하십니까? • 어떠한 사람이 ‘노쇠하다’, ‘허약하다’고 생각하십니까? • 노쇠한(허약한) 노인은 어떤 모습인가요?

구분	질문
	<ul style="list-style-type: none"> • 주변 또래분 중 노쇠/허약하다고 생각하시는 분이 계신가요? 왜 그것이 노쇠/허약하다고 생각하시나요?
자신의 노쇠(허약) 수준	<ul style="list-style-type: none"> • 언제 어르신이 노쇠/허약해졌다고 느끼시나요? • 걸으시는 데 어려움은 없으신가요? 앉았다 일어나는 데 어려움은 없으신가요? • 식사 준비, 청소하는 데 어려움은 없으신가요? • 밥은 잘 챙겨 드시고 계신가요? 하루 일과는 어떠하신가요? 언제 주무시고 일어나시나요? 밥은 언제 드시고 산책이나 마실은 나가시나요? 운동을 하시는 게 있으신가요?
자신의 노쇠에 대한 반응	<ul style="list-style-type: none"> • 과거에 비해 노쇠/허약하다고 생각하시나요? 그럴 때 어떤 기분이 드시나요?
회복 가능성에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 노쇠/허약한 노인이 건강한 노인이 될 수 있을까요? 그렇게 되기 위해서는 어떻게 해야 할까요? 안 된다면 왜 안 된다고 생각하시나요? • 나이가 들면 다들 한두 개 이상 질병은 갖고 계시는 게 보통인데 그래도 건강할 수 있지 않을까요?

2) 돌봄 현황 및 인식

현재 지역사회에 거주하고 있는 노인들 대상으로, 공식/비공식적으로 어떠한 형태의 돌봄을 받고 있는지, 앞으로의 생활에 누구의 도움을 기대하는지 등을 살펴보았다. 공식/비공식 돌봄과 관련하여서는 현재 받고 있는 돌봄 서비스의 종류와 제공자를 파악하고 누구에게 의지를 하는지에 대해 질문하였으며, 보건소나 복지관, 동사무소 등의 공식 돌봄을 받고 있는 경우 신청 경로와 비용 부담 수준 등을 파악하고자 하였다.

(표 2-4-10) '돌봄'에 대한 인식을 살펴보기 위한 질문

구분	질문
공식/비공식 돌봄 현황	<ul style="list-style-type: none"> • 어르신께 가장 도움이 되는 분은 누구십니까? • 어르신은 누구에게 가장 의지하고 계십니까? 왜 그분께 가장 의지하고 계십니까? • 동네 어르신들과는 어떻게 지내고 계십니까? 얼마나 자주 만나시나요? 만나시면 주로 무엇을 하시나요? • 동네 경로당이나 노인분들이 많이 모이는 곳에 자주 가시나요? • 복지관이나 동사무소 등에서 지원받는 게 있으신가요? 전화 안부를 여

구분	질문
	쫓는다거나 집에 한 번씩 찾아와서 안부를 여쭙는 경우가 있나요? 그 외에 받으시는 것이 있으신가요? 그 서비스들은 누가 신청하셨나요?
돌봄에 대한 인식 및 향후의 기대	<ul style="list-style-type: none"> • 가족이 아닌 사람이 와서 생활을 도와주는 것에 대해서는 어떻게 생각하시나요? • 건강 상태가 조금 더 안 좋아질 경우, 자녀분들이 도움을 줄 것이라고 기대하시나요?

3) 돌봄 서비스 욕구

본 질적 면담 조사에서는 지역사회 거주 노인의 돌봄에 대한 욕구를 파악하고 개선 과제를 도출하기 위해 시설이나 공동체 안에서 살아가는 것에 대한 인식은 어떠한지, 노쇠한 노인이 지역사회에서 독립적으로 살아가는 데 어떠한 도움이 필요한지 등을 질문하였다. 이는 최근 건강노화 논의에서 강조되는 지역사회 계속 거주¹¹⁾와 관련하여 필요한 공식/비공식 돌봄 서비스를 파악하기 위한 것으로, 면담에 사용한 구체적인 질문들은 다음과 같다.

〈표 2-4-11〉 ‘지역사회 계속 거주(Ageing in Place)’에 대한 인식과 돌봄 서비스 욕구를 살펴보기 위한 질문

구분	질문
시설이나 공동체 안에서 살아가는 것에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 어르신은 더 나이가 드셔서 거동이 불편해지면 요양병원/시설에 가는 것과 이 집에서 계속 거주하시는 것 중 어떤 것을 더 선호하시나요? • 거동이 불편해지고 밥/빨래/청소를 혼자 할 수 없게 되어도 이 집에 계속 혼자 거주하고 싶으세요? • 요양병원/시설은 왜 가기 싫어하시나요? • 자녀분하고 같이 사는 것은 어떠신가요? 같이 사는 것이 왜 싫으신가요? • 만약 아들/며느리, 딸/사위가 같이 살자고 여러 번 얘기하면 같이 사시겠어요? 같이 사시게 되면 지역이 대전이 아니라 서울이면 어떠시겠어요?

11) ‘지역사회 계속 거주(Ageing in place)’란 ‘익숙한 장소에서 남아’(Frank, 2001) ‘독립성을 지니면서 시설보다는 공동체 안에서’(Wiles et al., 2011) 생활하는 것을 의미한다.

구분	질문
	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 어르신께 이 집은 어떤 의미를 가지나요? • 현재 어르신께 이 동네는 어떤 의미를 가지나요? 이 동네에 얼마나 오래 사셨나요?
독립적인 생활을 하기 위해 필요한 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 어르신께서 독립적으로 생활한다는 것은 어떻게 산다는 것일까요? • 어르신께서 사시는 이 동네는 노인이 살기 편하다/좋다고 볼 수 있을까요? 노인이 살기 편한 동네는 어떤 것일까요? • 어르신이 허약해졌을 때 누가 어떤 것을 해 줬으면 좋으시겠어요? • 예를 들어 80대 후반의 혈압도 있고, 당도 있고 다리도 허리도 아프신 노인이 있다고 생각해 보세요. 그분의 자식들은 매일 전화도 하고 용돈도 가끔 드리기는 하지만 자기 살기에 바빠서 자주 찾아뵙지는 못한다고 하네요. 그분은 여태껏 혼자 밥, 청소, 빨래는 해 왔는데 더 이상 혼자 하기 힘들어하시는데 요양병원/시설은 가기 싫어하세요. 집에 계시고 싶어 하시네요. 그분께 어떤 도움들을 줘야 할까요?

제2절 건강 및 노쇠

본 절에서는 지역사회 거주 노인들의 건강 및 노쇠에 대한 인식과 건강 수준 및 행태를 살펴보았다. 우선 질적 면담 조사에서 드러난 지역사회 거주 노인의 건강과 노쇠에 대한 인식을 살펴보았으며, 그 후 설문 조사 결과에서 드러난 노인의 건강 및 의료 이용 경험을 살펴보았다. 설문 조사 결과는 크게 전반적 건강 및 의료 이용 경험과 노쇠 상태에 따른 차이를 중심으로 고찰하였으며 제시한 설문 조사 결과가 질적 면담 조사에서도 드러난 내용인 경우 결과를 함께 제시하였다.

1. 노인의 건강과 노쇠에 대한 인식

가. ‘건강’과 ‘건강한 노인’에 대한 인식

면담에 참여한 70~80대 지역사회 거주 노인들에게 건강은 ‘최우선의

가치'로 여겨졌다. 건강은 모든 가치에 있어서 가장 중요한 것이며, 건강해야 무엇이든지 의욕적으로 할 수 있다고 지역사회 거주 노인들은 인식하고 있었다.

노인들이 스스로 인식하는 '건강한 노인'이란 신체적으로 건강한 것도 있지만, 대부분이 만성질환을 가지고 있는 상황에서 정신적으로 우울하지 않고 활발하게 사람들을 만나면서 지내는 것도 건강한 노인의 모습이라고 여기고 있었다.

“첫째, 신체적으로 강인한, 신체가 제대로 건강해야지? 그 다음에 인자 정신건강. 응. 정신건강이. 정신 건강이 인내심, 극기심, 이런 것들이 거기에 결부해야 되죠? 이. 그 다음에는 이제 이제 잠 충분히 자야 건강하잖아요? 그 다음에 식단 잘 짜야 하고. 규정식을 해야 하고.”(E)

“건강한 노인은 식사도 제대로 하고, 그냥 드러눕지 않고 좀 움직일 수 있으면 건강한 거지.”(R)

질적 면담 조사에서 만난 지역사회 거주 노인들은 대부분 스스로 건강하다고 인식하는 것으로 나타났다. 기존 연구에서 보고하는 것처럼 대부분의 노인은 두 가지 이상의 복합적인 질환을 가지고 있고, 실제 질적 면담 조사에서 만난 지역사회 거주 노인들 역시 대부분 두 가지 이상의 질환을 가지고 있어 스스로를 '종합병원'이라고 말하기도 하지만 스스로 건강하다고 생각하는 편이었다.

스스로 건강하다고 생각하는 노인을 대상으로 그 이유를 물어본 결과 질환이 있어도 잘 먹고, 잘 돌아다니기 때문에 그렇게 생각한다는 응답들이 대부분이었다. 그리고 특히 자신의 삶 및 세상에 대해 긍정적인 인식

을 가지고 있는 노인들은 모두 스스로 건강하다고 인식하는 것을 알 수 있었다.

“나보다 더 젊은 사람도 보면은 잘 못 걷고 고꾸라지고 그랬는데 나는 그렇게 수술을 하고 다 했어도 잘 걸어서. 그래서 항상 난 고맙게 생각하지. 항상 세상을 막 항상 고맙다...(중략)... 평생 감사하며 살아요 제가.”(S)

일부 노인들은 스스로 건강하다고 생각하지 않는다고 응답하였으며, 이들은 모두 무릎이나 허리 통증 또는 수술 후유증 때문에 집 밖으로 돌아다니기 어렵다는 것, 즉 이동성에 제약이 있다는 것을 건강하다고 생각하지 않는 이유로 제시하였다.

“나는 걸어다니는 종합병원이에요. 나는 땀 수가 없으니까. 이 다리를 오래 못 쓰니까.”(O)

나. ‘노쇠(허약)’의 의미와 ‘노쇠한 노인’에 대한 인식

질적 면담 조사 결과 노쇠(허약)는 노인에게 생소한 개념이었다. 면담에 참여한 노인들 대부분은 ‘노쇠’라는 단어를 인지하지 못하였고, ‘노쇠’보다는 ‘허약’하다는 단어를 인지하는 경우가 많았다.

“늙어서. 노쇠? 몰라 나는 노쇠.”(S)

노쇠나 허약의 의미를 인지하고 있는 노인들에게 ‘노쇠(허약)한 노인’

이 어떠한 모습인지를 물어본 결과, 노쇠하거나 허약한 노인은 신체적으로 기운이 많이 떨어져 마음대로 움직이지 못하고, 정신적으로도 약해지고 자신감이 떨어진 노인을 지칭한다고 생각하였다.

“사람이 이제 나이 먹으면 응? 진기 다 빠져서 이제. 이 기체도 오래 되면은 다 망가지듯이 그런 상태가 되는 거니까. 다 그렇게 생각해야죠.”(J)

“노쇠한 사람은 첫째 걸음걸이가 틀려. 엉덩이를 빼고. 허리가 약간 굽고. 엉덩이가 하늘을 쳐다보는 식으로 이렇게 되고 묘하게 걷지. 앞을 나가긴 나가 그래도. 매사에 이를테면 템포가 느려. 앉았다 일어나는 거부터 자체가 안 돼. 쪼고 뒹 하여튼.”(K)

“아주 늙을 대로 늙었다 하는 거지. 기운도 탕진되고. 정신력도 약해지고, 생각도 없고. 그런 사람보고 노쇠하다라고 하지.”(E)

“나이드 먹고 쇠락했다. 아주 나무로 치면 수액이 없어서 바짝 말라가지고 인자 바로 넘어질 정도의 상태.”(O).

스스로 건강하다고 인식하는지를 물어본 것과 유사하게 지역사회 거주 노인에게 스스로 노쇠(허약)하다고 인식하는지를 물어본 결과, 질적 면담 조사에 참여한 노인들 중 일부는 스스로를 노쇠하다고 인식하고 있었다. 자신이 건강하지 않다고 생각하는 노인 모두는 스스로를 노쇠하다고 생각하고, 자신이 건강하다고 생각하는 노인 대부분은 스스로를 노쇠하지 않다고 생각하였으나, 일부 건강하다고 생각하는 노인 중에서도 스스로 노쇠하다고 생각하는 노인들이 있었다. 특히 한 노인은 자신은 특별한 질

환이 없고 아직도 일할 수 있어서 스스로 건강하다고 생각하지만, 예년에 비해 점점 기력이 쇠하고 다리에 힘이 없어지는 것을 느끼면서 노쇠하다고 생각한다는 것이다.

“그러니까 뭐 줘.. 이.. 이렇게 막 예초기 같은 걸로 막 논뚜렁 땀라면 팔이 막 아프고 또 뭐 이제 비료 한 포씩 기계로 짚어지고 뿌릴라면 흔들 흔들해서 논뚜렁 못 다녀. 그건 아파서 그런 게 아니라 노화 돼서 그런 거 같아. 내 생각에 그렇지. 뭐 다리가 어디 찌시고 뭐 원래 뭐 식사 같은 건 많이 안 먹으니까 그렇겠지만 속이 불편하다던가 뭐 이 신경질 난다던가 이런 건 없어. 다만 힘이 줄었다는 건 내 자신이 인정하고 있어. 작년까지도 그런 건 못 느꼈는데 금년에는 아 막 그 한 포대 논뚜렁에 뿌려야 하거든. 비틀비틀하고 그려.”(G)

2. 건강 수준과 노쇠, 건강 행태에 대한 일반적 현황

가. 건강 수준

1) 주관적 건강 상태

“어르신의 평소 건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자의 50.4%가 불건강하다고 응답하였으며, 남성은 41.4%, 여성은 57.8%가 불건강하다고 응답하여 남성보다 여성이 자신의 건강을 더 좋지 못하다고 인식하고 있었다.

〈표 2-4-12〉 평소 건강 상태

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
불건강	260	50.4	97	41.4	163	57.8

주: '③ 그저 그렇다', '④ 건강이 나쁜 편이다', '⑤ 건강이 매우 나쁘다'를 '불건강'으로 분류함.

“동년배에 비하여 어르신의 건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?” 라는 질문에 전체 응답자의 51.4%가 불건강하다고 응답하였으며, 남성은 41.0%, 여성은 59.9%가 불건강하다고 응답하였다. 조사 대상자는 평소 본인의 건강 상태에 비해 동년배와 비교한 건강 상태를 보다 부정적으로 평가하고 있었다.

〈표 2-4-13〉 동년배 대비 건강 상태

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
불건강	265	51.4	96	41.0	169	59.9

주: '③ 그저 그렇다', '④ 건강이 나쁜 편이다', '⑤ 건강이 매우 나쁘다'를 '불건강'으로 분류함.

2) 만성질환 유병률

1개 이상의 만성질환을 의사에게 진단받았다고 응답한 비율은 전체의 77.7%였으며, 남성의 경우 71.8%, 여성의 경우 82.6%였다(표 2-4-14). 질환별 유병률을 살펴보면 전체 대상자의 만성질환 유병률은 고혈압 55.4%, 당뇨병 30.6%, 관절염 21.3%의 순으로 높았다. 남성의 만성질환 유병률은 고혈압 48.3%, 당뇨병 25.6%, 관절염 9.4%의 순으로 높았으며, 여성은 고혈압 61.4%, 당뇨병 34.8%, 관절염 31.2%의 순으로 높았다(표 2-4-15).

〈표 2-4-14〉 1개 이상의 만성질환을 진단받은 비율

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
1개 이상의 만성질환	401	77.7	168	71.8	233	82.6

〈표 2-4-15〉 만성질환 유병률

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
고혈압	286	55.4	113	48.3	173	61.4
당뇨병	158	30.6	60	25.6	98	34.8
암	20	3.9	9	3.9	11	3.9
만성폐질환	2	0.4	2	0.9	0	0.0
심근경색	19	3.7	8	3.4	11	3.9
심부전	5	1.0	3	1.3	2	0.7
협심증	29	5.6	11	4.7	18	6.4
천식	9	1.7	4	1.7	5	1.8
관절염	110	21.3	22	9.4	88	31.2
뇌경색	19	3.7	13	5.6	6	2.1
신장질환	12	2.3	8	3.4	4	1.4

주: 의사 진단을 받은 경험이 있는 질환에 대해 중복 응답 가능

3) 우울

단축형 노인우울척도(Short Form Geriatric Depression Scale: SGDS)를 사용하여 노인의 우울 정도를 측정된 결과, 전체 대상자의 우울 증 의심 비율은 4.3%였으며, 남성의 경우 6.0%, 여성의 경우 2.8%로 남성이 여성에 비해 진료 의뢰가 필요한 우울증 의심 비율이 높았다.

〈표 2-4-16〉 우울

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
비우울	477	92.4	215	91.9	262	92.9
경계	17	3.3	5	2.1	12	4.3
우울증 의심	22	4.3	14	6.0	8	2.8

주: 15개의 우울 관련 문항의 총점이 10점 미만이면 비우울, 10~11점이면 경계, 12점 이상은 진료 의뢰가 필요한 우울증 의심 단계로 분류함.

4) 일상생활 수행 능력

〈표 2-4-17〉은 응답자의 기본적 일상생활 수행 능력을 보여 준다. 전체 응답자 중 기능상 문제를 가진 응답자의 비율은 1.7%이며, 남성의 경우 1.7%, 여성의 경우 1.8%로 나타났다.

〈표 2-4-17〉 기본적 일상생활 수행 능력

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
기능 문제	9	1.7	4	1.7	5	1.8

주: 7가지의 일상생활 수행 능력 중 1가지라도 부분적 또는 적절 도움이 필요하다면 '기능 문제'로 분류함.

도구적 일상생활 수행 능력은 전체 응답자 중 기능상 문제를 가진 응답자의 비율이 5.2%이며, 남성의 경우 4.3%, 여성의 경우 6.0%로 나타났다.

〈표 2-4-18〉 도구적 일상생활 수행 능력

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
기능 문제	27	5.2	10	4.3	17	6.0

주: 10가지의 일상생활 수행능력 중 1가지라도 부분적 또는 적절 도움이 필요하다면 '기능 문제'로 분류함.

5) 낙상 위험성

낙상 위험성 자가진단 도구(fall risk self-assessment tool)를 활용해 낙상 위험성을 평가한 결과, 전체 응답자 중에서 낙상 위험성을 가진 것으로 평가되는 비율은 19.8%로 나타났으며, 남성의 13.7%, 여성의 24.8%가 낙상 위험성을 가진 것으로 평가되었다.

〈표 2-4-19〉 낙상 위험성

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
낙상 위험	102	19.8	32	13.7	70	24.8

주: 총점이 4점 이상인 경우 낙상 위험성 있다고 분류함.

나. 노쇠 현황

노쇠의 현황을 앞서 설명한 두 가지 도구로 측정한 결과는 〈표 2-4-20〉, [그림 2-4-1]과 같다. 우선 K-frail 도구로 측정한 결과, 전체 대상자 중에서 노쇠 단계의 대상자는 22명(4.3%)이었고, 허약측정 도구로 측정한 결과, 전체 대상자 중 노쇠 단계의 대상자는 30명(5.8%)으로 허약측정 도구로 측정 시 노쇠의 비율이 더 높았다. 또한, 두 가지 도구 모두에서 노쇠의 비율이 남성(3.9%, 5.1%)에 비해 여성(4.6%, 6.4%)이 높게 나타났다.

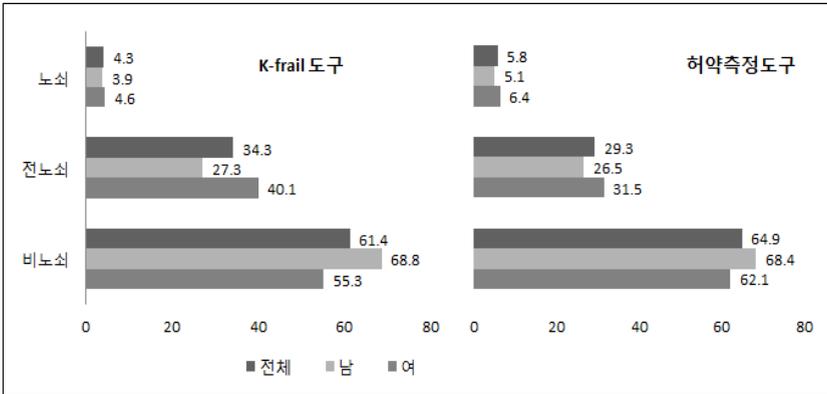
〈표 2-4-20〉 노쇠 현황

(단위: 명, %)

구분	K-frail 도구			허약측정 도구		
	전체 (n=516)	남 (n=234)	여 (n=282)	전체 (n=516)	남 (n=234)	여 (n=282)
노쇠	22(4.3)	9(3.9)	13(4.6)	30(5.8)	12(5.1)	18(6.4)
전노쇠	177(34.3)	64(27.3)	113(40.1)	151(29.3)	62(26.5)	89(31.5)
비노쇠	317(61.4)	161(68.8)	156(55.3)	335(64.9)	160(68.4)	175(62.1)

[그림 2-4-1] 노쇠 현황 비율

(단위: %)



전체 응답자의 인구학적 특성에 따른 K-frail 도구로 측정된 노쇠 현황은 〈표 2-4-21〉과 같다. 연령이 증가할수록, 연평균 소득이 적을수록, 그리고 배우자가 있는 경우보다 없는 경우에 노쇠 및 전노쇠의 비율이 높았다.

〈표 2-4-21〉 인구학적 특성에 따른 노쇠 현황

구분		노쇠 (n=22)		전노쇠 (n=177)		비노쇠 (n=317)		계 명
		명	%	명	%	명	%	
성별	남성	9	3.9	64	27.3	161	68.8	234
	여성	13	4.6	113	40.1	156	55.3	282
연령	65-69세	4	2.3	41	23.3	131	74.4	176
	70-75세	7	4.8	56	38.4	83	56.9	146
	75-80세	5	4.1	50	41.3	66	54.6	121
	80-85세	6	8.2	30	41.1	37	50.7	73
가구 형태	노인 독거	10	6.7	67	45.0	72	48.3	149
	노인 부부	4	1.7	64	27.0	169	71.3	237
	기타	8	6.2	46	35.4	76	58.5	237
교육 수준	무학, 서당/한학	8	14.6	28	50.9	19	34.6	55
	초등학교 졸업 이하	10	4.1	97	39.9	136	56.0	243
	중학교 졸업 이하	2	2.2	29	31.9	60	65.9	91
	고등학교 졸업 이하	2	2.3	15	17.4	69	80.2	86
	대학교 재학 이상	0	0.0	8	19.5	33	80.5	41
결혼 상태	유배우자	7	2.3	80	26.6	214	71.1	301
	무배우자	15	7.0	97	45.1	103	47.9	215
연평균 소득	1000만 원 이하	14	5.7	103	41.7	130	52.6	247
	1000만-2000만 원	5	3.3	43	28.7	102	68.0	150
	2000만 원 초과	3	2.5	31	26.1	85	71.4	119

주: 1. 결혼 상태는 유배우자(혼인 중), 무배우자(별거, 이혼, 사별 또는 실종(이산가족))으로 분류함.
2. 연평균 가구 소득은 가구원 수를 보정한 값임.

두 가지 도구 간 일치도를 살펴본 〈표 2-4-22〉에 의하면 두 도구 모두에서 동일하게 측정된 노쇠는 8명(1.6%), 전노쇠 65명(12.6%), 비노쇠 237명(45.9%)이었다. 한 가지 도구에서 비노쇠로 측정되었으나, 다른 도구에서 노쇠로 측정된 경우는 8명(1.6%)이었다.

〈표 2-4-22〉 노쇠 측정의 일치도

구분	허약측정 도구				
		노쇠	전노쇠	비노쇠	전체
K-frail 도구	노쇠	8(1.6)	10(1.9)	4(0.8)	22(4.3)
	전노쇠	18(3.5)	65(12.6)	94(18.2)	177(34.3)
	비노쇠	4(0.8)	76(14.7)	237(45.9)	317(61.4)
	전체	30(5.8)	151(29.3)	335(64.9)	516(100.0)

다. 건강 행태

1) 흡연/음주

지금까지 살아오는 동안 흡연 경험이 있는 응답자는 전체 응답자의 36.6%였는데, 성별로 나누어 보면 남성은 76.9%로 절반을 훨씬 넘었으며, 여성은 3.2%로 그 비율이 낮았다(표 2-4-23).. 흡연 경험이 있는 응답자들의 현재까지의 총 흡연량은 '5갑(100개비) 이상'이 94.7%로 가장 높았다. 이는 남녀에서도 유사한 양상을 보였다(표 2-4-24 참조). 흡연 경험이 있는 응답자 중에서 현재 흡연자의 비율은 전체의 37.6%였고, 남성 36.7%, 여성 55.6%로 여성의 비율이 더 높았다(표 2-4-25).

〈표 2-4-23〉 흡연 경험

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
흡연 경험	189	36.6	180	76.9	9	3.2

〈표 2-4-24〉 현재까지의 총 흡연량

구분	전체(n=189)		남(n=180)		여(n=9)	
	명	%	명	%	명	%
5갑(100개비) 미만	10	5.3	10	5.6	0	0.0
5갑(100개비) 이상	179	94.7	170	94.4	9	100.0

〈표 2-4-25〉 현재 흡연 여부

구분	전체(n=189)		남(n=180)		여(n=9)	
	명	%	명	%	명	%
현재 흡연	71	37.6	66	36.7	5	55.6

지금까지 살아오는 동안 1잔 이상 음주 경험이 있는 응답자는 전체의 70.7%로 나타났고, 남성은 90.6%, 여성은 55.6%였다(표 2-4-26). 음주 빈도를 살펴보면 최근 1년간 술을 마시지 않은 비율은 전체 응답자의 37.0%, 남성 30.7%, 여성 45.8%였다. 주 4회 이상 빈번하게 술을 마시는 비율은 전체의 11.8%로 나타났고, 남성 17.5%, 여성 3.9%로 남성의 해당 비율이 더욱 높았다(표 2-4-27). 1회 음주량을 살펴보면 전체 응답자의 69.3%가 1~4잔의 술을 마시는 것으로 나타났고, 여성의 경우 대부분이 이 구간에 해당되었다(남성 51.9%, 여성 93.5%). 1회 10잔 이상 음주하는 응답자의 비율은 남성 14.6%, 여성 0%로 남성의 해당 비율이 더욱 높았다(표 2-4-28).

〈표 2-4-26〉 음주 경험

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
음주 경험	365	70.7	212	90.6	153	54.3

〈표 2-4-27〉 음주 빈도

구분	전체(n=365)		남(n=212)		여(n=153)	
	명	%	명	%	명	%
최근 1년 간 금주	135	37.0	65	30.7	70	45.8
1회/월 미만	59	16.2	18	8.5	41	26.8
1회/월	24	6.6	11	5.2	13	8.5
2-4회/월	49	13.4	34	16.0	15	9.8
2-3회/주	55	15.1	47	22.2	8	5.2
4회 이상/주	43	11.8	37	17.5	6	3.9

〈표 2-4-28〉 1회 음주량

구분	전체(n=365)		남(n=212)		여(n=153)	
	명	%	명	%	명	%
1-2잔	181	49.6	57	26.9	124	81.1
3-4잔	72	19.7	53	25.0	19	12.4
5-6잔	39	10.7	33	15.6	6	3.9
7-9잔	42	11.5	38	17.9	4	2.6
10잔 이상	31	8.5	31	14.6	0	0.0

2) 운동

“어르신께서는 평소 일주일에 1회 이상 규칙적인 운동을 하십니까?”라는 질문에 전체 응답자 중 36.0%가 규칙적인 운동을 하지 않는다고 응답하였다. 남성은 30.3%, 여성은 40.8%가 규칙적인 운동을 하지 않는다고 응답하여 여성이 남성에 비해 규칙적 운동을 하지 않는 것으로 나타났다(표 2-4-29).

규칙적인 운동을 하지 못하는 가장 큰 이유에 대해서 전체 응답자는 ‘몸이 아파서(29.0%)’, ‘하고는 싶지만 귀찮아서(25.8%)’, ‘시간이 없어서(23.1%)’의 순으로 응답하였다. 남성은 ‘시간이 없어서(32.4%)’, ‘하고는 싶지만 귀찮아서(25.4%)’, ‘몸이 아파서(23.9%)’의 순으로 응답하였고, 여성은 ‘몸이 아파서(32.2%)’, ‘하고는 싶지만 귀찮아서(26.1%)’, ‘좋아하지 않아서(19.1%)’의 순으로 응답하였다(표 2-4-30).

〈표 2-4-29〉 일주일 1회 이상 규칙적 운동 미실시

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
주 1회 이상 운동 미실시	186	36.0	71	30.3	115	40.8

〈표 2-4-30〉 규칙적 운동을 하지 못하는 가장 큰 이유

구분	전체(n=186)		남(n=71)		여(n=115)	
	명	%	명	%	명	%
시간이 없어서	43	23.1	23	32.4	20	17.4
하고는 싶지만 귀찮아서	48	25.8	18	25.4	30	26.1
좋아하지 않아서	33	17.7	11	15.5	22	19.1
규칙적으로 해야겠다는 생각을 해 본적이 없어서	6	3.2	1	1.4	5	4.4
몸이 아파서	54	29.0	17	23.9	37	32.2
기타	2	1.1	1	1.4	1	0.9

근력운동 일수를 살펴보면 〈표 2-4-31〉과 같다. 전체 응답자 중의 86.4%가 근력운동을 전혀 하지 않는다고 응답하였는데, 남성은 79.5%가 전혀 하지 않는다고 응답하였으며, 여성은 대다수인 92.2%가 전혀 하지 않는다고 응답하였다.

〈표 2-4-31〉 근력운동 일수

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
전혀 하지 않음	446	86.4	186	79.5	260	92.2
1일	7	1.4	2	0.9	5	1.8
2일	10	1.9	5	2.1	5	1.8
3일 이상	53	10.3	41	17.5	12	4.3

이러한 경향은 질적 면담 조사에서도 확인할 수 있었다. 지역사회 거주 노인들은 지금의 건강 상태를 유지하기 위해서 운동을 하거나 식단 조절을 하는 등 건강을 위해 노력을 해야 한다고 생각하는 경우가 많았지만, 노인들이 생각하는 운동은 ‘산책’, ‘동네 한 바퀴 돌기’, ‘마실’ 등 걷기와 자전거 타기, 가벼운 등산 등을 포함하는 것으로, 근력운동을 실천하는

경우는 극히 일부였다. 그리고 지역사회 거주 노인 중 허리나 무릎 통증이 있는 분들은 가벼운 걷기 등의 운동들도 건강을 위해서 해야 된다고는 생각하지만 실천하지 못하고 있었다.

“아니, 요즘은. 아니 그리고 몸뎡이가 운동을 계속 해야 되는데. 나이 먹으니까 움직여리는 게 싫고 그러니까 어깨도 힘줄이 저려갖고 그냥.”(J)

3) 식이 습관

지역사회 거주 노인들은 건강을 위해 식단과 식사량을 조절하거나 건강보조식품이나 복용하고 있는 약을 잘 챙겨 먹으려고 노력한다고 응답하였다. 그러나 식이 습관에 대한 설문 조사를 통해 5가지 항목에 대해 살펴본 결과, 식이 습관이 양호하지 못한 응답자의 비율이 상당히 높게 나타났다.

고기, 생선, 계란 콩 등의 반찬은 전체 응답자 중 52.3%, 남성 49.6%, 여성 54.6%가 매일 섭취하지 않는다고 응답하였으며, 다양한 채소 반찬은 전체 응답자 중 21.9%, 남성 21.8%, 여성 22.0%가 매일 섭취하지 않는다고 응답하였다. 우유 제품이나 두유는 전체 응답자 중 62.8%, 남성 67.1%, 여성 59.2%가 매일 섭취하지 않는다고 응답하였고, 신선한 제철 과일은 전체 응답자 중 56.0%, 남성 58.1%, 여성 54.3%가 매일 섭취하지 않는다고 응답하였다. 대체로 매일 세끼 식사를 하지 않는 비율은 전체 응답자 중 16.9%, 남성 10.6%, 여성 24.6%로 여성이 남성보다 불규칙한 식사를 하는 것으로 나타났다. 충분한 물 섭취를 하지 않는 비율은 전체 응답자 중 27.9%, 남성 24.4%, 여성 30.9%로 나타났다(표 2-4-32).

〈표 2-4-32〉 부적절한 식이 습관

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
1. 고기, 생선, 계란, 콩 등을 매일 섭취하지 않음	270	52.3	116	49.6	154	54.6
2. 다양한 채소 반찬을 매일 섭취하지 않음	113	21.9	51	21.8	62	22.0
3. 우유 제품이나 두유를 매일 섭취하지 않음	324	62.8	157	67.1	167	59.2
4. 신선한 제철 과일을 매일 섭취하지 않음	289	56.0	136	58.1	153	54.3
5. 세 끼 식사를 대체로 매일 하지 않음	87	16.9	30	10.6	57	24.4
6. 충분한 수분 섭취를 하지 않음	144	27.9	57	24.4	87	30.9

3. 노쇠에 따른 건강 수준 및 행태¹²⁾

노쇠 수준과 성별에 따른 주관적 건강 상태, 만성질환, 우울, 일상생활 수행 능력, 낙상 위험도, 운동, 식이 습관을 살펴보았다. 다만, 노쇠 단계에 해당되는 노인의 수가 적어(n=22), 본 보고서에서는 전노쇠(n=177)와 비노쇠(n=317) 노인의 차이를 중심으로 결과를 제시하였다.

12) 앞서 소개한 K-frail 도구와 허약측정 도구로 분석한 결과의 양상이 유사하여 K-frail 도구를 활용한 결과만을 제시하였다.

가. 노쇠에 따른 건강 수준의 차이

1) 주관적 건강 상태

“어르신의 평소 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?”라는 질문에 전노쇠 노인들의 66.0%, 비노쇠 노인들의 39.0%가 불건강하다고 인식하였으며, 남성은 전노쇠 단계의 56.3%, 비노쇠 단계의 32.9%가, 여성은 전노쇠 단계의 71.1%, 비노쇠 단계의 45.5%가 불건강하다고 응답하였다. 비노쇠보다 전노쇠 단계의 응답자가 남녀에서 모두 자신이 건강하지 못하다고 인식하는 것으로 나타났다(표 2-4-33).

〈표 2-4-33〉 노쇠 수준에 따른 평소 건강 상태(불건강)

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
전노쇠 (n=177)	117	66.0	36	56.3	81	71.7
비노쇠 (n=317)	124	39.0	53	32.9	71	45.5

주: 1) '③ 그저 그렇다', '④ 건강이 나쁜 편이다', '⑤ 건강이 매우 나쁘다'를 '불건강'으로 분류함.
2) 본 표의 %는 노쇠 수준과 성별에 따라 불건강이라고 응답한 비율을 의미함.

“동년배에 비하여 어르신의 건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자 중 전노쇠 단계의 70.0%, 비노쇠 단계의 37.8%가 불건강하다고 인식하였으며, 남성은 전노쇠 단계의 56.3%, 비노쇠 단계의 32.9%, 여성은 전노쇠 단계의 71.1%, 비노쇠 단계의 45.5%가 불건강하다고 응답하였다. 비노쇠보다 전노쇠 단계의 응답자가 남녀에서 모두 자신이 건강하지 못하다고 인식하는 것으로 나타났다. 주관적 건강 상태와 동일한 양상으로 남녀 모두에서 비노쇠보다 전노쇠 단계의 응답자가 동년배에 비하여 자신이 건강하지 못하다고 인식하는 것으로 나타났다(표 2-4-34).

〈표 2-4-34〉 노쇠 수준에 따른 동년배 대비 건강 상태(불건강)

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
전노쇠 (n=177)	117	70.0	38	59.4	86	76.1
비노쇠 (n=317)	120	37.8	49	30.4	71	45.5

주: 1) '③ 그저 그렇다', '④ 건강이 나쁜 편이다', '⑤ 건강이 매우 나쁘다'를 '불건강'으로 분류함.
2) 본 표의 %는 노쇠 수준과 성별에 따라 불건강이라고 응답한 비율을 의미함.

2) 만성질환

전체 응답자 중 만성질환 진단을 받지 않은 비율은 전노쇠 단계에서 21.4%, 비노쇠 단계에서 27.8%로 비노쇠 단계가 전노쇠 단계에 비해 높았다. 만성질환을 1개 진단받은 비율은 전노쇠 단계에서 55.6%, 비노쇠 단계에서 41.3%, 2개 진단받은 비율은 전노쇠 단계에서 51.3%, 비노쇠 단계에서 22.4%, 3개 이상 진단받은 비율은 전노쇠 단계에서 23.1%, 비노쇠 단계에서 8.5%로 모두 전노쇠일 경우, 비노쇠에 비해 만성질환 진단 비율이 높았다.

남성과 여성을 구분하여 살펴본 결과에서도 전체 응답자의 결과와 비슷한 양상을 보여 1개 이상의 만성질환을 진단받은 비율이 비노쇠 단계 보다 전노쇠 단계에서 높게 나타났다(표 2-4-35).

〈표 2-4-35〉 만성질환 진단 개수

구분	0개		1개		2개		3개 이상	
	명	%	명	%	명	%	명	%
전체								
전노쇠(n=177)	25	14.1	65	36.7	60	33.9	27	15.3
비노쇠(n=317)	88	27.8	131	41.3	71	22.4	27	8.5
남								
전노쇠(n=177)	14	21.9	26	40.6	19	29.7	5	7.9
비노쇠(n=317)	51	31.7	72	44.7	28	17.4	10	6.2

구분	여							
	전노쇠(n=177)	11	9.7	39	34.5	41	36.3	22
비노쇠(n=317)	37	23.7	59	37.8	43	27.6	17	10.9

3) 우울

단축형 노인우울척도(Short Form Geriatric Depression Scale: SGDS)를 사용하여 노인의 우울 정도를 측정한 결과, 진료 의뢰가 필요한 우울증 의심 비율은 전체 응답자의 경우 전노쇠 단계에서 6.8%, 비노쇠 단계에서 0.9%로 전노쇠 단계가 비노쇠에 비해 높았다. 남성은 전노쇠 단계에서 10.9%, 비노쇠 단계에서 1.2%로 전노쇠 단계에서 현저하게 높았으며, 여성은 전노쇠 단계에서 4.4%, 비노쇠 단계에서 0.6%로 전노쇠 단계에서 다소 높았다(표 2-4-36).

〈표 2-4-36〉 우울

구분	비우울		경계		우울증 의심	
	명	%	명	%	명	%
	전체					
전노쇠(n=177)	156	88.1	9	5.1	12	6.8
비노쇠(n=317)	310	97.8	4	1.3	3	0.9
구분	남					
전노쇠(n=177)	56	87.5	1	1.6	7	10.9
비노쇠(n=317)	157	97.5	2	1.2	2	1.2
구분	여					
전노쇠(n=177)	100	88.5	8	7.1	5	4.4
비노쇠(n=317)	153	98.1	2	1.3	1	0.6

주: 15개의 우울 관련 문항의 총점이 10점 미만이면 비우울, 10~11점이면 경계, 12점 이상은 진료 의뢰가 필요한 우울증 의심 단계로 분류함.

4) 일상생활 수행 능력

〈표 2-4-37〉은 노쇠 상태에 따른 남녀 노인의 기본적 일상생활 수행 능력에서 ‘기능상 문제’로 분류한 대상의 비율을 나타낸다. 전체 응답자의 경우 전노쇠 단계의 3.4%가 기능 문제가 있는 것으로 나타났고, 남성은 전노쇠 단계에서 4.7%, 여성은 전노쇠 단계에서 2.7%가 기능 문제가 있는 것으로 나타났다.

〈표 2-4-37〉 노쇠 수준에 따른 기본적 일상생활 수행 능력(기능 문제)

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
전노쇠(n=177)	6	3.4	3	4.7	3	2.7
비노쇠(n=317)	0	0.0	0	0.0	0	0.0

주: 1) 7가지의 일상생활 수행 능력 중 1가지라도 부분적 또는 전적 도움이 필요하다면 ‘기능 문제 있음’으로 분류함.

2) 본 표의 %는 노쇠 수준과 성별에 따라 기능 문제가 있다고 분류한 대상자의 비율을 의미함.

도구적 일상생활 수행 능력은 기본적 일상생활 수행 능력에 비해 노쇠 수준에 따라 기능상 문제가 나타나는 비율의 차이가 다소 컸다. 전체 응답자의 경우 전노쇠 단계에서 7.9%, 비노쇠 단계에서 1.6%가 기능 문제가 있는 것으로 나타났고, 남성은 전노쇠 단계에서 9.4%, 비노쇠 단계에서 0.6%가, 여성은 전노쇠 단계에서 7.1%, 비노쇠 단계에서 2.6%가 기능상의 문제가 있는 것으로 나타났다(표 2-4-38).

〈표 2-4-38〉 노쇠 수준에 따른 도구적 일상생활 수행 능력(기능 문제)

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
전노쇠(n=177)	14	7.9	6	9.4	8	7.1
비노쇠(n=317)	5	1.6	1	0.6	4	2.6

주: 1) 10가지의 일상생활 수행 능력 중 1가지라도 부분적 또는 전적 도움이 필요하다면 ‘기능 문제 있음’으로 분류함.

2) 본 표의 %는 노쇠 수준과 성별에 따라 기능 문제가 있다고 분류한 대상자의 비율을 의미함.

5) 낙상 위험성

총점이 4점 이상인 경우 낙상 위험군으로 분류되는데, 전노쇠 단계인 경우 비노쇠 단계보다 낙상 위험군의 비율이 현저하게 높았다. 특히 이러한 차이는 여성에서 두드러졌는데, 여성은 전노쇠 단계의 38.9%, 비노쇠 단계의 9.6%가 낙상 위험군으로 분류되었고, 남성에서는 전노쇠 단계의 23.4%, 비노쇠 단계의 5.6%가 낙상 위험군으로 분류되었다(표 2-4-39).

〈표 2-4-39〉 노쇠 수준에 따른 낙상 위험성(낙상 위험군)

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
전노쇠(n=177)	59	33.3	15	23.4	44	38.9
비노쇠(n=317)	24	7.6	9	5.6	15	9.6

주: 총점이 4점 이상인 경우 낙상 위험군에 속하는 것으로 분류함.

나. 노쇠에 따른 건강 행태의 차이

1) 운동

“어르신께서는 평소 일주일에 1회 이상 규칙적인 운동을 하십니까?”라는 질문에 전체 응답자 중 전노쇠 단계의 45.8%, 비노쇠 단계의 28.7%가 하지 않는다고 응답하였으며, 남성은 전노쇠 단계의 43.8%, 비노쇠 단계의 23.0%가, 여성은 전노쇠 단계의 46.9%, 비노쇠 단계의 34.6%가 하지 않는다고 응답하였다. 규칙적인 운동을 하지 않는 비율은 비노쇠보다 전노쇠 단계의 응답자들에게서 더 높은 것으로 확인되었다(표 2-4-40).

〈표 2-4-40〉 노쇠 수준에 따른 일주일 1회 이상 규칙적 운동 미실시

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
전노쇠 (n=177)	81	45.8	28	43.8	53	46.9
비노쇠 (n=317)	91	28.7	37	23.0	54	34.6

노쇠 예방에 있어 중요한 근력운동 일수를 살펴보면 <표 2-4-41>과 같다. 전체 응답자 중 전노쇠 단계의 91.0%, 비노쇠 단계의 83.6%가 근력운동을 전혀 하지 않는다고 응답하였고, 남성은 전노쇠 단계의 84.4%, 비노쇠 단계의 77.6%가, 여성은 전노쇠 단계의 94.7%, 비노쇠 단계의 89.7%가 근력운동을 전혀 하지 않는 것으로 나타났다. 전노쇠 단계일 경우 비노쇠 단계보다 근력운동을 하지 않는 것을 확인할 수 있다.

<표 2-4-41> 노쇠 수준에 따른 근력운동 일수

구분	전혀 하지 않음		1일		2일		3일 이상	
	명	%	명	%	명	%	명	%
전체								
전노쇠(n=177)	161	91.0	1	0.6	4	2.3	11	6.2
비노쇠(n=317)	265	83.6	6	1.9	6	1.9	40	12.6
남								
전노쇠(n=177)	54	84.4	1	1.6	2	3.1	7	10.9
비노쇠(n=317)	125	77.6	1	0.6	3	1.9	32	19.9
여								
전노쇠(n=177)	107	94.7	0	0.0	2	1.8	4	3.5
비노쇠(n=317)	140	89.7	5	3.2	3	1.9	8	5.1

2) 식이 습관

전체 응답자를 대상으로 할 때 고기, 생선, 계란, 콩 등의 반찬은 전노쇠 단계의 53.7%, 비노쇠 단계의 49.8%가 매일 섭취하지 않는다고 응답하였으며, 다양한 채소 반찬은 전노쇠 단계의 26.0%, 비노쇠 단계의 18.0%가 매끼 섭취하지 않는다고 응답하였다. 우유 제품이나 두유는 전노쇠 단계의 65.5%, 비노쇠 단계의 60.9%가 매일 섭취하지 않는다고 응답하였고, 신선한 제철 과일은 전노쇠 단계의 54.8%, 비노쇠 단계의 55.2%가 매일 섭취하지 않는다고 응답하였다. '대체로 매일 세 끼 식사

를 드셨습니까?’라는 문항에 그렇지 않다고 응답한 비율은 전노쇠 단계의 10.2%, 비노쇠 단계의 4.4%였으며, 충분한 물 섭취를 하지 않는 비율은 전노쇠 단계의 22.0%, 비노쇠 단계의 29.3%였다. 남녀로 구분하여 살펴 보면 다른 문항들은 대부분 전체 응답자의 결과와 유사한 양상이나 전노쇠 여성의 경우, 매일 세끼 식사를 하지 않는 비율이 11.5%로 전노쇠 남성 7.8%와 비노쇠 여성 7.7%에 비해 높았다(표 2-4-42).

〈표 2-4-42〉 노쇠 수준에 따른 부적절한 식이 습관

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
1. 고기, 생선, 계란, 콩 등을 매일 섭취하지 않음						
전노쇠(n=177)	95	53.7	29	45.3	66	58.4
비노쇠(n=317)	158	49.8	79	49.1	79	50.6
2. 다양한 채소 반찬을 매일 섭취하지 않음						
전노쇠(n=177)	46	26.0	17	26.6	29	25.7
비노쇠(n=317)	57	18.0	31	19.3	26	16.7
3. 우유 제품이나 두유를 매일 섭취하지 않음						
전노쇠(n=177)	116	65.5	42	65.6	74	65.5
비노쇠(n=317)	193	60.9	108	67.1	85	54.5
4. 신선한 제철 과일을 매일 섭취하지 않음						
전노쇠(n=177)	97	54.8	35	54.7	62	54.9
비노쇠(n=317)	175	55.2	95	59.0	80	51.3
5. 세 끼 식사를 대체로 매일 하지 않음						
전노쇠(n=177)	18	10.2	5	7.8	13	11.5
비노쇠(n=317)	14	4.4	13	8.1	1	7.7
6. 충분한 수분 섭취를 하지 않음						
전노쇠(n=177)	39	22.0	15	23.4	24	21.2
비노쇠(n=317)	93	29.3	38	23.6	55	35.3

제3절 의료 이용

1. 의료 이용 경험의 일반적 현황

가. 의료 서비스 이용 경험

전체 응답자 중 7.9%, 남성 6.8%, 여성 8.9%가 최근 1년간 응급실 이용 경험이 있다고 응답하였다. 미용 목적의 수술, 건강검진으로 입원한 경우를 제외한 최근 1년간의 입원 경험에 대해서는 전체 응답자 중 16.5%, 남성 15.8%, 여성은 17.0%가 경험이 있다고 응답하였다. 최근 3개월 동안 응급/입원을 제외한 외래 진료를 위해 병·의원(치과 포함)이나 보건소, 한의원 등을 방문한 경험에 대해서는 전체 응답자 중 84.9%, 남성 79.9%, 여성은 89.0%가 경험이 있다고 응답하였다(표 2-4-43).

〈표 2-4-43〉 응급실 이용, 입원, 외래 방문 경험

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
응급실 이용 경험	41	7.9	16	6.8	25	8.9
입원 경험	85	16.5	37	15.8	48	17.0
외래 방문 경험	438	84.9	187	79.9	251	89.0

최근 2년간 건강검진을 받아본 경험은 〈표 2-4-34〉와 같다. 전체 응답자 대부분인 89.3%, 남성 88.9%, 여성 89.7%가 건강검진 경험이 있다고 응답하였다.

〈표 2-4-44〉 건강검진 경험

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
건강검진 경험	461	89.3	208	88.9	253	89.7

나. 미충족 의료 경험

‘어르신께서는 지난 1년간 병·의원(혹은 치과) 진료가 필요하다고 생각 하였으나, 진료를 받지 못한 적이 한 번이라도 있으십니까?’라는 문항에 병·의원 진료의 경우 전체 응답자의 2.1%, 그리고 치과 진료의 경우 전체의 1.9%가 ‘예’라고 응답하였다.

한편, ‘어르신께서는 지난 1년간 병·의원(혹은 치과) 치료를 받던 중 의료진으로부터 지속적인 치료가 필요하다는 소견을 들었음에도 불구하고 치료를 그만둔 경험이 있으십니까?’라는 문항에는 병·의원 진료의 경우 전체 응답자의 1.0%, 치과 진료의 경우 전체의 1.9%가 ‘예’라고 응답하였다(표 2-4-45).

〈표 2-4-45〉 미충족 의료 경험

구분	병·의원 진료(n=516)		치과 진료(n=516)	
	명	%	명	%
미진료 경험	11	2.1	10	1.9
진료 중단 경험	5	1.0	10	1.9

다. 단골 병원 및 단골 의사 이용

‘어르신께서는 편찮으시거나 검사 또는 치료 상담을 하고 싶으실 때, 주로 방문하는 의료기관(단골 병원)이 있습니까?’라는 문항에는 대다수가 ‘예’라고 응답했으며 그 비율은 전체 응답자 중 85.9%, 남성은 82.1%, 여성은 89.0%였다(표 2-4-46 참조).

단골 병원이 있다고 밝힌 응답자들이 주로 방문하는 의료기관 유형은 〈표 2-4-47〉과 같다. 전체 응답자 중 72.2%, 남성 64.1%, 여성 78.5%가 병·의원을 단골 병원으로 이용하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 2-4-46〉 주로 방문하는 의료기관(단골 병원)

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
단골 병원 있음	443	85.9	192	82.1	251	89.0

〈표 2-4-47〉 주로 방문하는 의료기관(단골 병원)의 유형

구분	전체(n=443)		남(n=192)		여(n=251)	
	명	%	명	%	명	%
종합병원/대학병원	114	25.7	67	34.9	47	18.7
병·의원	320	72.2	123	64.1	197	78.5
한방 병·의원	5	1.1	1	0.5	4	1.6
보건소	4	0.9	1	0.5	3	1.2

‘어르신께서는 편찮으시거나 검사 또는 치료 상담을 하고 싶으실 때, 주로 방문하는 의사 선생님(단골 의사)이 있습니까?’라는 문항에는 대다수가 ‘예’라고 응답했으며 그 비율은 전체 응답자 중 83.7%, 남성 78.2%, 여성 88.3%였다(표 2-4-48).

〈표 2-4-48〉 주로 방문하는 의사(단골 의사)

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
단골 의사 있음	432	83.7	183	78.2	249	88.3

단골 병원 혹은 단골 의사가 있는 경우 ‘어르신께서 단골 병원이나 단골 의사와 상담한 후 다른 의료기관을 이용하신 경험이 있으십니까?’라는 문항에 ‘예’라고 응답한 비율은 전체 응답자 중 22.9%, 남성 22.8%, 여성 23.1%였다(표 2-4-49).

‘단골 병원이나 단골 의사는 어르신께 발생하는 일상적인 건강 문제의 대부분을 해결해 줍니까?’라는 문항에는 대다수가 긍정적인 의견(‘항상

그렇다’, ‘대체로 그렇다’로 응답)을 표했으며, 그 비율은 전체 응답자 중 88.9%, 남성 84.5%, 여성 92.2%였다(표 2-4-50).

〈표 2-4-49〉 단골 병원이나 단골 의사와 상담 후, 다른 의료기관 이용 경험

구분	전체(n=449)		남(n=193)		여(n=256)	
	명	%	명	%	명	%
경험 있음	103	22.9	44	22.8	59	23.1

〈표 2-4-50〉 단골 병원이나 단골 의사의 건강 문제 해결 능력에 대한 평가

구분	전체(n=449)		남(n=193)		여(n=256)	
	명	%	명	%	명	%
항상 그렇다	92	20.5	44	22.8	48	18.8
대체로 그렇다	307	68.4	119	61.7	188	73.4
거의 그렇지 않다	48	10.7	28	14.5	20	7.8
전혀 그렇지 않다	2	0.4	2	1.0	0	0.0

라. 의료 이용 정보 경로 및 건강 문해력

‘어르신께서는 편찮으시거나 치료 상담 등이 필요하여 의료기관을 방문하고 싶으실 때, 무슨 과를 가야 할지 어떻게 결정하십니까?’라는 문항에 대한 응답은 〈표 2-4-51〉과 같다. 단골 병원이나 의사에게 물어본다는 비율이 전체 응답자의 47.5%, 남성 47.4%, 여성 47.5%로 가장 높았으며, 자녀 등 가족에게 물어본다는 응답이 그 뒤를 이었다(전체: 37.6%, 남: 32.5%, 여: 41.8%).

〈표 2-4-51〉 의료 이용(진료과) 결정을 위한 정보 경로

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
자녀 등 가족	194	37.6	76	32.5	118	41.8
친구 혹은 이웃	54	10.5	33	14.1	21	7.5
동네 약국 약사	6	1.2	4	1.7	2	0.7
단골 병원이나 의사	245	47.5	111	47.4	134	47.5
의료기관 광고나 간판	6	1.2	3	1.3	3	1.1
기타	11	2.1	7	3.0	4	1.4

‘어르신께서는 병원에서 제공하는 안내문이나 각종 서식, 교육용 건강 관리 자료를 이해하는 데 다른 사람의 도움이 필요하신 편입니까?’라는 문항에 대한 응답은 〈표 2-4-52〉와 같다. 전체 응답자의 대다수인 84.4%가 ‘거의 혹은 전혀 도움이 필요하지 않다’라고 응답하였으며 남성은 절반 이상(52.6%)이 ‘전혀 필요하지 않다’라고 응답하였고, 여성은 ‘거의 필요하지 않다’라고 응답한 비율이 가장 높았다(44.7%). ‘대체로 혹은 항상 도움이 필요하다’라고 응답한 비율은 여성이 21.7%로 8.1%인 남성보다 훨씬 높게 나타났다(표 2-4-52).

〈표 2-4-52〉 병원 제공 안내문 및 자료의 이해를 위한 타인의 도움 필요도

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
항상 필요하다	5	1.0	0	0.0	5	1.8
대체로 필요하다	75	14.5	19	8.1	56	19.9
거의 필요하지 않다	218	42.2	92	39.3	126	44.7
전혀 필요하지 않다	218	42.2	123	52.6	95	33.7

‘어르신께서는 약 봉투 및 복약 안내서에 적힌 내용이 이해가 되지 않아 약을 올바르게 복용하는 데 어려움을 겪으신 적이 있습니까?’라는 문

항에 대한 응답은 <표 2-4-53>과 같다. 전체 응답자 중 54.5%, 남성 62.0%, 여성 48.2%가 '전혀 그렇지 않다'라고 응답하였다. '대체로 혹은 항상 그렇다'라고 응답한 비율은 전체 대상자 중 10.4%로 나타났고, 여성 11.7%, 남성 8.9%로 여성이 남성보다 조금 높았다(표 2-4-53).

<표 2-4-53> 약 봉투 및 복약 안내서의 내용 이해 어려움

구분	전체(n=516)		남(n=234)		여(n=282)	
	명	%	명	%	명	%
항상 그렇다	9	1.7	5	2.1	4	1.4
대체로 그렇다	45	8.7	16	6.8	29	10.3
거의 그렇지 않다	181	35.1	68	29.1	113	40.1
전혀 그렇지 않다	281	54.5	145	62.0	136	48.2

2. 노쇠에 따른 의료 이용 경험

가. 노쇠 수준에 따른 의료 서비스 이용 경험

전체 응답자 중 최근 1년간 응급실 이용 경험이 있다고 응답한 비율은 전노쇠 단계에서 11.9%, 비노쇠 단계에서 4.7%로 전노쇠인 경우가 비노쇠보다 높았으며, 미용 목적의 수술, 건강검진으로 입원한 경우를 제외한 최근 1년간의 입원 경험이 있다고 응답한 비율도 전노쇠 단계에서 22.0%, 비노쇠 단계에서 12.3%로 전노쇠인 경우가 비노쇠보다 높았다.

최근 3개월 동안 응급/입원을 제외한 외래 진료를 위해 병·의원(치과 포함)이나 보건소, 한의원 등을 방문한 경험이 있다고 응답한 비율 또한 전노쇠 단계에서 90.4%, 비노쇠 단계에서 81.7%로 전노쇠인 경우가 비노쇠보다 높게 나타났다. 이는 남녀를 구분하여 본 결과에서도 비슷한 양상을 보였다(표 2-4-54).

〈표 2-4-54〉 노쇠 수준에 따른 응급실 이용, 입원, 외래 방문 경험

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
응급실 이용 경험						
전노쇠(n=177)	21	11.9	7	10.9	14	12.4
비노쇠(n=317)	15	4.7	7	4.4	8	5.1
입원 경험						
전노쇠(n=177)	39	22.0	16	25.0	23	20.4
비노쇠(n=317)	39	12.3	18	11.2	21	13.5
외래 방문 경험						
전노쇠(n=177)	160	90.4	55	85.9	105	92.9
비노쇠(n=317)	259	81.7	124	77.0	135	86.5

나. 노쇠 수준에 따른 건강검진 수검 경험

노쇠 수준에 따른 최근 2년간의 건강검진 경험은 〈표 2-4-55〉와 같다.

전체 응답자 중 건강검진을 받은 비율은 전노쇠 단계에서 88.1%, 비노쇠 단계에서 91.5%로 비노쇠인 경우가 전노쇠보다 높았으며, 남녀를 구분하여 본 결과도 유사한 양상을 보였다.

〈표 2-4-55〉 노쇠 수준에 따른 건강검진 경험

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
전노쇠(n=177)	156	88.1	56	87.5	100	88.5
비노쇠(n=317)	290	91.5	147	91.3	143	91.7

제4절 돌봄 서비스

1. 지역사회 내의 일반적 돌봄 현황

총 응답자 516명 중 적어도 한 명 이상의 돌봄자를 가지고 있다고 응답한 사람은 150명(29.07%)이었으며, 돌봄자 수는 최대 4명까지 보고되었다. 평균 주당 돌봄 시간은 9.57시간으로 최대 72시간까지 돌봄을 받는다는 응답자도 있었다. 적어도 한 명의 돌봄자가 있다고 대답한 응답자 중에 78.67%는 그 돌봄자가 여성이라고 보고하였다(표 2-4-56).

〈표 2-4-56〉 돌봄자 수 및 평균 돌봄 시간

구분		명	%	
돌봄자 수	없음	366	70.93	
	1명	78	15.12	
	2명	48	9.3	
	3명	19	3.68	
	4명	5	0.97	
		평균	표준편차	최소-최대
평균 돌봄자 수(명)		1.67	0.82	1-4
평균 주당 돌봄 시간(hr)		9.57	11.67	1-72

가. 돌봄 제공자

가장 돌봄을 많이 제공하는 일차 돌봄자는 대개 직계 가족인 것으로 보고되었으며, 그 비율은 배우자 40.67%, 아들 22% 그리고 딸 17.33% 순으로 나타났다. 여러 명의 돌봄자가 있는 경우, 이들을 모두 합하여 수혜자와의 관계를 분석한 결과, 배우자가 65명(43.3%), 아들이 67명(44.7%)으로 나타나, 배우자와 아들이 가장 주요한 돌봄 제공자인 것으

로 나타났다. 그런데 돌봄자가 복수이고, 자녀가 다수인 경우를 감안한다면, 가장 주요한 돌봄 제공자는 배우자라고 볼 수 있을 것이다. 현재 개인 간병인이나 가사도우미(4.0%), 장기요양보험 서비스의 요양보호사(4.0%), 노인 돌봄 서비스(가사간병 서비스 등 각종 공공 돌봄 서비스, 6.7%)와 같이 공식적인 서비스에 대가를 지불하고 도움을 받는 경우는 전체 응답의 14% 정도에 그쳤다(표 2-4-57).

〈표 2-4-57〉 돌봄자와 돌봄 수혜자와의 관계(N=150)

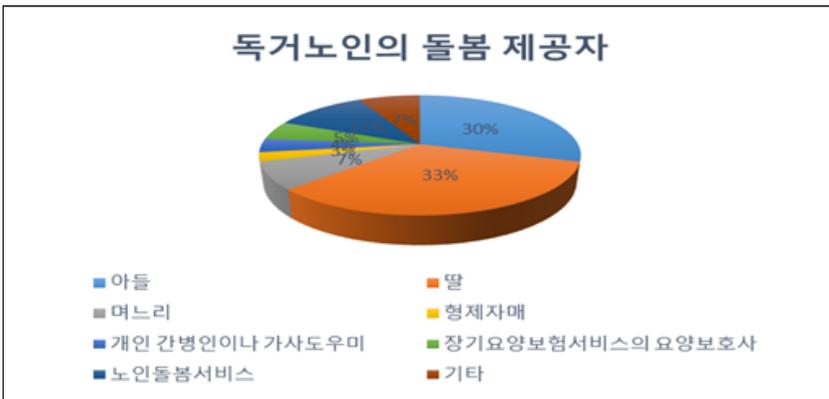
구분	명1)	%
배우자	65	43.3
아들	67	44.7
딸	52	34.7
며느리	19	12.7
사위	0	0.0
형제자매	4	2.7
친척(예: 조카딸, 사촌 등)	0	0.0
개인 간병인이나 가사도우미	6	4.0
장기요양보험 서비스의 요양보호사	6	4.0
노인 돌봄 서비스(가사간병 서비스 등 각종 공공 돌봄 서비스) 제공자	10	6.7
기타	8	5.3

주: 1) 돌봄자는 복수의 경우, 중복 응답이 가능함(예: 1순의 응답자와 2순위 응답자가 모두 딸인 경우, 모두 딸로 표기 가능).

한편, 독거노인의 경우에는 돌봄 제공자 중 딸이 차지하는 비중이 33.33%로 가장 높았고, 그 뒤를 이어 아들이 29.63%, 며느리가 7.41%로 나타났다. 그 밖의 개인 간병인이나 가사 도우미로 도움을 받는 경우가 3.7%, 장기요양보험 서비스의 요양보호사는 4.94%를 차지하였고, 노인 돌봄 서비스는 11.11%, 기타 7.41%로 나타났다. 즉, 앞서 살펴본 바에 따르면 돌봄 제공자 중 배우자를 제외하면 딸보다 아들이 우선순위가

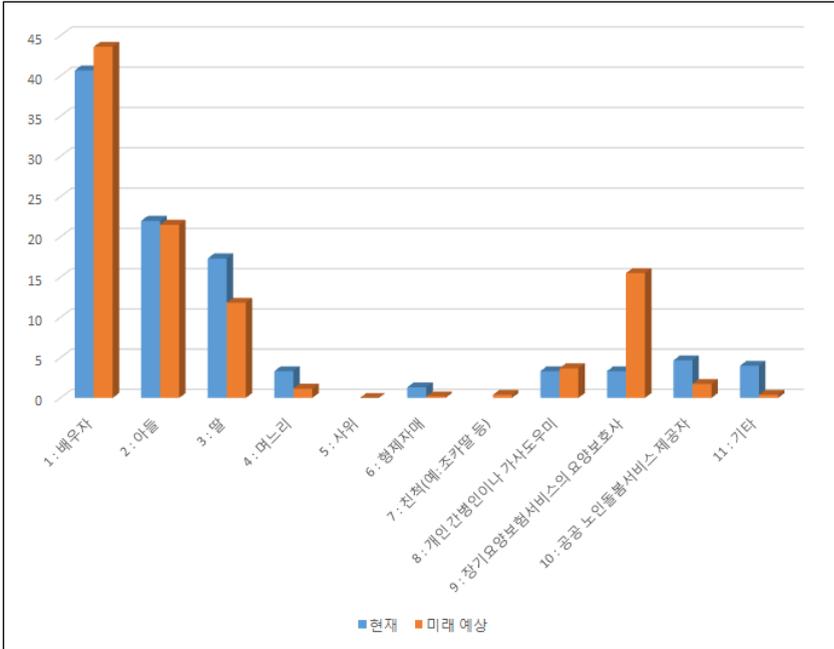
높게 나타났으나, 독거노인의 경우에는 딸이 돌봄을 제공하는 비율이 좀 더 높게 나타났다. 또한 독거노인의 경우, 가족을 제외한 장기요양보험이나, 노인 돌봄 서비스, 개인적인 간병인과 같이 공식적으로 비용을 지불하고 돌봄을 받는 경우가 총 20%로 전체 노인 응답의 14%에 비해 높게 나타났다(그림 2-4-2).

[그림 2-4-2] 지역사회 독거노인의 돌봄 제공자



현재 돌봄을 받고 있는 대상자와 향후 도움이 필요하게 될 경우 도움을 받을 것으로 예상되는 대상자에 대한 응답을 비교해 보면 아래 그림과 같다. 가장 많은 경우 배우자가 돌봄을 제공하고 있고(40.67%), 향후에도 도움이 필요할 경우 배우자에게 기대하는 경우가 많았다. 그 뒤로 아들과 딸 순으로 직계 가족의 도움을 예상하고 있었다. 한편, 장기요양보험에서 제공되는 요양보호사의 경우, 현재 도움을 받고 있는 비율에 비해 미래에 도움을 받을 것으로 예상되는 비율이 훨씬 높았다(15.5%). 반면 공공사회 서비스인 노인 돌봄 서비스에 대한 기대는 현재 이용 수준보다 더 낮은 것으로 나타났다(1.74%)(그림 2-4-3).

[그림 2-4-3] 일차 돌봄 제공자와 수혜자의 관계: 현재 제공하는 경우와 향후 도움이 필요할 경우 예상되는 돌봄 제공자 비교



이러한 경향은 질적 면담 조사에서도 동일하게 나타났다. 질적 면담 조사 결과, 가족은 함께 거주하는지 여부와 상관없이 지역사회 거주 노인이 가장 의지하는 대상으로 나타났다. 또한 노인들은 친하게 지내는 이웃이나 지인, 보건소나 동사무소로부터의 공적 지원을 받고 있는 것과 상관없이 가족을 자신을 돌봐줄 주체로 인식하고 있었다.

가족 외 비공식적 돌봄 주체는 대부분 이웃 주민이었으며, 일부 종교를 가지고 있는 노인들의 경우 교회, 성당, 절에서 만나는 신도들 역시 비공식적 돌봄 주체로 파악되었다. 이웃 주민은 경로당이나 노인정에 나오는 노인 분들이거나 같은 아파트에 거주하는 동년배 노인들이었다.

질적 면담 조사 대상자인 지역사회 거주 노인 중 공적 자원으로부터 지원을 받는 경우는 매우 드물었다. 받고 있다고 하더라도 대다수의 노인은 가족이 신청해 줘서 받는 것이었다. 즉 어떤 공적 자원으로부터 어떤 지원을 받을 수 있는지, 어떤 공적 자원들이 있는지를 인지하지 못하고 있는 노인이 상당수였다. 이들 노인은 가족이나 이웃 주민들 중 이러한 제도에 대해 아는 ‘똑똑한’ 사람이 있으면 그들에게 물어보면 된다고 응답하기도 했다.

“언젠가는 한 달인가 누가 왔는가. 오래됐어. 와서 화장실 청소하는 게 기억나고 그래요. 아주 오래됐어. 그때도 내가 많이 아팠어 몸이. 기억이 잘 안나.”(S)

“(어떻게 신청하고 서비스 받는지) 몰라. 인제 복지회관인가 어딘가에서 여 오는 아줌마한테 물어보면 해주겠지 안 그러? 그 양반이 똑똑하더라고.”(A)

나. 돌봄의 양

돌봄 제공자가 1명인 경우와 2명 이상인 경우, 주당 도움을 받는 시간의 차이가 유의하게 나타났다. 돌봄자가 1명인 경우에는 일주일 평균 5.19시간의 돌봄을 받는 반면, 2명인 경우에는 평균 9.02시간, 3명인 경우에는 평균 24.79시간의 도움을 받고 있어, 큰 폭으로 증가함을 볼 수 있다.

돌봄자가 여성인 경우는 평균 주당 11.23시간의 돌봄을 제공하는 반면, 남성인 경우는 평균 주당 3.48시간으로 통계적으로 유의하게 차이가 났다($p < 0.001$). 돌봄자와 수혜자의 관계에 따른 평균 돌봄의 시간 차이

도 눈에 띈다. 며느리와 딸이 주당 평균 각각 18.47시간과 15.92시간으로 가장 많은 돌봄을 제공하고 있었고, 개인 간병인이나 가사도우미를 통해서 주당 16.17시간의 도움을 받는다고 보고하였다. 배우자와 아들은 각각 평균 9.45시간과 10.69시간의 돌봄을 제공하는 것으로 나타났다. 흥미로운 점은 앞서 배우자를 돌봄자라고 보고하는 비율은 전체의 40% 이상으로 높게 나타났으나, 주당 돌봄의 양을 살펴보면 배우자가 제공하는 돌봄의 시간(9.45시간)은 딸(15.92시간)이나 며느리(18.47시간)에 비해 낮게 나타났다는 점이다. 배우자의 경우는, 돌봄의 활동과 일상 집안 일의 영역을 구분하기가 용이하지 않고, 자녀의 돌봄은 오히려 구별하기 쉽기 때문에 해석된다(표 2-4-58).

〈표 2-4-58〉 돌봄자 수와 관계에 따른 돌봄 시간의 차이

(단위: 시간)

	구분	평균	표준편차	최소-최대
돌봄자 수	1	5.19	6.10	1-36
	2	9.02	9.95	2-66
	3	24.79	17.12	5-72
	4	25.40	9.56	15-34
돌봄자 성별	남성	3.48	2.85	1-16
	여성	11.23	12.59	1-72
돌봄자 관계*	배우자	9.45	9.62	1-38
	아들	10.69	10.66	1-38
	딸	15.92	15.80	5-72
	며느리	18.47	12.61	3-44
	사위	-	-	-
	형제자매	14.25	13.96	2-30
	친척 (예: 조카딸, 사촌 등)	-	-	-
	개인 간병인이나 가사도우미	16.17	13.79	3-32
	장기요양보험 서비스의 요양보호사	6.50	4.80	3-15
	노인 돌봄 서비스 (가사간병 서비스)	4.50	5.10	1-18
	기타	10.13	14.22	2-44

주: 각 돌봄자의 돌봄 시간은 주당 평균 돌봄 시간임.

이를 다시 공식적 돌봄과 비공식적 돌봄으로 나누어 살펴보았는데, 이때 돌봄을 제공하는 사람들 중 개인이나 장기요양보험 혹은 정부(사회복지 서비스)를 통하여 비용이 지불되는 경우를 공식적 돌봄(formal care)이라 보았고, 배우자, 아들, 딸, 며느리와 형제자매 그리고 친척과 관계가 규명되지 않는 기타의 경우는 비용 지불이 되지 않는다는 가정하에 비공식적 돌봄(informal care)이라 보았다. 비공식적 돌봄의 주당 평균 시간은 10.16시간이고 최대 72시간까지 제공하고 있었다. 공식적 돌봄의 주당 평균 시간은 8.23시간으로 최대 32시간까지 수혜하고 있다고 보고하고 있었다(표 2-4-59).

〈표 2-4-59〉 공식 돌봄과 비공식 돌봄의 평균 시간

	명	평균	표준편차	최소-최대
공식 돌봄	22	8.23	9.35	1-32
비공식 돌봄	138	10.16	12.00	1-72

지역사회 내에서 적어도 한 명 이상으로부터 돌봄을 받고 있다고 응답한 150명을 대상으로, 돌봄의 시간을 응답자의 연령, 성별, 교육 수준, 현재 배우자의 유무 및 소득 수준에 따라 나누어 비교하여 보았다(표 2-4-60).

75세 이상이 되면 돌봄 수혜를 받는 비율은 높았으나, 시간의 차이는 크게 보이지 않았다. 75세 이상 그룹은 주 평균 9.13시간의 돌봄을 받았고, 60세에서 75세 미만은 9.97시간의 돌봄을 받고 있었다. 남자와 여자의 경우도 주 평균 각각 11.02시간, 8.58시간으로 나왔으나 그 차이는 통계적으로 유의하지는 않았다. 현재 배우자가 있는 경우는 평균 9.90시간의 돌봄을 받았고, 없는 경우는 평균 9.28 시간의 도움을 받고 있었다. 교육 수준별로는, 무학과 초등학교 졸업 집단과 그 이상의 교육을 받은 집

단으로 구분하여 비교하여 본 결과, 초등학교 이하의 교육을 받은 집단은 평균 8.62시간의 돌봄을 수혜하고 있었고, 중학교 졸업 이상의 교육을 받은 집단은 평균 12.37 시간의 돌봄을 받았다($p=0.08$).

다음으로는 돌봄을 받고 있는 응답자의 건강 상태나 의료 이용 경험별로 돌봄을 받는 양의 차이를 살펴보았다. 주관적으로 불건강하다고 느끼는 응답자들은 평균 주 10.20시간의 돌봄을 받았고, 건강하다고 보고한 경우는 평균 8.15시간의 도움을 받았다. 의료 이용 경험 중, 입원을 한 경험이 있다고 보고한 경우는 평균 14.71시간의 도움을 받은 반면, 입원 경험이 없는 경우는 평균 9.72시간의 돌봄을 받았으며, 그 차이는 통계적으로 유의하였다 ($p<0.001$).

1개 이상의 만성질환을 갖고 있는 경우, 평균 주 8.73시간의 돌봄을 받는다고 보고하였고, 만성질환의 진단 경험이 없는 경우에는 평균 17.13시간의 돌봄을 받는다고 보고하였지만 통계적으로 유의하지는 않았다. 만성질환이 없는 집단의 n수가 적고($n=15$), 집단 내 최솟값과 최댓값(72)의 편차가 커 평균 돌봄 시간이 더 높게 나타난 것으로 보인다.

외래 의원 이용 여부 또한 돌봄 시간상의 차이에 별 다른 영향을 주지는 못했는데, 외래 의원을 이용한 집단은 평균 9.47시간의 돌봄을 받았고, 외래 의원 경험이 없는 집단은 평균 11.33 시간의 돌봄을 받는다고 보고하였다.

응답자의 특성별 돌봄 시간의 차이를 비교한 결과, 입원을 할 정도의 심각한 건강상의 문제가 있는 경우에만 돌봄 시간에서의 차이가 나타난 것으로 보인다.

〈표 2-4-60〉 수혜자의 사회경제적 특성 및 건강 상태에 따른 돌봄 시간

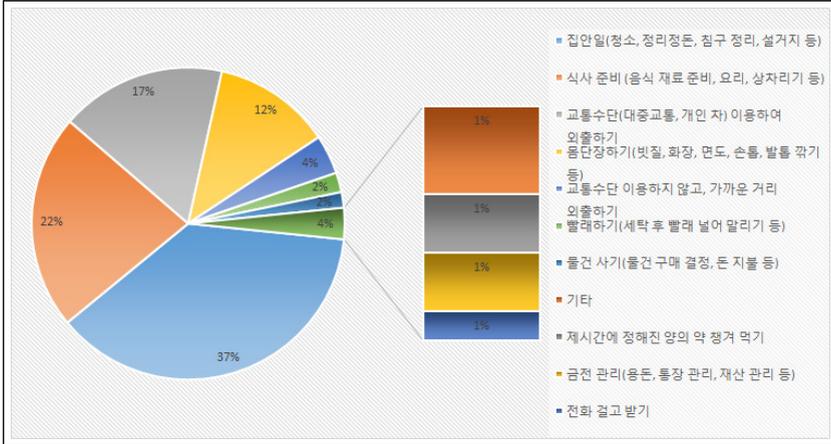
구분	내용	돌봄의 양(주 평균 시간)	P 값(1)
연령	65세 이상 75세 미만	9.97	0.6586
	75세 이상	9.13	
성별	남성	11.02	0.2114
	여성	8.58	
교육 수준	무학이나 초졸 이하	8.62	0.0834
	중졸 이상	12.37	
배우자 유무	있음	9.90	0.7444
	없음	9.28	
가구 소득 수준 (연간)	소득 2000만 원 이하	10.36	0.0791
	소득 2000만 원 이상	6	
주관적 건강 상태	건강한 편	8.15	0.2732
	불건강한 편	10.20	
만성질환 진단	있음	8.73	0.1865
	없음	17.13	
응급실 방문	있음	8.93	0.7472
	없음	9.72	
입원 경험**	있음	14.71	<0.001
	없음	5.65	
외래 의원 이용 여부	있음	9.47	0.6426
	없음	11.33	

주: 1) t-test.

다. 돌봄의 내용

일차 돌봄자들에게 가장 흔하게 도움을 받는 부분은 집안일(청소, 정리 정돈, 침구 정리, 설거지 등, 37.40%), 그리고 음식 재료 준비, 요리, 상차 리기와 같은 식사 준비(22.36%)로서, 돌봄 내용의 대부분은 집안일이였다. 그 외 대중교통이나 개인 차량을 통한 외출 시 도움을 받는 경우가 17.07%로 높은 비율을 차지하고 있다(그림 2-4-4).

[그림 2-4-4] 현재 일차 돌봄자에 의해 도움을 받는 영역



질적 면담 조사를 통해 돌봄 주체별 구체적인 돌봄 내용을 살펴본 결과, 지역사회 거주 노인이 받는 가족으로부터의 지원은 안부 전화, 용돈이나 의료비 지원, 의료기관 동행, 공적 자원 신청 등이 공통적으로 나타났다. 특히 질적 면담에서 만난 노인의 가족들은 임대주택 신청, 장기요양보호 제도 신청, 의료기관 예약, 민간 보험 신청 및 납부, 주간보호센터 이용 신청 등을 노인을 대신해서 하고 있는 것으로 파악되었다. 특히 지역사회 내 의료기관이 아닌 수도권에 위치한 대형 의료기관을 이용하거나 중앙이나 지방정부 및 공공 지원 체계 서비스 신청에 대한 내용을 파악하고 스스로 하고 있는 노인은 매우 드물었다. 대부분의 노인은 어떤 곳에 가서 어떠한 서비스를 받을 수 있는지를 잘 인식하지 못하고 있었다.

노인들의 거주 형태별로 보면 가족으로부터 받는 지원의 형태가 약간 다르게 나타났는데, 독거노인의 경우에는 근처에 거주하는 자녀가 자주 집으로 방문하지는 못하지만 주기적으로 연락을 하거나 용돈이나 의료비 지원, 의료기관 동행, 공적 자원 신청(장기요양보험, 임대아파트 지원 등)

등의 지원을 해 주는 경우가 많았다. 자녀와 함께 살고 있는 노인들의 경우에는 노인 부부 가구로 살다가 배우자의 사망으로 인해 자녀와 함께 사는 경우가 대부분이었다. 이때의 돌봄 주체는 같이 살고 있는 자녀와 자녀의 배우자였다.

이와는 달리 노인 부부 가구의 경우에는 부부가 서로를 지원하고 있는 경우가 많았다. 예를 들어 부부 중 한 명이 장기요양보험제도 이용자인 경우에는 배우자가 요양보호사 자격증을 취득하여 직접 돌보는 경우도 있었으며, 배우자가 어디서 어떤 서비스를 받을 수 있는지를 알고 대신 서비스 신청을 하는 경우도 있었다. 노인 부부 가구의 경우 가사는 대부분 아내가 전담하여 남편들이 생활 전반을 아내에게 크게 의지하는 모습을 보였으며, 아내가 먼저 죽게 되면 자신의 생활이 매우 힘들어질 것으로 예상하였다.

“만약에 둘 중에 한 사람이 응? 죽으면은 이거 어떻게까. 그런 생각이 들죠...(중략)... 난. 나는. 내가 먼저 죽어야지. 집사람이 먼저 죽으면 나는 금방 죽을 것 같어.”(J)

일부 독거노인의 경우 노인 부부나 자녀와 함께 사는 노인들보다는 동사무소나 보건소 등에서 제공하는 서비스를 더 많이 받았으며, 노인 독거 가구에는 응급 호출 전화기, 화재 또는 가스 누출 감지를 위한 센서가 집 안에 설치된 경우도 있었다.

“혼자 산다고 어떻게 잘 지내나 안 지내나 그거 방문하러 오더라고. 잘 지내나 어쩌하나 인제 그 양반은 이제 2주일에 한 번씩도 오고 1주일에 한 번씩도 오고 이래.”(A)

또한 임대주택에 거주하고 있는 취약계층 노인들 중 일부는 정부로부터 기초연금, 노령연금, 노인 사회활동 지원금 등을 받거나 방문건강관리 서비스, 의료비 지원을 받는 분들도 있었다.

라. 돌봄 수혜자

적어도 한 명 이상으로부터 돌봄을 받고 있는 노인의 비율은 남성 26.07%, 여성 31.56%로 여성이 남성보다 조금 높았다. 연령이 높아질수록 돌봄을 받는 비율 역시 순차적으로 높아져, 65~69세의 경우 21%만이 돌봄을 받는다고 응답하였지만, 80세 이상의 경우 43%가 돌봄을 받고 있다고 응답하였다. 교육 수준에 따라서도 돌봄을 이용하는 비율이 큰 차이를 보였는데, 무학의 경우 약 56%가 돌봄을 받고 있었지만, 대학 재학 이상의 학력을 가진 노인들에서는 약 14%만이 돌봄을 받고 있었다. 배우자가 있는 경우보다 배우자가 없는 노인들이 돌봄을 더 많이 받고 있었고 (23.59% vs. 36.74%), 현재 소득을 위해 일을 하고 있는 노인들보다는 일을 하지 않는 노인들에서 돌봄 이용률이 높았다(18.24% vs. 33.89%). 가구 소득에 따라 돌봄 이용률을 살펴보면, 연소득 1000만 원 이하인 경우 35.22%, 1000만~2000만 원인 경우 24%, 2000만 원 초과인 경우 22.69%로 소득수준이 낮을수록 돌봄 이용률이 높게 나타났다. 세대 유형별로는, 노인 독거인 경우 돌봄을 받고 있는 비율이 가장 높았다(표 2-4-61).

〈표 2-4-61〉 인구사회학적 특성에 따른 돌봄 여부 분석

구분	내용	돌봄 받고 있음(명)	%	전체 (명)
연령	65-69세	37	21.02	176
	70-74세	42	28.77	146
	75-79세	39	32.23	121
	80세 이상	32	43.84	73
성별	남자	61	26.07	234
	여자	89	31.56	282
교육 수준	무학, 서당/한학	31	56.36	55
	초졸 이하	81	33.33	243
	중졸 이하	19	20.88	91
	고졸 이하	13	15.12	86
	대학 재학 이상	6	14.63	41
혼인 유무	배우자 없음	79	36.74	215
	배우자 있음	71	23.59	301
소득을 위해 취업	비취업	121	33.89	357
	취업	29	18.24	159
가구 소득 수준(연)	소득 1000만 원 이하	87	35.22	247
	1000만 원 초과, 2000만 원 이하	36	24.00	150
	2000만 원 초과	27	22.69	119
세대 유형	노인 독거	54	36.24	149
	노인 부부	56	23.63	237
	기타	40	30.77	130
전체		150	29.07	516

한편, 돌봄 수혜자와 비수혜자의 평균 연령 및 소득을 비교해 본 결과, 돌봄 수혜자의 평균 연령이 비수혜자보다 2세가량 높았고, 연 평균 소득은 300만 원 정도 낮게 나타났다(표 2-4-62).

(표 2-4-62) 돌봄 수혜자와 비수혜자의 평균 연령 및 소득 비교

	비수혜자(n=366)	돌봄 수혜자(n=150)	p
평균 연령	72.31	74.32	<0.001
연평균 소득	2096.7	1788.8	0.0712

다음으로는 돌봄 수혜자와 비수혜자의 건강 상태 및 의료 이용을 비교해 보았으며 분석 결과는 다음과 같다(표 2-4-63).

우선, “어르신의 평소 건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?”라는 질문에 돌봄 수혜자의 30.67%만이 건강하다고 답변을 한 반면, 비수혜자는 57.38%가 건강하다고 답변을 하였다($p < 0.001$). “동년배에 비하여 어르신의 건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?”라는 질문에는 돌봄 수혜자의 27.33%가 건강하다고 보고하였으며, 비수혜자는 57.38%가 건강한 편이라는 답을 하였다($p < 0.001$).

돌봄을 받고 있는 150명의 응답자 중, 적어도 한 개 이상의 만성질환이 있다고 보고한 비율은 135명으로 90%의 높은 비율을 보였고, 비수혜자 366명 중 만성질환이 있다고 보고한 경우는 72.68%로 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$). 또한 진단받은 만성질환으로 처방약을 복용한다고 응답한 비율도 돌봄 수혜 집단은 90%, 비수혜 집단은 64.9%로 차이를 보이고 있었다($p < 0.001$). 총 516명 중 만성질환이 있다고 보고한 평균 비율이 77.7%(401명)임을 고려할 때, 돌봄을 받고 있는 그룹에서 만성질환을 앓고 있는 비율이 꽤 높음을 알 수 있다.

또한, 지난 1년간 의료기관의 이용에 대하여 분석한 결과, 응급실 이용이나, 입원 경험, 외래 의원 이용 경험이 적어도 한번 이상 있다고 보고한 비율은 돌봄 수혜자가 95.55%로 비수혜자(81.97%)보다 유의하게 높게 나타났다($p < 0.001$). 150명 돌봄 수혜자 중 응급실 방문은 전체의 18.67%, 입원 경험은 43.33%, 외래 의료 서비스 이용은 94%로 나타났

다. 그에 비하면, 돌봄 비수혜자 집단은 응급실 방문 3.55%, 입원 5.45%, 외래 의원 방문 81.15%로 그 차이는 유의하게 다르게 나타나고 있다.

이상의 결과는 건강 상태가 좋지 못하고 이에 의료 이용 경험이 있는 사람들일수록 돌봄을 받고 있는 비율이 높음을 보여준다.

〈표 2-4-63〉 돌봄 수혜자와 비수혜자의 건강 상태 및 의료 이용 비교

구분	비수혜자 (n=366)	돌봄 수혜자 (n=150)	P 값 ²⁾
	%	%	
주관적 건강 상태			
주관적 건강 상태 '건강' 1)	57.38	30.67	<0.001
동년배 비교 주관적 건강 상태 '건강'	57.38	27.33	<0.001
만성질환			
1개 이상 만성질환 진단	72.68	90	<0.001
만성질환 약물 복용	64.49	90	<0.001
의료 이용 경험			
응급실 이용	3.55	18.67	<0.001
입원 경험	5.46	43.33	<0.001
외래 이용	81.15	94	<0.001

주: 1) '매우 건강하다', '건강한 편이다'를 '건강'으로, '그저 그렇다', '건강이 나쁜 편이다', '건강이 매우 나쁘다'를 '불건강'으로 분류함.

2) Chi-square test.

마. 영역별 돌봄의 요구

추후 돌봄을 받을 수 있다면 확대되어야 한다고 생각하는 영역에 대하여 가장 높은 요구도를 보인 것은 물리치료 및 재활(물리치료, 작업치료, 언어치료 및 재활훈련 서비스)로서, 전체의 50% 이상이 필요하다고 응답하였다. 현재 돌봄 수혜자인 경우에는, 60% 이상이 필요하다고 응답하였다. 방문 진료, 투약, 체온/혈압/혈당 측정, 신체간병 등의 방문간호 영역은 현재 돌봄 수혜자의 경우 46%가 필요하다고 본 반면, 전체 응답자들

중에서는 38.76%가 필요하다고 응답하였다. 청소, 취사, 세탁 등의 가사 지원 서비스는 전체의 34.11%가 필요하다고 보았으며, 현 돌봄 수혜자의 경우에는 36%가 필요하다고 보고하였다. 주거 지원에 대한 부분도 돌봄 수혜자의 34%가 그 필요를 피력하였다. 요양시설이나 낮 케어 시설에 대한 필요성을 보고한 응답자는 각각 38.37%, 25.39%였는데, 돌봄 수혜자인 경우 필요하다고 응답한 비율이 각각 18.67%, 16%로 낮게 나타났다(표 2-4-64).

〈표 2-4-64〉 돌봄의 요구 영역: 총 응답자와 돌봄 수혜자 간의 비교

(단위: %)

구분	전체 (N=516)	돌봄 수혜자 (n=150)
직업 상담 및 취업 준비, 훈련 서비스(일자리 상담 및 알선, 취업 준비, 교육 등)	4.65	4.67
정서적 서비스(말벗, 전화 안부, 책 읽어주기 등)	16.47	26.67
일상생활 지원 서비스(행정 업무 대행, 차량 지원, 외출 동행, 장보기, 심부름 등)	11.05	18.00
급식 지원(식사 배달, 급식 지원, 밑반찬 배달, 영양식 지원 등)	16.09	22.67
전문 상담 서비스(개별/집단/가족상담, 심리사회적 상담, 정신 건강 관련 상담)	15.50	15.33
주거 지원(주거 제공 및 주거 개조, 도배, 상하수도, 해충 박멸, 주방 개조 등)	24.81	34.00
여가생활(여가 시간 활용, 문화 및 레저 관련 활동)	44.19	44.67
요양시설 보호(치매 중풍 등으로 인한 시설 케어)	38.37	18.67
주 야간 보호(낮이나 밤 시간의 일시적 케어)	25.39	16.00
단기 보호(단기적 소규모 시설 보호)	16.47	8.67
가사 지원 서비스(청소, 취사, 세탁 등의 가사 지원)	34.11	36.00
물리치료 및 재활(물리치료, 작업치료, 언어치료 및 재활훈련 서비스)	50.19	61.33
방문간호(간병)방문 진료, 투약, 체온/혈압/혈당 측정, 신체 간병 등)	38.76	46.00
방문 및 이동 목욕(재가 노인을 위한 목욕 지원 서비스)	20.35	14.00

영역별로 분석한 돌봄 요구를 살펴보면, 현재 돌봄 수혜자의 경우 요양 시설에서의 보호보다는 방문간호에 대한 욕구가 높게 나타났다. 이와 같은 경향은 질적 면담 조사에 참여한 지역사회 거주 노인에게서도 찾아볼 수 있었다.

질적 면담 조사에서 만난 대부분의 노인은 지역사회에서 계속 거주하면서 공식 및 비공식 주체로부터의 돌봄 서비스를 받고 싶어 하는 욕구를 드러냈으며, 요양시설/요양병원에 대해 공통적으로 부정적인 인식을 드러냈다. 노인들은 나중에 거동이 불편하고 혼자 생활하는 것이 어려워져 막다른 길에 다다르게 되면 어쩔 수 없이 요양원이나 요양병원에 가게 될 수는 있겠지만, 그곳에 간다는 것은 결국 마지막에 죽으러 가는 것이라고 인식하였다.

“요양원에도 가는 것도 그래유. 내가 진짜 수족 못 쓰고, 아무것도 못할 때 그때는 들어가야지. 그 안에는 안 들어가죠 웬만하면. 그췌? 그때는 말마따나 내가 인저 이 세상 이제 하직한다 그 맘을 갖고 들어가야제. 마지막에.”(I)

“거기는 이틀테면 죽으러 들어가는 저지 요양병원은 뭐 시설이 좋다던가 뭐 이래서 가는 게 아니야.”(K)

“어디 구경도 하고 맛있는 거 친구들하고 어울려서 먹고 사주고. 이래야 하는데 그게 없잖아요. 맨 침대에 누웠다가 그냥 가는겨.”(E)

즉, 대부분의 노인은 지역사회 계속 거주에 대한 선호가 높았으며, 자녀와 함께 살기보다 자신이 살고 있는 집에서 자녀들을 가끔씩이라도 보

면서 지내고 싶다고 언급하였다.

“9년 만에 (요양원에서) 돌아가신 양반도 있고. 좀 있다 병원에서 돌아가신 양반도 있고. 있어. 있어. 그래 보니까 그런 데 땡겨보면 그러. 응. 자손들 돈 대느라고 힘들고 거 간다고 낫는 것도 아니고. 집에서 차라리 있고, 그냥 이렇게 자손들 얼굴 보고 맛있는 거나 먹고 하는 게 좋을 것 같아.”(H)

현재 자기가 살고 있는 지역사회에서 계속 거주할 수 있으려면 어떤 것들이 필요한지를 물어본 결과, 노인들은 나중에 거동이 불편해지면 자녀들과 같이 살지 않고도 정부에서 집안일을 대신 해 주거나 옆에서 돌봐 주는 사람을 구해 주거나 그런 사람을 구할 수 있는 비용을 지원해 준다면 좋을 것 같다고 생각하였다.

바. 향후 돌봄 수혜 형태

현재 돌봄을 받고 있는 150명에게 “돌봄 서비스와 관련하여 어르신께서 가장 선호하는 정부 지원의 형태는 무엇입니까?”라고 질문한 결과, 국가가 직접 운영하는 노인요양시설에서 돌보는 것에 대한 선호가 36%로 가장 높게 나타났다. 그 뒤로는 “국가 비용으로 가족 외 외부인(전문 요양 인력)을 고용하여 집에서 어르신을 돌본다”가 22.67%를 차지하여, 국가의 지원 확대를 기대하는 답변이 60% 이상을 차지하였다. “가족이 돌봄 수당을 받으며 돌본다”는 답변이 19.33%, “가족이 전문 요양 인력으로 교육받아 임금을 받으며 직접 집에서 어르신을 돌본다”라는 답변은 14%로 나타났다.

현재 돌봄을 받는 경우에도 국가의 지원과 비용으로 돌봄 서비스를 제공하여야 한다는 의견이 지배적이고, 이외 가족에게 돌봄에 대한 직접적·간접적인 지원에 대한 요구를 표현하였다. 민간이 운영하는 요양시설이나 주간보호시설에 대하여는 각각 6%, 2%의 응답을 보여 상대적으로 작은 비율을 차지하였다(표 2-4-65).

〈표 2-4-65〉 수혜자가 선호하는 향후 돌봄 형태 (N=150)

구분	명	%
가족이 돌봄 수당을 받으며 직접 집에서 어르신을 돌본다	29	19.33
가족이 전문 요양 인력으로 교육받아 임금을 받으며 직접 집에서 어르신을 돌본다	21	14
국가 비용으로 가족 외 외부인(전문 요양 인력)을 고용하여 집에서 어르신을 돌본다	34	22.67
국가 비용으로 민간이 운영하는 주간보호시설에서 어르신을 돌본다	3	2
국가 비용으로 민간이 운영하는 노인요양시설에서 어르신을 돌본다	9	6
국가가 직접 운영하는 노인요양시설에서 어르신을 돌본다	54	36

2. 노쇠에 따른 돌봄 이용 현황

K-Frailty 지수와 김창오, 선우덕(2015)이 개발한 노쇠 지표를 이용하여, 돌봄을 적어도 한 명 이상에게 받고 있는 응답자의 돌봄 시간을 노쇠 수준으로 비교하여 보았다(표 2-4-66).

K-Frailty 지수에 의해 노쇠하다고 규정된 응답자 중 77%(17명)는 돌봄을 받고 있었고, 김창오, 선우덕의 정의에 의해 규정된 노쇠한 응답자 중 80%(24명)가 돌봄을 적어도 한 명에게 받고 있다고 보고하고 있었다. 적어도 한 명 이상에게 돌봄을 받는다고 보고한 150명 중, K-Frailty 지수에 의해 정의된 노쇠로 판명된 17명(11%)의 돌봄 시간은 주당 평균 7.18시간이었고, 김창오, 선우덕의 정의에 따른 노쇠 그룹(24명, 16%)의 돌봄 시간은 평균 11.67시간으로 나타났다.

(표 2-4-66) 노쇠 수준과 돌봄 이용 시간(N=150)

구분	K- Frailty Index 이용한 노쇠 수준과 돌봄 시간				김창오, 선우덕 Frailty 지표를 이용한 노쇠 수준과 돌봄 시간			
	명	평균 돌봄 시간(hr)	표준편차	범위	명	평균 돌봄 시간(hr)	표준편차	범위
노쇠	17	7.18	6.74	1-25	24	11.67	15.15	2-66
전노쇠	75	9.81	13.45	1-72	52	5.83	5.07	1-22
비노쇠	58	9.97	10.35	1-36	74	11.53	13.15	1-72

주: 돌봄자가 있다고 보고한 150명의 응답자에 한해 돌봄 시간을 분석함.

제5절 소결

지역사회에 거주하는 노인들은 건강을 ‘최우선의 가치’, 즉 모든 가치에 있어서 가장 중요한 것으로 인식하고 있었으며, 건강해야 무엇이든지 의욕적으로 할 수 있다고 인식하고 있었다. 이때, ‘건강한 노인’이란 단순히 질환이 없는 신체적으로 건강한 상태가 아니라, 만성질환이 있다 하더라도 정신적으로 건강하고 사람들과 활발하게 교류할 수 있는 상태라고 생각하였다. 이러한 인식은 노쇠에 대한 인식에서도 동일하게 나타나, 노쇠를 비단 신체적으로 건강하지 못한 상태뿐 아니라 정신적으로도 약해지고 자신감이 떨어진 상태로 인식하고 있었다. 노쇠에 대한 이러한 인식은, 노쇠를 정의할 때 신체적 허약(physical frailty)뿐 아니라 정신심리적 요소(인지, 우울, 불안, 문제 대처)와 사회적 요소(독거, 사회적 관계, 사회적 지지)까지 고려한 다면적 접근의 필요성을 강조한 일부 학자들의 입장과의 궤를 같이한다(김창오, 선우덕, 2015, p. 454; Gobbens et al., 2010).

본 연구에서는 노쇠를 크게 두 가지 방식을 이용해 측정하였다. 하나

는 생리학적 취약성에 초점을 맞춰 노쇠를 5가지 표현형(phenotype)에 따라 측정하는 것이며(k-frail scale), 다른 하나는 노쇠를 정신·심리적, 사회적 측면까지 고려하여 측정하는 것으로 김창오, 선우덕(2015)이 제시한 지표를 활용하였다. 측정 결과, 김창오, 선우덕 지표로 측정한 노쇠 비율이 k-frail index를 이용하여 측정한 비율보다 조금 높게 나왔으나, 두 지표 간에 큰 차이는 나타나지 않았다. 노쇠 및 전노쇠 상태의 노인 비율은 여성에서, 연령이 증가할수록, 그리고 배우자가 있는 경우보다 없는 경우에 더 높았다. 또한 학력이 낮을수록, 연평균 소득이 적을수록 노쇠의 비율이 높게 나타났다. 이는 연령이 많을 경우, 여성인 경우, 그리고 사회적으로 취약할 경우 노쇠유병률이 높다고 보고한 기존 연구 결과와도 일치한다(박은옥, 유미, 2016, p. 849).

조사에 참여한 노인들의 대부분은 1개 이상의 만성질환을 가지고 있었는데, 노쇠한 노인들이 전노쇠 및 비노쇠 노인들에 비해 만성질환 유병률이 더 높았다. 특히 2개 이상의 만성질환을 갖고 있는 비율은 남성의 경우 노쇠 노인에서 55%, 전노쇠 37%, 비노쇠 23%, 여성의 경우 노쇠 노인에서 84%, 전노쇠 55%, 비노쇠 37%로 노쇠 상태에 따라 큰 차이를 보였다. 또한, 노쇠한 노인들은 정신건강 측면에서도 좋지 않은 결과를 보였는데, 우울증이 의심되는 비율이 남성의 경우 노쇠 상태일 때 55.6%로, 전노쇠 10.9%, 비노쇠 1.2%에 비해 압도적으로 높게 나타났다. ADL과 IADL로 측정한 일상생활 수행 능력 역시, 노쇠한 노인들에서 문제가 있는 비율이 높았으며, 낙상 위험성 역시 노쇠 여부에 따라 큰 차이를 보였다. 이러한 결과 역시 만성질환이 있는 경우, 일상생활 능력에 문제가 있는 경우, 우울증을 앓고 있는 경우 노쇠 유병률이 증가한다고 보고한 선행 연구 결과를 뒷받침하며(박은옥, 유미, 2016, p. 849), 노쇠한 노인의 경우 낙상 위험이 증가한다는 기존 연구 결과와도 일치한다(권상민, 박정

속, 2010, p. 9)

지역사회 거주 노인들은 지금의 건강 상태를 유지하기 위해서 운동을 하거나 식단 조절을 하는 등 건강을 위해 노력을 해야 한다고 생각하는 경우가 많았지만, 실제로 이를 실천하는 경우는 드물었다. 특히 노쇠 수준을 감소하기 위해 필요한 근력운동 등의 중증도 운동의 실천율이 매우 낮게 나타났다. 또한 노인들은 운동이나 식습관 조절 등의 노력을 하더라도 현재의 건강 상태를 유지하는 정도이지 현재의 건강 상태보다 더 좋아질 것이라는 기대는 거의 가지고 있지 않았다. 그리고 앞으로 나이가 더 들면 현재의 건강 상태를 유지하는 것도 힘들어질 것이라고 예상하고 있었다.

의료 이용의 경우, 여성의 외래 방문 경험을 제외하고는 남성과 여성 모두에서 노쇠할수록 의료 서비스 이용 경험의 비율이 높은 것으로 나타났다. 특히 이러한 차이는 외래 이용보다는 응급실이나 입원에서 더욱 두드러지게 나타나 노쇠한 노인의 경우 중증 건강 문제를 더 많이 가지고 있을 가능성을 보여 준다. 반대로 건강검진의 경우에는 남성과 여성 모두에게서 노쇠할수록 건강검진 경험의 비율이 낮아져, 노쇠 예방을 위한 사전적 의료 이용에의 접근성이 비노쇠 노인에 비해 낮다는 것을 확인할 수 있었다.

이상의 내용을 종합할 때, 본 연구에서 살펴본 지역사회 노인들의 일부는 사회경제적 취약성과 더불어 신체적, 정신적으로 낮은 건강상태 및 노쇠라는 이중의 부담에 노출되어 있었다. 그러나 운동이나 식생활 개선 및 건강검진 등과 같이 이를 예방하기 위한 개인 수준의 체계적 관리는 제대로 이루어지지 못하고 있었다. 물론, 단면 연구의 한계상 무엇이 선행 요인인지에 대한 파악은 할 수 없겠으나(즉, 건강 수준이 나쁘고 건강증진 행위를 하지 않아서 노쇠한 것인지, 아니면 노쇠해서 건강 수준이 나빠지고 건강관리를 잘 못하게 되는 것인지를 알 수 없음), 본 조사의 결과는

노쇠의 위험이 높은 취약계층을 중심으로 노쇠 예방을 위한 다양한 프로그램들이 시도될 필요가 있음을 보여준다.

현재, 노쇠한 노인들은 일반 노인 계층과 달리 활동이 원활하지 못하여 사회적 접촉이 저조하고, 각종 건강 문제들로 인해 병·의원 이용률이 높은 계층이지만 이들을 대상으로 한 건강관리는 질병 치료 이외에 별다른 대책이 없는 상태이다(선우덕, 오영희, 이수형, 오지선, 이석구, 2009, p. 199). 그러나 노쇠는 궁극적으로 노인의 신체 기능 저하와 인지 기능 저하, 의료 이용 및 장기요양 등의 부담을 야기하므로, 노인의 기능적 자립을 유지할 수 있도록 노쇠를 사전에 예방하기 위한 노력이 반드시 필요하다. 그러나 질적 면담 조사에서도 확인하였듯이, 노인들은 노쇠를 예방하고 건강을 유지하는 방법으로 대다수는 식습관 조절 및 운동을 인식하고 있었지만, 이를 제대로 실천하고 있지는 않았다. 그렇다면 노인들이 스스로 노쇠를 인식하고 예방할 수 있도록 교육하는 것보다 오히려 노인들이 스스로 식습관 조절 및 운동이 필요하다는 것을 인식하고 있는 것을 실천으로 옮길 수 있도록 장려하는 프로그램이 필요하다.

하지만 질적 면담 조사에서 드러난 것처럼 지역사회 거주 노인은 노쇠나 건강 수준, 연령에 따라 다른 양상을 보인다. 아직 노쇠하지 않고 건강한 노인들은 지역사회의 경로당을 이용하지 않고, 지역사회 내 자원들을 이용하기보다 개별적으로 자신이 원하는 프로그램들을 이용한다. 반면에 노쇠와 질환으로 인해 이동이 어려운 노인들은 주로 지역사회의 경로당에 모여 있으며, 거동이 더욱 불편하여 요양이 필요한 노인들은 집에서 요양 서비스를 받거나 가족의 돌봄을 받으며 살아가고 있다. 따라서 노쇠 정도에 따라 다양한 접근이 필요하다.

이러한 다양한 접근은 지역사회 내 보건소만으로는 불충분하다. 시·군·구 단위 보건소의 방문건강관리 사업이나 경로당 방문 사업 등으로는

증가하는 지역사회 노인 인구의 노쇠 예방 및 관리가 불가능하다. 보건소 내 지역사회 거주 노인의 노쇠 예방 및 관리를 위한 인력들을 확충할 필요는 있겠지만, 기존 사회 복지관이나 노인 복지관 등 지역사회 내 복지 자원들과의 연계와 역할 조정 역시 필요하다. 대부분의 사회 복지관이나 노인 복지관은 노인을 대상으로 한 반찬 지원 서비스, 상담 서비스, 문화 및 여가 프로그램, 제조 및 운동 프로그램을 진행하고 있으므로 이들 간 역할 조정을 고려해 볼 만하다. 이러한 역할 조정은 보건소가 지역사회 내 사회복지 전달 체계에 적극적으로 참여할 때 가능하다. 최근 읍면동 복지허브화 사업단과 같이 서울시의 찾아가는 동사무소 등 사회복지 전달 체계를 중심으로 지역주민의 통합 사례 관리를 위한 시도들이 확대되고 있으므로, 이 체계 내에 보건소가 노인의 노쇠 정도를 스크리닝하고 노쇠 예방 및 관리에 주도적인 역할을 할 수 있도록 노력해야 한다.

또한 현재 노인의 돌봄 주체는 결국 가족이었다. 가족은 함께 거주하는 지 여부와 상관없이 지역사회 거주 노인이 가장 의지하는 대상으로 나타났다. 또한 노인들은 친하게 지내는 이웃이나 지인, 보건소나 동사무소로부터 공적 지원을 받고 있는 것과 상관없이 가족을 자신을 돌봐줄 주체로 인식하고 있었다. 설문 조사와 질적 면담 조사에서 모두 지역사회 거주 노인 중 공적 자원으로부터 지원을 받는 경우는 매우 드물었다. 받고 있다고 하더라도 대다수의 노인은 가족이 신청해 줘서 받는 것이었다. 즉 어떤 공적 자원으로부터 어떤 지원을 받을 수 있는지, 어떤 공적 자원들이 있는지를 인지하지 못하는 노인이 상당수였다. 따라서 공적 지원 체계로 지역사회 거주 노인을 끌어들이기 위해서는 공적 지원 제도나 프로그램에 대한 가족 대상 교육 역시 필요해 보인다.

제 5 장

소결

제1절 요약

제2절 정책 방향

제1절 요약

고령화 시대의 노인건강 문제는 매우 복잡적이다. 특히 75세 이상 후기 노인은 전기 노인에 비해 복합 만성질환이 많고 내적 역량(intrinsic capacity)이 감소하는 노쇠 현상을 보이게 된다.

여러 국가에서 노쇠에 관한 연구가 활발히 수행되고 있으며 지역사회에서 가능한 노쇠 중재 사업을 개발하고 효과를 모니터링하고 있다. 일본 군마현에서는 65세 이상 재가 노인을 대상으로 노인포괄평가 후 신체 활동, 영양, 사회 참여 서비스를 제공하고 있으며, 노쇠군 등을 대상으로 장기요양 예방 프로그램을 실시하고 있다. 호주에서는 70세 이상 지역사회 노쇠 노인을 대상으로 노쇠 중재 사업을 수행하고 있으며, 유럽연합에서는 SPRINTT 프로젝트¹³⁾를 추진하고 있다.

영국에서는 블레어 정부 시절부터 NHS 현대화를 통해 ‘통합 돌봄(integrated care) 서비스 시스템’ 구축하는 노력을 기울여 왔다. NHS 다이렉트에서는 간호사가 24시간 전화 상담을 제공하고 있다. 지역의 외과 의사와 일반의(GP)의 치료와 조언을 받을 수 있도록 하고 돌봄 서비스 제공자와 긴밀히 협업하도록 했다. 2017년 현재 보건과 복지 서비스 예산을 하나로 통합하고 지역에 맞는 다양한 통합 모형을 제시하고 시범 사업을 진행하고 있다.

13) SPRINTT: Sarcopenia and physical frailty in older people: multi-component treatment strategies.

국내 지역사회에서 노인을 대상으로 건강관리 서비스가 노쇠 관리를 명확히 표방하는 경우는 별로 없지만 노인 대상 건강증진 혹은 장애 예방 사업이 비슷한 목적을 갖고 있으며 보건소의 지역사회 통합 건강증진 사업과 노인 복지관에서 제공하는 사업 등이 이에 해당된다. 대체로 독립적 생활이 가능한 노인이 주 대상이며 대규모 혹은 소그룹 단위로 서비스와 교육을 제공하고 있다. 질환으로서는 전국에 치매관리센터를 설치하고 조기 검진과 돌봄 서비스를 제공하는 사업이 추진되고 있다.

이 연구에서는 일개 광역시에 거주하는 노인의 건강과 의료 및 돌봄 서비스 이용 현황과 인식을 조사하였다. 조사 결과, 전노쇠 및 노쇠 유병률은 35.1~38.6% 정도로 나타났다. 질적 면담 조사에서는 운동이나 식습관 조절을 해도 현재의 건강 상태를 유지하거나 더 좋아진다고 기대하지 않는 것으로 나타났다. 노쇠/전노쇠 단계 노인이 건강 노인과 비교하여 만성질환 유병률, 우울증, 낙상 위험이 더 높았으며, 일상생활 수행 능력은 떨어지는 것으로 나타났다. 의료 이용의 경우, 노쇠할수록 의료 서비스 이용 경험률이 높았으며, 응급실 이용이나 입원율은 외래 서비스 이용보다 두드러지게 나타났다. 노쇠와 질환으로 인해 거동이 어려운 노인들은 주로 경로당에 있으며, 거동이 더욱 불편한 경우는 집에서 요양 서비스 혹은 가족의 돌봄을 받고 있었다.

종합하면, 노인은 빈곤한 상태에서 만성질환 치료와 함께 신체적 역량이 낮은 노쇠라는 이중의 부담을 갖고 있었다. 노인의 건강 수준에 따라 의료 및 돌봄 서비스 이용 양상이 다르다. 후기 고령자에 속하는 노인을 대상으로 한 신체 활동, 영양, 사회 참여 등이 조화를 이룬 체계적 서비스가 부족하며 이에 대한 개선이 필요한 것으로 판단되었다.

제2절 정책 방향

건강노화 정책의 핵심은 노인의 신체적, 정신적 역량을 보존하고 ‘ageing in place’가 가능하도록 지역사회에 노인 친화적인 보건의료 및 복지 서비스를 제공하고 취약한 노인을 지원하는 환경을 조성하는 것이다.

이와 같은 맥락에서 연구 결과를 통해 국내 지역사회에서 노인건강 관련 보건의료 및 복지 서비스의 문제점을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 지역사회 전체를 대상으로 하는 보편적인 노인 건강관리 서비스가 없으며 노인 친화적 서비스에 대한 정책과 시스템이 미흡하다. 둘째, NHS Direct와 같이 전체 노인을 대상으로 상담 서비스를 제공하거나 서비스 연계 및 조정 역할을 부여받는 기관이 없다. 셋째, 건강증진 사업이 여가 활동 개념으로 진행되고 있어서 노쇠 예방 중재가 체계적이지 못하고 지속성이 낮다. 넷째, 노인의 노쇠 단계에 따른 서비스가 충분히 개발되어 있지 못하고 전문 인력도 부족하다. 다섯째, 보건과 임상 진료의 연계, 의료 서비스 간 연계, 보건의료 서비스와 돌봄 서비스 간 연계가 모두 부족하다.

이와 같은 문제점을 해결하기 위해 노인건강 정책은 건강노화를 기본 패러다임으로 하여 ‘ageing in place’가 가능한 정책을 수립해야 한다. 이때 만성질환과 노쇠를 잘 관리하면 개인과 가족은 물론 전 사회적 부담을 줄일 수 있다는 점에 주목해야 한다.

이 같은 맥락에서 중앙부처는 우선적으로 건강노화, 노쇠관리, ‘aging in place’를 기본 틀로 하여 노인건강 정책을 수립하고 보건복지부 내 담당 조직을 명확히 해야 한다. 그리고 노쇠 관리를 포함한 노인 친화적 보건의료 서비스에 대한 지침 등에 대한 개발을 지원해야 한다. 또한 노인 친화적 진료를 위한 전문 인력을 양성해야 한다. 다음으로 노인건강

관련 정보와 이용 기관, 시설 등에 대한 정보 시스템을 구축한다. 또한 전 사회적으로 노인 친화적 서비스 제공 방향에 대한 합의를 도출하고 이를 장려하기 위해 법과 제도를 개선하는데 노력해야 할 것이다.

지방자치단체에서는 위와 같은 정책 방향에 맞게 노인 친화적 서비스를 효율적으로 제공하도록 해야 할 것이다. 광역자치단체에서는 지역 노인의 건강노화 증진 계획을 수립하고, 시·군·구 단위 보건소에 지역 노인건강포괄관리센터를 설치해야 할 것이다. 지역 노인건강포괄관리센터는 노인의 건강 상태를 포괄적으로 평가하고 케어 플랜을 세우며, 전노쇠 및 노쇠 단계 노인에게는 관련 서비스를 제공하도록 해야 한다. 마지막으로 노인건강 증진에 필요한 지역 공중보건과 일차 의료, 병원 간 복지 서비스 네트워크를 구축하는 것이 필요하다.

제 3 부

급성기 의료기관 중심 노인 친화적
보건의료 서비스 제공 방안

제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

출생아 수의 급격한 감소와 베이비붐 세대의 노년층 진입, 평균수명 연장 등으로 우리나라는 2000년 고령화 사회(노인 인구 비율 7%)에 진입하였으며, 2026년 노인 인구 비율 20.8%로 초고령 사회, 2060년에는 노인 인구 비율이 40.1%까지 상승하여 세계 최고령 국가가 될 전망이다(안진권, 임진명, 2015, p. 9). 이러한 인구 구조의 변화로 부양 인구가 노인 인구 증가 속도를 따라잡지 못하여 노쇠한 노인의 부양에 대한 사회적 요구가 높아지고 있는 실정이다.¹⁴⁾

현재 우리나라 70대 이상 인구 5명 중 1명이 당뇨병에 이환, 65세 이상 노인 인구 중 20.7%가 2개 이상의 만성질환, 60.5%가 3개 이상의 만성질환을 보유하고 있다(오윤섭, 윤석준, 2015, pp. 3-7). 국내 65세 이상 노인 인구 진료비가 17조 5238억 원으로 전체 진료비의 34.5%를 차지하고 있으며, 이는 전체 인구 평균 진료비의 3배 수준이다(통계청, 2016, pp. 27-28). 특히 노화의 과정에서 겪게 되는 임상 문제 ‘노쇠(frailty)’로 인하여 노인은 외부 스트레스에 대한 저항력이 감소하여 작

14) 노년부양비 = (65세 이상 인구 ÷ 15-64세 인구) × 100

통계청 장래인구추계(2011)에 따르면 생산 가능 인구 100명당 부양해야 할 노인 인구는 2010년 15.2명에서 베이비붐 세대의 고령 인구 진입 및 기대수명 증가로 인하여 2030년 38.6명, 2060년 80.6명 수준으로 급증할 것으로 예상된다.

은 충격에도 질환에 이환되기 쉬운 상태로서 이러한 노인들의 특성에 맞는 노인을 위한 맞춤형 진료 수요 증가하고 있다. 최근 국내·외 많은 의료기관들은 의료기관 인증평가 및 정부 지침에 근거하여 표준화된 진료 프로토콜을 통한 안전하고 질 높은 의료를 일관되게 환자에게 제공하는 부분을 강조하고 있다. 그러나 노인의 경우 이러한 임상진료지침의 부재로 인하여 양질의 의료 서비스가 제공되지 못하고 있는 실정이다.

문제는 이러한 노인 특화 보건의료 서비스의 대상인 노쇠한 환자는 낙상, 합병증 이환, 장애 및 사망에 이르기 쉬운 상태로 노쇠의 정도와 범위에 따라 의료 이용 요구가 다르지만 현재 진료 제공 체계는 이에 부응하지 못하고 있는 것이다. 노인이 젊은 연령층보다 의료 이용은 많지만, 현재 노인에게 제공되는 진료가 그의 의료 수요를 충족하지 못하고 제공되는 의료의 질에 상당한 변이가 존재하고 있다(박성배 등, 2015, pp. 37-40). 노인의 보건의료 서비스 요구는 복합적 성격을 띠고 있어, 급성기 입원치료와 함께 다른 의료 서비스의 조정과 연계가 필요하지만, 국내에서는 노인 전문의(geriatric physician)를 중심으로 여러 전문 분야 치료를 조정해서 제공하는 사례를 대학병원급 이상의 의료기관에서도 찾기 어렵다.

이에 현재의 비효율적인 노인 진료과정을 발견하고 개선하여 의료의 질을 향상시킴으로써 경제성을 도모할 필요가 있으며 그에 따라 노인의 건강 상태와 보건의료 서비스 요구를 고려한 의료기관 차원의 진료 제공 체계 모형이 필요하다. 또한 복합 질환을 가진 노인의 특성을 고려하여 노인에게 발생하는 다빈도 질환의 임상진료지침 개발을 통해 과거에 비해 변화한 노인의 특성, 노인 집단의 다양성을 파악하고, 노인의 신체적, 정신적 건강 상태와 건강에 대한 욕구를 고려하여 의료 서비스를 제공하는 것이 요구된다.

2. 연구 목적

연구의 주요 목적은 양질의 노인 보건의료 서비스를 제공하기 위하여 급성기 의료기관 중심의 노인 진료 제공 체계 모형을 구축하는데 있다. 구체적인 목표는 첫째, 복합적인 건강 문제를 가진 노인 환자에게 필요하다고 예상되는 효율적 진료과정과 환자 관리 지침을 개발한다. 둘째, 급성기 의료기관 중심의 노인 친화적 진료 제공 체계 모형(안)을 바탕으로 시범 사업을 수행한다. 셋째, 시범 사업 결과와 전문가 의견 등을 종합하여 노인 진료 제공 체계 모형을 제시한다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

위와 같은 연구 목적에 따라 노인 친화적 진료 제공 모형을 개발하기 위해 다음과 같은 내용을 포함하였다. 첫째, 캐나다와 일본 등 주요 선진국을 대상으로 급성기 의료기관의 노인 친화적 서비스를 고찰하였다. 둘째, 급성기 의료기관에서 진료하는 대표 질환을 선정하고 진료 프로세스를 분석한 후 진료에 참여하는 관계자들의 인터뷰 및 타 병원의 사례, 문헌 검토를 통하여 문제점을 도출하고 진료 지침을 개발하였다. 셋째, 급성기 의료기관 중심의 노인 진료 제공 체계 시범 사업 운영안을 수립하고, 대상 질환을 가진 노인 환자에게 진료 요구도에 따른 적정 진료를 제공하는 시범 사업을 수행한다. 넷째, 시범 사업 결과를 분석하여 노인 진료에서 급성기 의료기관의 역할과 기능, 인력 문제, 의료기관 간 환자 이

동, 재입원 예방 대책, 합병증 예방 서비스 등을 포괄하는 노인 친화적 진료 제공 방안을 도출하고, 이를 도입하기 위한 법적, 행정적 개선 방향을 제시한다.

2. 연구 방법

첫째, 주요 선진국 사례 분석에 있어서 사례 지향적 접근을 통한 문헌 자료 분석을 실시한다. 이 연구에서는 소수의 사례를 통한 최대유사체계 설계(most similar systems design) 방법을 적용하여 각 국가들의 사례를 선정한 후 비교 분석을 실시한다(강창현, 2011, pp. 351-374). 의료기관 현황 조사는 일본을 대상으로 진행한다. 도쿄 등의 대도시와 지방 중·소도시의 급성기 의료기관, 특히 연세의료원 신촌 세브란스병원과 유사한 규모의 급성기 의료기관 중 일부 의료기관을 직접 방문하여 해당 기관의 노인 진료 제공 체계에 대한 사항을 담당자 면담 및 관찰을 실시하여 자료를 습득 및 분석한다. 주요 조사 내용은 해당 의료기관 내에서 노인 진료 서비스 업무를 담당하고 있는 의료인 등의 유무와 업무 내용, 지도·관리 방식, 업무전달 체계 등을 포함한다.

둘째, 전문가 의견 수렴은 노인의료 제공 체계 모형 개발을 위한 포럼과 국제 심포지엄 및 후속 세미나, 자문회의로 구분하여 진행하였다. 노인의료 제공 모형과 관련된 이해 당사자인 환자와 전문가를 대상으로 질적(qualitative) 면담 조사를 진행하였다. 연구 참여자와 함께 동반자적 관계를 형성하고 주제에 관한 실재를 있는 그대로 드러낼 수 있도록 구성된 가이드 질문에 따라 심층 면담(In-depth interview)을 진행하였다(전영국, 2017, pp. 147-168). 조사 내용은 환자의 경우 병원 서비스 이용 경험, 의료인 및 전문가의 경우 단계별 노인 진료 제공 체계 도입 시행 시

필요한 사항, 노인 진료 제공 체계 도입의 내적 외적 요인 등에 대한 의견을 듣도록 한다(표 3-1-1).

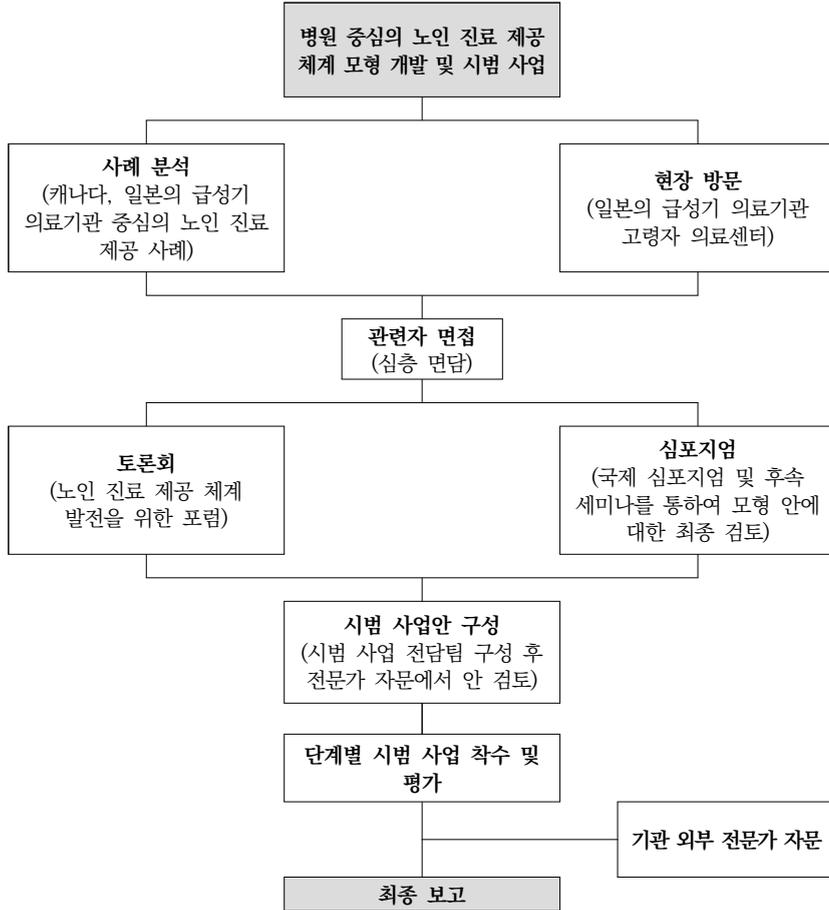
〈표 3-1-1〉 질적 면담 조사 설계: 심층 면담(In-depth interview)

구분	주요 내용	
조사 개요	노인 진료 제공 체계 이해 관계자와 관련 주체 특성별로 구분하여 심층 면담(In-depth interview) 진행	
조사 대상 및 조사 내용	서비스 이용자	서비스 이용자인 환자 4명, 의료진 3명, 정책 전문가 1명을 대상으로 심층 면담을 시행하고 별도의 의견을 제안하는 경우 개별적인 추가 면담을 시행
	서비스 제공자	
	보건의료 정책 전문가	

셋째, 의료기관 내 시범 사업 운영 계획을 수립한다. 대상 질환 선정, 진료 프로세스 분석, 관련 자료 검토, 임상진료지침 작성으로 나눌 수 있다. 급성기 의료기관에서 진료하기에 적합하고 치료 과정에 대한 예측이 가능한 영역 중에서 질환을 선정하였다. 다학제 전담 진료팀을 구성하고, 운영과 관련한 회의를 정기적으로 개최하였다. 진료 프로세스 분석은 해당 질환에 관련된 진료의 전 과정을 이해(내원 시점-시술/퇴원/추후 외래 방문)하고 진료 지연, 비효율적 또는 개선 요구 영역, 변이 분석 등을 실시하여 결과를 도출한다. 마지막으로 시범 사업의 결과를 선정한 평가 지표에 대하여 대조군과 비교 분석한다.

연구 수행 체계를 요약하면 사례 분석, 현장 방문, 관련 집단 면담, 토론회, 심포지엄을 통해 모형을 구체화하고, 모형에 대한 검토를 하며, 모형을 기반으로 임상에 적용 가능한 부분을 우선 시범 사업으로 진행하고, 그 결과를 평가한다(그림 3-1-1).

[그림 3-1-1] 연구 수행 체계



제 2 장

국외 노인 친화적
의료 서비스 고찰

제1절 캐나다

제2절 일본

제3절 소결

2

국외 노인 친화적 << 의료 서비스 고찰

제1절 캐나다

1. 개요

캐나다는 10개 주와 3개의 영토로 구성되어 있으며 중앙정부와 주정부에 권력이 분산되어 있는 연방제 국가이다. 2015년 65세 이상 노인 인구 비중은 16.14%이다. 캐나다는 1947년 서스캐처원주에서 처음으로 전 주민 병원보험을 실시한 이래 10년 만인 1957년 전체 주로 전 주민 보험법이 확대되었다. 연방의 전 국민 병원보험의 확대 시행은 1961년부터이다. 1963년 역시 서스캐처원 주에서 일차의료까지 보험을 확대 시행하였고, 1966년부터 전 국민에게 보편적 의료보장을 실시하고 있다 (Bodenheimer & Grumbach, 2016, pp. 172-173).

각 주와 자치 영토별로 단일 보험자가 있으며, 중앙정부에 1개의 보험자가 있다. 2016년 기준 세계 10위권 GDP 규모이며, 의료비 비중은 2014년 기준 GDP의 10.4% 규모이다. 캐나다의 공공 의료비 지출은 전체 지출의 70%이고 민간 보험이 15%, 개인 부담(Out-of-Pocket)이 15%이다. 캐나다 국민의 75%는 보충적 민간 보험에 가입되어 있는데, 주정부 보험에 포함되지 않는 약품, 민간 병원 입원실 이용, 보험이 안 되는 대부분의 치과 서비스, 일부 안과 서비스 보장을 위한 목적이다 (Bodenheimer & Grumbach, 2016, pp. 172-173). 보험자는 캐나다의 공공 병원에 총액 예산을 지불하지만, 의사들은 기본적으로 행위별 수

가를 지급받는다. 온타리오주 등에서 의사 연봉제, 인두제, 행위별 수가제 등의 혼합 모델을 시험 중이다.

1. 병원 기반 노인 친화적 포괄 진료 체계 모델¹⁵⁾

가. 배경

지역사회의 노인 인구가 증가함에 따라 노인 인구의 의료기관 내 입원 및 외래 환자가 증가하고 있다. 하지만 노인 환자의 특성에 따른 적절한 기준을 갖춘 진료 서비스의 부재와 그에 따른 의료기관 방문 횟수의 증가, 비효율적인 의료 서비스의 제공 등이 만들어 낸 좋지 못한 진료 결과에 따라 캐나다는 연방정부 및 각 주정부가 병원 기반의 노인 친화적 포괄 진료 체계 모델을 구축하는 데 앞장서고 있다.

주요 목적은 노인 환자에 대한 포괄적인 평가를 바탕으로 각 대상 환자의 요구에 맞게 진료 서비스를 제공하고, 다학제적 팀 접근을 통해 효과적인 조기 개입 및 중재 서비스를 실시하며, 노인 인구의 건강 증진을 위해 개인 차원이 아닌 각 주정부와 중앙정부 차원에서 상호 적극적인 협력을 통해 질병 예방을 위한 대책을 수립하는 것이다.

나. 온타리오 주의 노인 친화적 병원의 운영

온타리오주 노인 친화적 병원은 5가지 주요한 프레임워크(framework)를

15) 캐나다의 병원 기반 지역사회 포괄 진료 체계 모델의 내용은 2017년 8월 30일 연세의료원의 급성기 의료기관 중심의 노인 진료 제공 체계 모형 개발 및 시범 사업의 일환으로 진행된 국제 심포지엄 '노인 친화적 보건의료 서비스와 노쇠 관리' 발표 중 Barbara Liu 박사의 발표 내용을 바탕으로 작성되었다.

가지고 있으며 이것은 모든 의료 부문이 협력하여 노쇠 노인의 건강 증진을 위해 노력하고 더 나은 결과를 달성하기 위하여 병원 내 모든 조직에 적용되는 원칙이다. 5가지 원칙은 각각 조직적 지원, 근거 기반의 진료과정, 내적 환경 조성, 진료와 연구의 윤리, 외적 환경 조성으로 구분할 수 있다(그림 3-2-1).

[그림 3-2-1] 캐나다 온타리오주 노인 친화적 병원의 프레임워크



자료: 한국보건사회연구원, 연세대학교 의료원. (2017. 8. 30.). 노인친화적 보건의료서비스와 노쇠 관리에 관한 국제심포지엄(자료집). 세종: 한국보건사회연구원 p.10

첫째, 조직적 지원은 병원 내 모든 직원(의료인과 비의료인 모두 포함)이 리더십을 가지고 노쇠 노인 환자에 대하여 최상의 헌신을 하기 위한 마음가짐을 가지고 있어야 한다는 것이다. 이러한 마음가짐이 있을 때만이 대상 환자의 필요에 적극적으로 반응하여 인적 지원, 절차적 지원, 진료과정 등이 원활하게 이루어질 수 있다.

둘째, 진료과정은 노쇠한 노인 환자에 대한 생리학적, 병리학적, 사회과학적 이해를 바탕으로 근거 기반의 사례를 적용해야 한다는 것이다. 이것은 노인 친화 병원 외에 사회적 서비스와 연계하여 지역사회로 환자가 돌아갈 때도 동일하게 적용되어야 한다.

셋째, 간호와 간병에 있어서 정서적 유대가 매우 중요하다. 조직 내 구성원들과 환자 사이의 내적 친밀도가 증가하는 환경이 조성되었을 때 병원 이용에 대한 환자의 만족도가 극대화될 수 있다.

넷째, 노쇠한 노인 환자는 아동과 동일하게 아주 취약한 환자임을 인지하고 환자의 자율성과 선택의 다양성을 반드시 존중하는 형태로 진료가 제공되고 연구가 설계되어야 한다.

다섯째, 병원의 공간, 설비, 가구 배치 등은 모두 환자의 허약한 신체 상태를 고려하여 안전성, 편안함, 독립성을 최대한 유지하되 환자의 기능을 최대한 발휘할 수 있는 환경으로 구성되어야 한다.

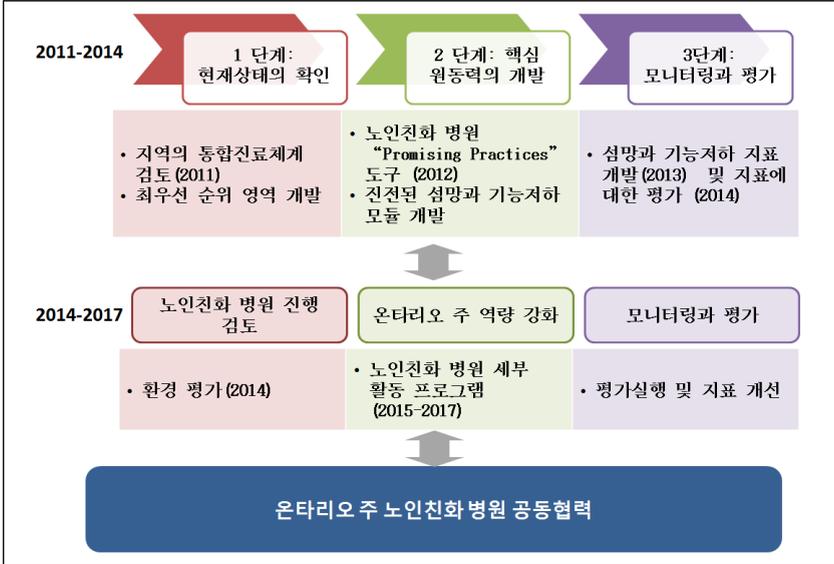
온타리오주는 각 프레임워크에 맞춰 2017년까지 노인 친화 병원을 구축하기 위한 단계적 실천 전략을 수립하고 있다. 현재 온타리오주의 총 155개 병원 중에서 노인 친화 병원 전략을 실천하고 있는 병원은 총 87개이다. 노인 친화 병원 관련 프로젝트는 2017년 기준 총 90개로 노인 환자 친화적 진료, 의료의 질 향상, 리더십 변화를 위한 실천을 노력 중이다. 각 병원은 지역 상황을 파악하고 핵심 영역을 개발하고 우선 진행할 수 있는 활동 영역을 지정한 후 각 단계별로 노인 친화 병원 전략을 수립하고 있다(그림 3-2-2).

위 전략에서 중심이 되는 것은 87개 지역 내 병원으로 구성된 온타리오 노인 친화 병원 네트워크이며 역량 구축의 일환으로 전체 약 450여 명의 직원과 환자, 그 외의 환자 가족 및 봉사자가 노쇠 노인의 간병 및 간호의 질 향상, 리더십 강화를 위해 프로그램을 함께 개발하고 있다.

특히, 온타리오 주는 지역 내 노인 친화 병원의 핵심적인 우선순위로 기능 저하의 예방, 섭망의 예방, 전원에 따른 진료의 연속성을 지정하였다. 노인 친화적 의료의 질 향상과 관련된 실천적 활동을 부문별로 나누면 섭망 관리(39%), 운동(30%), 기타(26%), 반응 행동(5%) 관련 순이다.

기능 저하의 예방은 노인 환자에 대하여 병원 내 각 부서 전반에 걸쳐 환자 진료 시 조기 개입 및 응급 상황 대처를 별도의 지침으로 마련하여 실시하는 방안을 통해 대처하고 있다.

[그림 3-2-2] 캐나다 온타리오주 노인 친화 병원의 전략



자료: 한국보건사회연구원, 연세대학교 의료원. (2017. 8. 30.). 노인친화적 보건의료서비스와 노쇠 관리에 관한 국제심포지엄(자료집). 세종: 한국보건사회연구원 p. 12.

섬망의 예방은 인지 기능과 관련해 조기에 섬망을 식별하고 이에 대처할 수 있도록 병원 내 각 부서에 전문적인 섬망 검사 방법, 예방 및 관리 요령을 배포해 숙지하게 하는 방식으로 운영하고 있다.

전원에 따른 진료의 연속성은 응급 및 아급성 진료 서비스 이후 지역사회 전원 시 각 의료기관 등의 조직 간 협력 증진을 위한 파트너십 개발을 진행하는 것이다.

또한 온타리오 주는 지역사회 주민의 참여를 통해 노인 친화 병원의 역할을 증대하고 있다. 지역사회 주민의 참여가 필요한 이유로 온타리오 주는 각 지역에 따른 필요와 수요를 적극 확인할 수 있으며 각각의 전문직(심리학자, 사회복지사, 물리치료사)에 따른 역할을 분담할 수 있고 별도의 훈련 없이 노인 친화 병원 내 노인 환자에 도움을 줄 수 있다는 것을 장

점으로 나타냈다.

다. 온타리오주의 노인 친화적 병원의 향후 전망

온타리오주의 노인 친화 병원은 현재 온타리오 주 정부 차원에서 정책적으로 구성 중에 있으며 약 40곳의 병원이 노인 친화 병원으로 진료 서비스를 제공하고 있다. 현재 온타리오주에서는 노인 친화 병원을 지속하기 위한 원칙으로 환자의 가치를 중요시하고 있다. 즉, 모든 정책과 프로그램 개발에 환자가 참여하여 공동 디자인을 구축하고 파트너로서의 역할을 인지하며 환자 스스로가 정의한 목표와 치료 계획에 따라 움직이는 것을 최우선의 원칙으로 삼고 있다. 또한 가장 큰 정책적 과제로 정책에 영향을 미치는 지표 측정을 어떻게 진행할 것인가, 진료 서비스와 사회복지 서비스를 어떤 식으로 통합하여 연계할 수 있는가, 그에 따라 어떠한 형식으로 전문 인력을 개편할 것인가의 고민을 함께 가지고 있다.

제2절 일본

1. 일본의 고령자 의료센터¹⁶⁾

가. 고령자 의료센터 설치 배경

사회가 초고령화되어 의료기관 내 입원 및 외래 환자 역시 고령화되었

16) 일본의 고령자 의료센터의 내용은 2017년 6월 1일 연세의료원의 급성기 의료기관 중심의 노인 진료 제공 체계 모형 개발 및 시범 사업의 일환으로 지바대학 부속 병원 고령자 의료센터를 직접 방문하여 조사한 내용을 바탕으로 작성되었다.

다. 이에 의료기관이 직면한 문제점으로 첫째, 인지 기능과 신체 기능이 저하된 환자에 대한 새로운 대응 전략이 필요하게 되었다. 둘째, 다약제 처방 환자가 증가함에 따라 투약의 중복이나 약물 상호 작용의 위험이 증가하였고 복약 순응도는 감소하였다. 셋째, 입원과 외래 중에 환자의 인지 및 신체 기능이 저하하여 주질환에 대한 진료에 차질이 발생하고 입원 환자의 입원 일수 증가 문제가 발생하고 있다.

선술한 고령자 의료의 문제들을 해결하기 위하여 의료기관 내에 이미 많은 부서가 조직되어 있지만, 서로 다른 부서와 직종 간 협력을 강화할 필요가 있다. 또한 고령 환자에 대한 이해를 높이고 노인 친화적 진료를 제공하기 위한 교육과 실천의 장이 필요하다. 이에 일본의 대학병원을 중심으로 고령자 의료센터를 설립하여 진료과별 대응만으로는 적정 진료가 어려운 고령 환자에 대하여 전략적으로 접근함으로써 진료 효율을 높이고 있다.

나. 운영

1) 구성과 의뢰 절차

센터장 이하 의사, 간호사, 약사, 사회복지사, 물리치료사 등의 팀원으로 구성되어 있다. 일본의 일개 대학병원 의료센터의 경우 매니저 역할을 하는 의사인 센터장 1인, 의사(노인병 전문의), 간호사, 약사, 사회복지사 각 1인 과 2명의 물리치료사로 센터를 운영하고 있다. 대학병원과 기타 시설에서 총 3개 이상 과의 진료를 받고 있으며 총 10개 이상의 약이 처방되고 있는 노인 환자가 센터 의뢰 대상이 된다. 환자의 담당 의사와 간호사가 센터에 상담을 의뢰하면 병원의 코디네이터가 1차 스크리닝 후 접

수하여 각 과 및 관련 부서 간 조정 후 예약을 하는 것으로 해당 환자에 대한 센터의 활동이 개시된다.

2) 목표

고령 환자가 여러 질환을 앓고 있으면서도 생활 기능을 최대한 유지하고 더 나은 삶을 실현할 수 있도록 한다. 이를 위한 구체적인 활동은 첫째, 환자와 관련된 각 진료과와 부서의 횡단적인 연계가 이루어지도록 노인병 전문의가 주축이 된 팀이 조정하고 상담한다. 둘째, 고령 환자 특유의 문제 해결을 주목적으로 고령자 친화적인 팀 의료 활동을 한다. 활동은 고령 환자 종합 평가 및 보고, 노인 외래 진료 시 팀 대응, 입원 환자의 다약제 및 노쇠 회진 등이 있다.

3) 주요 기능

센터로 환자 예약을 받으면 1차 초진 평가가 이루어진다. 노인병 전문의, 간호사, 약사, 사회복지사, 물리치료사 팀이 콘퍼런스를 갖는다. 회의에서 초진 평가를 내리고 추가 평가의 필요 여부를 결정한다. 추가 평가는 다음과 같이 의뢰하여 이루어진다. 치매나 우울증의 경우 치매질환의료센터로, 일상생활 수행 능력(Activities of daily living, 이하 ADL)은 정형외과와 재활부로, 내장 비만이나 저영양 상태의 경우 임상 영양부로, 그 외의 경우에는 환자에 따라 병원 내 각 진료과 혹은 해당 부에 각각 추가 평가를 의뢰한다. 모든 추가 평가를 수렴하여 센터 팀은 2차 콘퍼런스를 통해 최종 평가보고서를 정리한다. 최종 보고서에는 환자의 인지 기능, ADL, 노인증후군, 정신 및 사회적 상황, 다질환 병존 치료 상황의 중

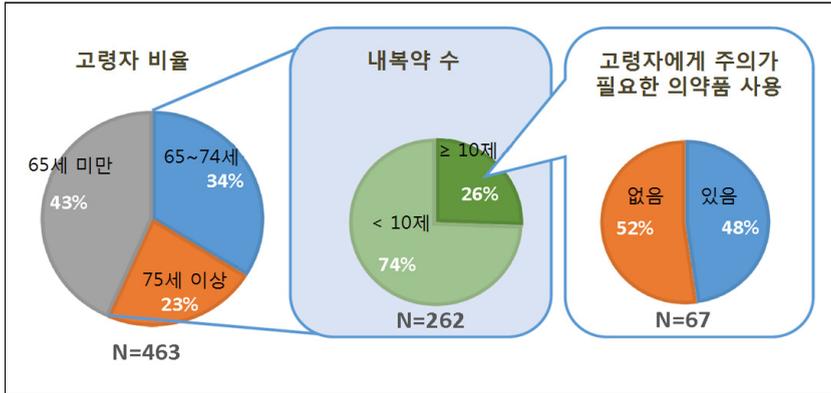
합적인 평가와 함께 환자 진료 계획과 적절한 의료 증재에 관한 내용을 포함한다. 최종 평가서는 의뢰한 의료인과 환자에게 보고되며 센터의 활동에 대한 설문 조사가 이루어지는 것으로 마무리된다.

다. 핵심 활동

1) 다약제 회진(Polypharmacy round)

고령자 의료센터의 다약제 회진 잠정 대상은 65세 이상의 입원 환자로 정신과, 소아과, 소아외과, 산부인과 병동의 입원 환자는 제외한다. 약사는 회진 전 스크리닝으로 최종 회진 대상자를 확정한다. 그 기준은 10개 이상의 약제 복용과 고령자에게 주의를 요하는 약제 복용이다. 지바대학의 경우 입원 환자 총 463명에 대하여 조사한 결과 65세 고령자가 57%였고, 그중 10개 이상 다약제 복용군은 26%였으며, 그중 고령자에게 주의가 필요한 의약품 복용자는 48%였다(그림 3-2-3). 다약제 회진을 통하여 고령자 주의가 필요한 약제의 복용 실태를 파악하고 해당 약제의 문제점을 주치의와 약사에게 설명하고 변경이나 취소를 병동 스태프에게 의뢰한다.

[그림 3-2-3] 다약제 회진 결과



주: 지바대학병원. (2016). 지바대학병원 고령자 의료센터 조사 결과. 2017년도 국외 출장에서 기관 방문 시 수집한 지바대학병원 내부자료를 번역하여 정리하였음.

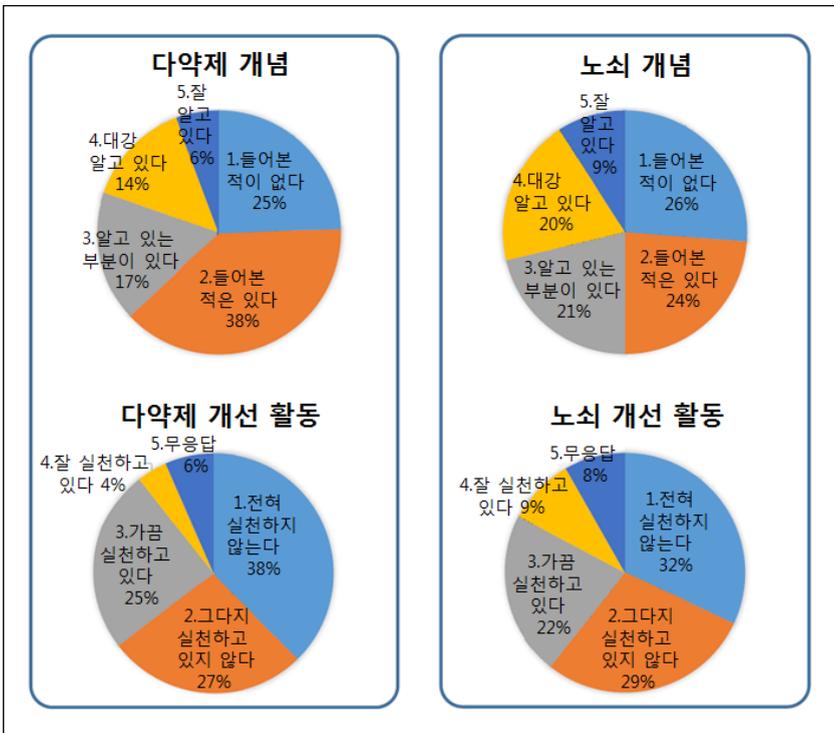
일본의 일개 대학병원 고령자 의료센터에서 고령자의 안전한 약물요법 가이드라인에 따라 다약제 회진을 실시한 결과 내과계(29.2%)보다 외과계 진료과(70.8%)에서 2.4배 이상 고령자에게 주의가 필요한 의약품을 처방하는 것으로 나타났다. 가장 많이 처방된 비권장 약제는 벤조디아제핀계 약물이었으며 해당 약물은 고령자의 낙상 위험을 높여서 위험군 고령 환자에게 권장하지 않고 있다. 이 외에도 인지 기능 저하의 위험을 높이는 비벤조디아제핀계 약물의 사용, 신장 기능 장애 위험을 높이는 H2차 단제의 사용 등의 처방은 가이드라인에 따라 주의를 요하는 약물로 지정되어 있다. 진료과별로 볼 때 부인과, 심장혈관외과, 호흡기외과, 정형외과, 소화기내과 순으로 주의를 요하는 약제 처방이 많은 것으로 나타났다.

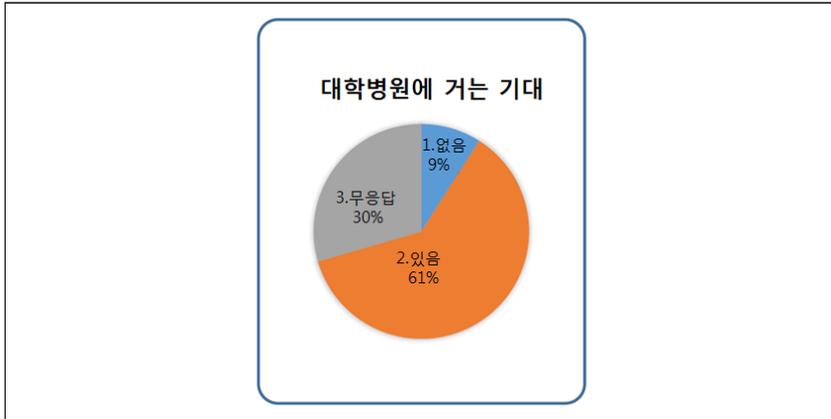
의료센터는 다약제 회진 활동에 대한 조사를 실시하였는데, 다약제 회진 보고서와 다직종 팀과의 의견 교환에 대하여 5단계(매우 참고가 됨, 약간 참고가 됨, 보통, 그다지 참고가 되지 않음, 전혀 참고가 되지 않음)로 답하도록 설문하였다. 그 결과 부인과, 비뇨기과, 간담췌과 병동에서 매

우 참고가 되었다고 평가하였으며 정형외과, 이비인후과, 심장혈관외과, 호흡기외과에서 약간 참고가 된다는 긍정적인 평가를 하였다. 추가로 지바대학 의학부 부속 병원들의 전 의료진을 대상으로 다약제 개념과 해결을 위한 활동들에 대한 설문 조사를 실시하였다.

다약제(polypharmacy)에 대하여 부분적으로라도 알고 있다고 응답한 경우가 37%이며 한 번도 들어본 적 없다는 응답이 25%였다. 다약제 개선을 위한 실천 활동을 하고 있는 경우는 29%로 저조하였다(그림 3-2-4).

[그림 3-2-4] 다약제와 노쇠 인지도 조사 결과





주: 지바대학병원. (2017). 제10회 지바대학 의학부 부속 병원 직원 인식 조사 결과. 2017년도 국외 출장에서 기관 방문 시 수집한 지바대학병원 내부자료를 번역하여 정리하였음.

2) 노쇠 회진(Frail round)

고령자 의료센터의 노쇠 회진 잠정 대상은 65세 이상의 입원 환자로 정신과, 소아과, 소아외과, 산부인과 입원 환자는 제외한다. 물리치료사는 회진 전 스크리닝으로 ADL 저하군이지만 재활이 도입되지 않는 환자를 노쇠 회진 대상자로 리스트를 작성한다. 노쇠 회진의 목적은 간병이나 간호 지원 상태에 빠지기 직전의 고위험 군에 대하여 조기에 발견하고 개입함으로써 환자의 상태를 개선하고 간병 서비스 발생을 지연시키는 데 있다.

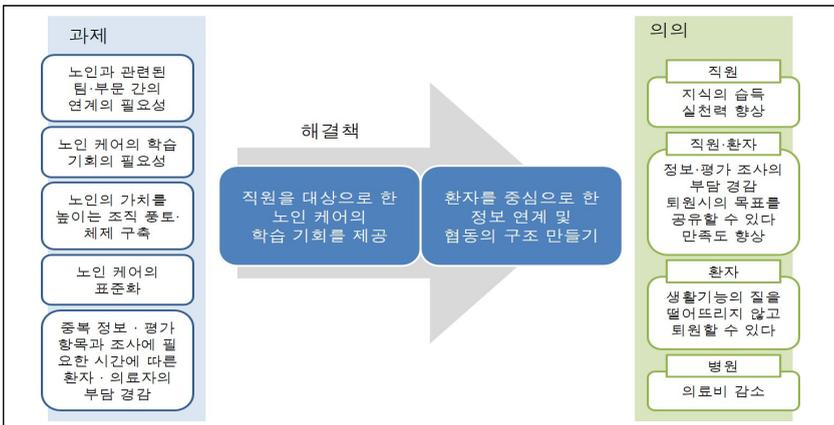
노쇠 회진의 결과 재활 도입 권장률은 진료과에 따라 큰 차이가 났다. 재활을 받고 있지 않지만 재활이 필요한 대상으로 판단되는 환자는 비뇨기과, 순환기내과, 이비인후과, 호흡기내과 순으로 높았다. 특히 비뇨기과의 경우 재활 미도입자 15명 중에서 노쇠 회진 결과 재활이 필요하다고 진단된 환자가 13명이었다. 노쇠 개선을 위한 활동의 일환으로 지바대학 의학부 부속 병원들의 전 의료진을 대상으로 노쇠 인식도 설문 조사를 실시하였다. 노쇠에 대하여 부분적으로라도 알고 있다고 응답한 경우가

51%이며, 한 번도 들어본 적 없다는 응답이 26%였다. 노쇠 개선을 위한 실천 활동을 하고 있는 경우는 31%로 저조하였다. 특히, 응답자의 61%는 다약제와 노쇠 개선에 관하여 대학병원에 기대하고 있는 것으로 나타났다(그림 3-2-4).

3) 환자 가치 향상 프로젝트

고령자 의료센터는 직원과 환자에 대한 공통적 가치 공유와 협력을 위해 별도의 프로젝트를 운영하고 있다. 이 프로젝트는 노인 환자와 관련한 병원 내 각 부문 간의 연계 필요성, 노인 환자 별도 관리의 필요성, 노인 환자의 존엄성 확보를 위한 조직문화의 개선, 노인 환자 진료의 표준화를 위한 방안을 모색하고 있다. 환자와 의료진이 함께 참여하는 프로젝트는 상호 간의 이해를 돕고 환자의 진료 협조를 높여 궁극적으로 환자의 진료 만족도를 향상시키고자 한다(그림 3-2-5).

[그림 3-2-5] 지바대학교 병원의 노인 환자 대상 프로젝트 의의



주: Kuboda Yoko. (2017). 지바대학교 병원의 노인의 가치 향상 프로젝트. 2017년도 국외 출장에서 기관 방문 시 수집하고, Kuboda Yoko가 강의한 지바대학병원 내부자료를 번역하여 정리하였음.

프로젝트는 목표 달성을 위해 크게 두 가지 실천 활동을 하고 있다. 첫째, 병원 내 노인 환자를 만나 이야기를 나누거나 진료를 하는 등의 활동을 동영상으로 제작하고 이것을 직원 연수 자료로 활용한다. 노인 환자 대상 돌봄의 효과, 노인 환자 진료의 목표 등에 대한 방향성을 공유하는 것이 직원 교육의 목적이다. 특히 시청각 자료는 고령 환자 입원 후 진료나 검사 등을 통해 나타나는 섬망에 초점을 맞추고 있다. 노인 환자의 거동 및 생활 습관, 활동 모습을 시청한 이후 환자에 대한 간호와 응대 방향 등을 토론하고 다 직종 직원들이 함께 결과를 도출한다.

둘째, 다양한 직종이 함께 고령 환자 대상의 평가 사항을 검토하고 필요한 항목을 추가 및 수정하여 노인 환자 지원에 대한 표준관리지침을 제작한다. 고령자 의료센터가 별도로 노인 환자에 대한 ‘지원 표준관리지침’을 제작하는 이유는 퇴원 시 환자에게 필요한 지원 사항과 돌봄 문제를 명확히 파악하여 이를 바탕으로 표준 간호 계획 및 환자에 대한 간호 등의 필요성을 안내하기 위함이다. 이 지침은 우선 입원 시 일상생활 자립도, 섬망 평가, 욕창, 배변 등의 위생 문제까지 전반적인 평가를 진행한 후 퇴원 전에 재평가하여 결과를 수치화하고 개선 내용을 확인하는 것을 포함하고 있다. 이것을 통해 환자가 생활 기능을 그대로 유지하여 퇴원함으로써 개호 및 요양을 위한 추가적인 의료비를 감소시키는 것을 궁극적인 목표로 하고 있다.

〈표 3-2-1〉 지바대학교 병원의 노인 환자 대상 주요 평가 항목

구분	주요항목
입원 시 평가 항목	<ul style="list-style-type: none"> - 노인포괄평가(Comprehensive Geriatric Assessment, 이하 CGA) - 노인 환자 영양 평가(Patient-Generated Subjective Global Assessment, 이하 PG-SGA) - 섬망 평가 도구(Confusion Assessment Method for ICU(CAM-ICU)) - 욕창, 배변 등의 위생 문제 - 퇴원 지원 필요도 사전 판정
퇴원 시 평가 항목	<ul style="list-style-type: none"> - 입원 시 평가 항목 - 섬망 발생률 - 신체 구속 실시율 - 전체 입원 일수 등

주: Kuboda Yoko. (2017). 지바대학교 병원의 노인의 가치 향상 프로젝트. 2017년도 국외 출장에 서 기관 방문 시 수집한 지바대학병원 내부자료를 번역하여 정리하였음.

환자는 입원 시 포괄평가를 받고 퇴원할 때에도 ‘지원 표준관리지침’의 평가 항목에 따라 퇴원 요약서를 작성한다(표 3-2-1). 입원 시 평가와 환자의 상태를 고려한 적정 관리가 이루어졌는가를 살펴보는 것이 퇴원 평가의 목표 중에 하나이다. 특히 환자에 대한 상담 건수 증가, 환자의 불편 사항 내용과 횟수에 따른 병원 내의 문제도 함께 파악하여 병원 내 직원의 업무 부담과 적정성 등도 함께 파악하고 있다(표 3-2-2).

〈표 3-2-2〉 지바대학교 병원의 노인 환자 대상 결과 평가 항목

구분	주요항목
결과 평가 항목 (의학적 항목)	<ul style="list-style-type: none"> - 퇴원 시 노인포괄평가(Comprehensive Geriatric Assessment, 이하 CGA) - 섬망 발생률 - 신체 구속 실시율 - 오염성 폐렴 발생률 - 지속 간호 서비스 실시 기준 평가 점수
결과 평가 항목 (행정적 항목)	<ul style="list-style-type: none"> - 환자의 만족도 변화 - 각 부서나 팀의 노인 상담 관련 증가 빈도 - ‘환자의 목소리(불만 접수)’ 내용 및 건수 변화 - 정보 청취 및 평가 등의 시간 변화

주: Kuboda Yoko. (2017). 지바대학교 병원의 노인의 가치 향상 프로젝트. 2017년도 국외 출장에 서 기관 방문 시 수집한 지바대학병원 내부자료를 번역하여 정리하였음.

이 프로젝트의 목표는 예방표준관리지침의 적용을 통해 퇴원 후에 적정 수준의 삶의 질을 가지고 건강을 유지할 수 있는 행동을 하도록 유도하는 것이다. 이러한 목표는 병원 내 직종 간 협력 및 논의를 통해 이루어지며 궁극적으로 병원이 노인 친화적인 환경이 될 때 이루어질 수 있다.

라. 고령자 의료센터 향후 전망

고령자 의료센터는 노인의 특수한 문제에 대하여 다직종 팀에서 환자를 종합적으로 평가하여 적절한 개입이 이루어지도록 포괄적 평가보고서를 작성하고 있다. 입원 환자를 대상으로 다약제와 노쇠 회진을 실시하여 주치의가 적절하게 약제 처방을 조정하고 필요시 재활치료를 조기 도입하도록 하고 있다. 이 외에도 일본국제협력기구(JICA: Japan International Cooperation Agency)의 노인 보건의료 관련 사업에 협조하고 있으며, 대학 및 대학원생 대상 노인의료 교육을 하고 있다. 또한 연구 부문에서 국립 장수 의료 연구센터의 ‘치매 발병 예방 오렌지 레지스트리’의 분담 연구를 진행하고 있으며, 입원 노인 환자의 다약제 현황 및 특징 연구도 진행 중이다.

향후 다약제 문제 개선을 위한 실천 활동을 외래로 확대하고 노인 환자의 입원 일수 단축과 ADL 유지·향상을 위한 임상 활동을 계획하고 있다. 연구 부문에서 새로운 노년 의학의 근거를 창출하고 타 학부와의 제휴로 ‘말기의료(End-of-life care)학’을 구축할 계획이다. 궁극적으로 선진적인 노인의료 모델을 개발하여 확산시킬 포부로 활동하고 있다.

제3절 소결

1. 캐나다의 노인 친화적 보건의료 서비스 요약 및 시사점

캐나다는 1966년부터 전 국민의 의료보장을 실시하고 있다. 2015년 65세 이상 노인 인구 비중은 16.14%이며 세계 10위권 GDP 규모에서 의료비 비중은 2014년 기준 GDP의 10.4%이다. 공공 의료비 지출은 70%이며 민간 보험 15%, 개인 부담(Out-of-Pocket)이 15%이다. 각 주 정부의 보험자는 공공 병원에 총액 예산을 지불하며, 의사들은 행위별로 수가를 지급받는다. 온타리오 주는 의사연봉제, 인두제, 행위별 수가제의 혼합모델을 시험 중이다.

노인 인구가 증가하면서 의료기관 이용이 늘어나는 것과 더불어, 전통적인 병원 서비스가 노인 환자의 특성에 맞지 않아 발생하는 진료의 비효율성을 개선해야 한다는 요구가 증가하였다. 이에 캐나다는 병원 기반의 노인 친화적 포괄 진료 체계 모델을 구축하게 되었다.

캐나다에서 가장 폭넓은 노인 친화적 병원 네트워크(총 155개 병원 중에서 87개 병원)와 노인 친화 병원 프로젝트(2017년 상반기 기준 90개)를 진행 중인 온타리오 주의 노인 친화적 병원 서비스 사례를 고찰하고 시사점을 도출하였다.

온타리오 주의 노인 친화적 병원은 조직적 지원, 진료과정, 내적 환경, 진료 및 연구 윤리, 외적 환경의 총 5개 부문의 프레임워크에 따라 움직인다. 도입 초기 병원 내에 5개 부문별 위원회가 있어 대등한 협력 관계를 갖고 서비스를 제공하고자 하였으나 협의와 조정이 쉽지 않았던 시행착오를 거쳐 현재는 진료과정 위원회를 중심으로 다른 4개 분과 위원회들이 함께 서비스를 개선하는 방향으로 바뀌었다. 진료과정 부분에서 노인

친화적 서비스 제공을 위하여 노쇠한 노인 환자의 생리학적, 병리학적, 사회학적 이해를 바탕으로 근거 기반 사례 적용을 원칙으로 하고 있다.

온타리오 주는 각 프레임워크에 맞춰 2011년부터 2017년까지 노인 친화 병원을 구축하기 위한 단계적 실천 전략을 수립하고 있다. 2011~2014년 1차 시기에 지역의 다양한 의료기관 및 서비스와의 통합 진료 체계를 검토, 노인 친화 병원을 위한 최우선 순위를 도출하고, 도출된 우선순위 분야에 대한 모듈과 지표를 개발하였다. 이어진 2014~2017년 2차 시기에서 개발된 서비스와 프로그램의 진행을 검토하는 환경 평가, 병원의 역량 강화의 단계를 거친 후 모니터링과 평가로 마무리할 예정이다.

고령 친화적 병원 서비스 개발에서 주축이 되는 진료과정과 관련한 우선순위는 환자의 기능 저하 대응, 섬망 예방, 전원에 따른 진료의 연속성이었다. 이에 따라 노인 친화적 진료의 질 향상을 위한 프로그램들이 2차 시기인 현재 시행 중이다. 실천 활동을 부문별로 나누면 섬망 관리(39%), 운동(30%), 기타(26%), 반응 행동(5%) 관련 순이다. 구체적으로 병원의 입원 이후 기능 저하를 예방하기 위하여 병원 내 각 부서 전반에서 모든 의료진이 환자를 움직이도록 조기 개입하고, 응급 상황 발생 시 대처를 지침으로 마련하여 실시 중이다. 섬망의 예방을 위하여 조기에 이를 식별하고 대처할 수 있도록 병원 내 모든 의료진이 섬망 검사 방법, 예방 및 관리 지침을 숙지하게 하였다. 전원에 따른 진료의 연속성은 병원에서 퇴원한 이후 지역사회 전원 시 지역의 의료기관과 조직적 차원의 협력 증진을 위하여 파트너십을 개발하고 있다.

온타리오주 병원에서 실시 중인 노인 친화적 서비스의 시사점은 프로그램을 시행하기 이전 3년에 걸쳐 실제 고령 환자를 대상으로 병원 이용과 관련한 문제점을 파악하고, 이를 우선순위 영역으로 개발하였다는 것

이다. 급성기 병원을 이용하는 노인의 주 상병은 치료가 되었지만, 노인들은 이후 섬망을 겪었고, 여러 기능들이 감퇴하여, 퇴원 이후 오히려 삶의 질은 떨어지고 있었다는 것이 드러났다. 이러한 진단을 근거로 실천 계획들이 제시되고, 실행 중이다.

또 다른 중요한 시사점은 지속적으로 모니터링하고 평가한 것이 환류(feedback)되어 적용되는 것이다. 애초의 계획이 환류에 의하여 개선된 예로 프레임워크의 작동이 있다. 처음에는 조직적 지원, 진료과정 개선, 내적 환경의 변화, 진료와 연구 윤리, 외적 환경의 개선을 담당할 팀이 대등하게 구성되고 운영되었으나, 구심점이 없어서 조정과 협력을 도출하기 어렵다는 것을 인식하고 진료과정위원회를 중심으로 도출된 우선순위에 대하여 나머지 4개의 위원회가 함께 협력하는 것으로 변경한 것이 그 사례이다. 뿐만 아니라, 초기에 개발된 섬망의 스크리닝 방법이 노인 케어에 전문성이 있는 의료진이 이해할 수 있는 수준으로 개발되었다가 병원의 전 의료진이 이를 활용하기에 문제점이 있는 것을 파악한 후 섬망을 식별하는 방법을 간단한 질문을 환자에게 던지고, 환자가 반응하는 것을 체크하는 식으로 바꾸어 보다 간단하게 도구를 변경한 것이다. 정리하자면 병원을 이용한 노인 환자의 현상을 파악하고 이에 대응하는 실천 계획을 시행하였으며, 지속적인 모니터링과 평가를 통하여 기존의 계획을 개선하여 시행 중이라는 것이다.

2. 일본의 노인 친화적 보건의료 서비스 요약 및 시사점

일본의 65세 이상 노인 인구는 27%(2016년 기준)로 이미 초고령사회에 진입했다. 인구의 4분의 1 이상이 노인 인구이고, 75세 이상 후기 고령자도 인구의 8분의 1을 차지한다. 이러한 인구 구조 변화로 인하여 병

원은 이미 인지 기능과 신체 기능이 저하된 환자에 대한 새로운 서비스와 대응전략이 필요하다고 인식하게 되었다. 뿐만 아니라 다약제 처방 고령 환자가 증가함에 따라 투약의 중복 혹은 약물 상호 작용으로 인한 문제들이 증가하였고, 환자의 복약 순응도는 감소하였다. 선술한 문제에 기인하여 일본의 급성기 병원은 고령의 환자에 대하여 주 질환 진료에 차질을 겪게 되고, 환자들의 재원 일수가 증가하게 되었다.

이러한 문제에 대응하기 위하여 대학병원을 중심으로 고령 환자의 이해를 높이고 노인 친화적 서비스를 제공할 수 있도록 교육과 실천을 주도하기 위하여 의료기관 내에 고령자 의료센터를 설립하였다. 일본의 지바대학 부속병원 내 고령자 의료센터의 경우 의사인 센터장, 노인병 전문의, 간호사, 약사, 사회복지사, 물리치료사로 구성된 다학제 팀으로 구성되어 있다. 팀의 목표는 병원을 이용하는 고령 환자가 질환에도 불구하고 가능한 최상의 생활 기능 상태를 유지하여 보다 나은 삶을 살도록 하는 것이다.

지바대학 고령자 의료센터의 역할은 노인 환자에 대하여 인지 기능, 일상생활 수행 능력, 노년증후군, 정신 및 사회적 상황, 다질환 병존 치료 상황을 종합적으로 평가한 최종 평가서 작성과 이에 근거한 환자의 진료 계획을 환자의 주치의에게 전달하고 적절한 의료 중재를 제안하는 것이다. 평가를 위해 실시하는 세부 활동인 다약제 회진은 65세 이상의 입원 환자 중에서 약사가 스크리닝하고 회진 대상을 정한다. 그 기준은 10개 이상의 약제 복용과 고령자에게 주의를 요하는 약제 복용이다. 지바대학의 경우 조사 기간 입원 환자 총 463명 중에서 65세 고령자가 57%였으며, 그중 10개 이상 다약제 복용군은 26%였고, 그중 고령자에게 주의가 필요한 의약품 복용자는 48%였다. 회진 결과 발견된 문제점은 주치의와 약사에게 전달되며, 투약의 변경이나 취소를 의뢰한다.

또 다른 활동인 노쇠 회진의 경우 65세 이상의 입원 환자에 대하여 물리치료사가 사전 스크리닝하여 ADL 저하군이지만 재활이 도입되지 않는 환자를 대상으로 한다. 노쇠 회진의 목적은 간병이나 간호 지원 상태에 빠지기 직전의 고위험을 조기에 발견하여 개입함으로써 환자의 기능 상태를 개선하는 것이다. 활동의 일환으로 2016년 지바대학 의학부 부속 병원들의 전 의료진을 대상으로 노쇠 인식도 설문 조사를 실시하였는데, 노쇠에 대하여 부분적으로라도 알고 있다고 응답한 경우가 51%이며 한 번도 들어본 적 없다는 응답이 26%였다. 노쇠 개선을 위한 실천 활동을 하고 있는 경우는 31%로 저조하였다.

고령자 의료센터는 향후 다약제 문제 개선을 위한 실천 활동을 외래로 확대하는 한편 센터의 역할을 평가에 제한하지 않고 노인 환자의 입원 일수 단축과 환자의 기능을 유지하고 향상시키기 위한 임상 증재 활동으로 늘려 갈 계획이다.

일본의 노인 친화적 서비스의 시사점은 모든 노인 환자를 대상으로 포괄평가를 실시하는 것이 아니라, 센터로 의뢰된 환자를 초진 평가하고 추가 평가를 진행하거나, 회진 대상을 약사와 물리치료사가 각각 1차 스크리닝하고 난 후 회진을 하여, 효율적으로 업무량을 통제하고 있다는 점이다. 이렇게 선별된 종합 평가 대상자의 경우 병원 내 여러 부서(치매질환 의료센터, 재활부, 임상영양부 등)의 전문의 평가 의견을 취합하여 고도로 전문적이고 포괄적인 평가보고서를 받게 된다. 최종 평가서의 항목이 환자의 인지 기능, 일상생활 능력, 노년증후군, 다질환 병존 치료 상황 등 의료적인 부분뿐만 아니라 정신 및 사회적 상황에 대한 평가까지 이루어진다.

노쇠 혹은 다약제의 회진 결과와 종합 평가 내용이 각 진료과와 주치의에게 전달되어도 강제성이 없어 활동의 효과성이 담보되지 않는지만, 진

료과별 전문의 업무 영역은 존중되고 있다. 추가적으로 센터의 전문적인 활동에 대한 협조를 유도하기 위하여 병원 의료진을 대상으로 지속적으로 다양한 피드백을 받고 있는 점이다. 센터는 종합평가서에 대한 피드백을 설문 형식으로 받고 있으며, 노쇠, 다약제 등 센터의 활동에 대한 인식 조사를 하였다.

제 3 장

급성기 의료기관
노인 고관절 골절 환자 시범
사업

제1절 서론

제2절 시범 사업 계획

제3절 시범 사업 결과

제4절 소결

3

급성기 의료기관 << 노인 고관절 골절 환자 시범 사업

제1절 서론

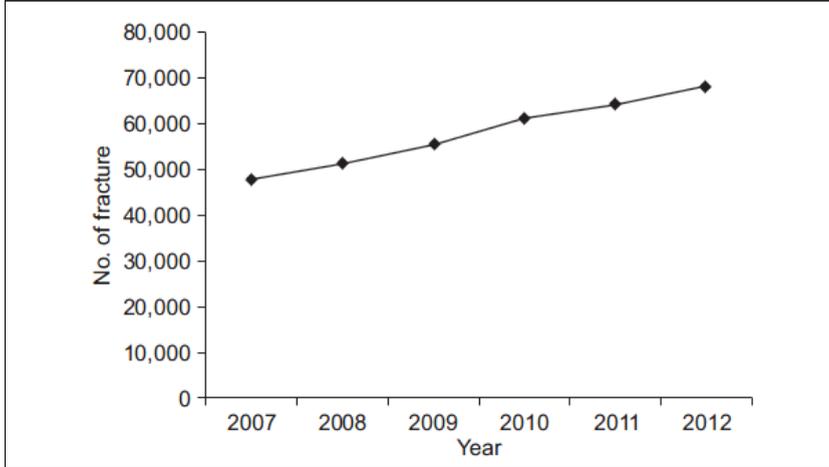
1. 시범 사업의 배경

가. 노인 고관절 골절 환자의 증가

의료기술의 발달과 생활수준의 향상으로 평균수명이 연장됨에 따라 노인 인구가 빠른 속도로 증가하고 있다. 우리나라는 2014년 기준 65세 이상 노인 인구 비율이 12.7%로 매년 증가하는 추세이며, 2030년에는 24.3%까지 증가하여 초고령 사회로 진행될 것으로 전망되고 있다(박은영, 최혜란, 2016, p. 193).

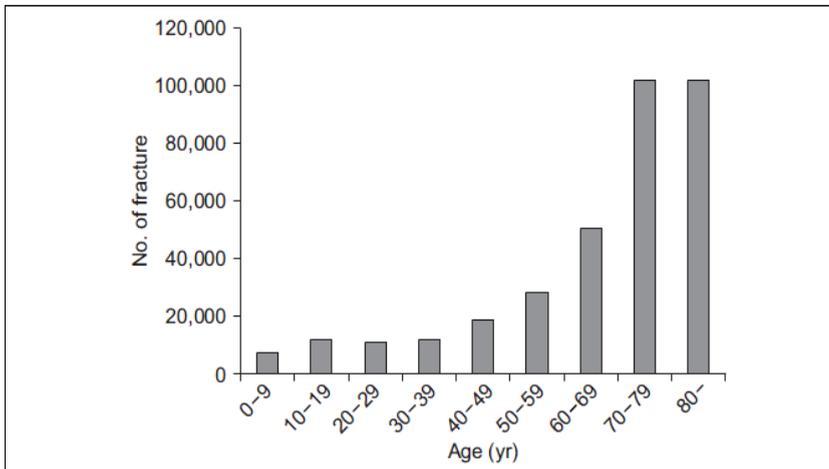
노년층에서 자주 발생하는 고관절 골절은 고령화 사회가 진행됨에 따라 평균수명의 연장과 노년층의 사회생활 증가로 인하여 매년 증가하는 추세로 전 세계적으로 고관절 골절은 2050년에 약 6300만 명까지 발생할 것으로 예상하고 있다(Gullberg, Johnell, & Kani 1997, p. 407). 우리나라의 고관절 골절 발생은 2007년 4만 7760명에서 2012년 6만 8023명으로 매년 증가하고 있고(그림 3-3-1), 65세 이상 연령의 고관절 수술은 2006년에서 2011년까지 1.4배가량 증가하는 경향을 보이고 있다(최의성 등, 2016, p. 447). 국민건강보험공단 데이터베이스를 통해서 확인한 결과는 다음과 같다.

[그림 3-3-1] 2007-2012년 고관절 골절로 치료를 받은 환자 수



자료: 최의성, 손현철, 김용민, 김동수, 박경수, 임채욱 등. (2016). 한국에서의 고관절 골절 빈도는 여전히 증가 추세인가?: 건강보험 데이터 베이스를 이용한 역학 연구. 대한정형외과학회지, 51, p. 449.

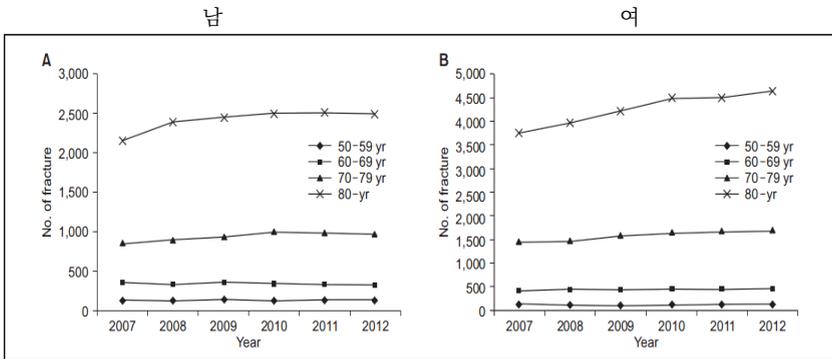
[그림 3-3-2] 2007-2012년 고관절 골절로 치료를 받은 연령대별 환자 수



자료: 최의성, 손현철, 김용민, 김동수, 박경수, 임채욱 등. (2016). 한국에서의 고관절 골절 빈도는 여전히 증가 추세인가?: 건강보험 데이터 베이스를 이용한 역학 연구. 대한정형외과학회지, 51, p. 449.

위의 도표에서 볼 수 있는 것처럼 고관절 골절은 모든 연령에서 발생할 수 있으나 특히 70대 이상의 노인에서 이환율이 높다(그림 3-3-2). 이는 노화가 진행될수록 골다공증의 유병률이 높고, 하지근력과 감각 기능의 저하, 민첩성 및 균형 감각 약화와 같은 노인의 신체 특성으로 인한 낙상 사고 발생 확률이 젊은 연령군에 비해 높기 때문이다(김이석, 2016, p. 632). 최근 우리나라 고관절 골절 대상자 7만 240명 중 74.0%는 65세 이상 노인이었으며, 특히 70~74세 노인이 9271명으로 다른 연령군에 비해 가장 높은 비중을 차지하였다. 특히 2007년부터 2012년까지의 보험공단 데이터를 분석한 결과 고관절 골절의 전체적인 발생률이 증가하고 있는 것으로 나타나 이에 대한 관리가 시급한 상황이다(최의성 등, 2016, p. 451, 그림 3-3-3).

[그림 3-3-3] 2007년부터 2012년까지 노인 고관절 골절 환자의 연령대별 변화 추세



주: 2007년부터 2012년까지 국민건강보험공단 데이터베이스를 분석한 결과.

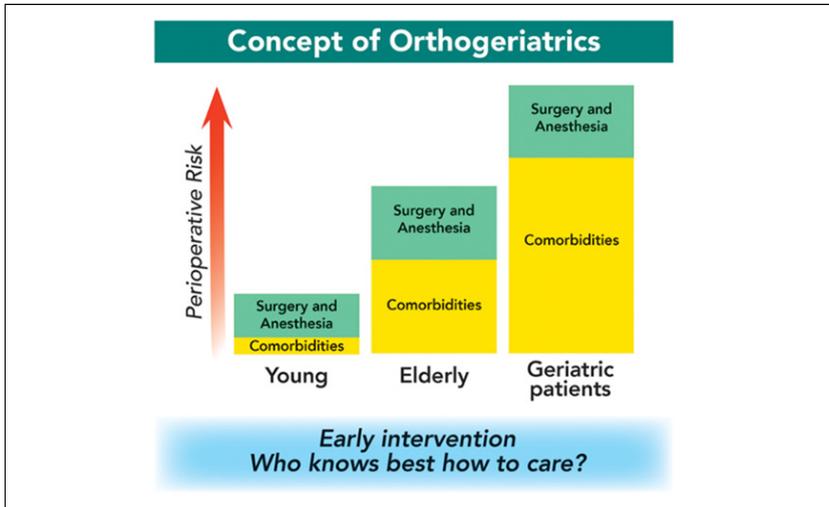
자료: 최의성, 손현철, 김용민, 김동수, 박경수, 임채욱 등. (2016). 한국에서의 고관절 골절 빈도는 여전히 증가 추세인가?: 건강보험 데이터 베이스를 이용한 역학 연구. 대한정형외과학회지, 51, p. 450.

2. 골절 환자에 대한 이론적 배경

가. 노인 고관절 골절 환자의 특징

고령에서 발생한 고관절 골절은 골절 자체로 인해 거동하지 못해 발생하는 폐렴이나 욕창, 혈전증 등의 문제와 함께 심혈관계 혹은 호흡기계 질환 등의 내과적 기저 질환을 동반하는 경우가 많아 수술 후에도 합병증 발생률이 높다. 즉 노인일수록, 노쇠한 사람일수록 정작 수술과 관련된 문제 보다는 동반된 다른 질환들로 인한 위험성이 훨씬 커진다(그림 3-3-4).

[그림 3-3-4] 노인의 수술 전후 위험 요인



주: 노란색으로 표시된 comorbidities는 골절 외의 기타 동반 질환을 의미. 젊은 사람에 비해 노인에게서 골절이 발생할 경우 수술 전후의 위험도는 골절 자체보다 기존에 가지고 있던 동반 질환의 영향을 많이 받게 됨.

자료: Boddaert, J., Raux, M., Khiami, F., & Riou, B. (2014). Perioperative management of elderly patients with hip fracture. The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 121(6), p. 1339.

고령에서 발생한 고관절 골절의 수술 후 합병증은 수술 부위의 감염 및 출혈 등의 외과적 합병증과 다양한 내과적 합병증으로 나타난다. 4331명의 고관절 골절 수술 환자를 대상으로 한 연구에서의 합병증 발생률은 폐렴, 요로감염, 패혈증, 수술부위를 포함한 감염 11.5%, 출혈, 폐색전증, 혈전색전증 등의 혈액학적 합병증 14.8%, 인공호흡기 치료를 포함한 호흡기계 합병증 2.0%, 신장계 합병증 0.8%, 심폐소생술, 급성 심근경색증 등의 심혈관계 합병증 2.3%, 뇌졸중, 말초신경손상 등의 신경학적 합병증 0.7%, 재수술률 2.9%이다(Pugely, Martine, Gao, Klocke, Callagna, & Marsh, 2014, p. 64).

나. 노인 고관절 골절 환자의 관리 방법

고령에서 발생한 고관절 골절의 수술 후 합병증을 다학제 간 협진을 적용하기 전후로 비교한 결과 다학제 간 협진시 수술 후 합병증이 33.0%에서 20.0%로 감소하였다. 고관절 골절 수술 후 발생하는 합병증은 뇌졸중, 섬망, 급성심부전, 급성심근경색, 폐렴, 요정체, 요로감염, 위장관계 출혈 등이었다. 이 중에 특히 섬망과 폐렴, 요로감염의 합병증이 감소되는 결과를 보였다(Pedersen et. al, 2008, p. 1832).

이와 같은 연구를 바탕으로 국외에서는 고령의 고관절 골절 환자를 치료할 때 노인의 특성을 이해하고 전문적인 지식을 갖춘 노년내과와 정형외과, 마취과 및 재활의학팀, 영양팀 등의 다학제 간 팀 접근 치료를 제공하며, 다학제 간 협진의 효과에 대한 연구들이 활발히 진행되고 있다. 다학제 간 협진은 합병증 발생, 재원 일수, 재입원율, 수술 후 사망률의 감소 등 수술 후 임상 결과에 긍정적인 영향을 미치고 있다.

그러나 국내에서는 이러한 다학제 간 협진에 대한 사례가 드물다. 국내

선행 연구에서 고관절 골절 환자 991명 중 874명(88.2%)은 정형외과에 입원하여 수술적 치료를 받았고, 117명(11.8%)은 비수술적 치료를 받은 것으로 나타났다(최의성 등, 2012, p. 152). 이에 노년내과와 정형외과의 협진을 통해 고관절 골절 노인 환자의 수술 후 퇴원 장소와 합병증 발생 빈도 등의 임상 양상을 비교하고 고관절 골절 수술 후 합병증 발생에 영향을 주는 요인을 규명할 수 있는 고관절 골절 노인 환자들의 수술 전 중재 프로그램 및 임상 경로 (Clinical pathway - CP) 개발을 기획하였다.

다. 고관절 골절 환자의 수술 전 평가

수술 전 평가는 효율적 치료 계획 및 수술, 마취 관련 합병증을 최소화하기 위한 환자 관리에서 중요한 부분을 차지한다. 노인 수술 전 평가의 목적은 환자 상태를 적절히 평가하고 교정하여 마취나 수술과 같은 스트레스 상황 후에 수술 전 상태에 비해 기능적 감소 없이 신속하게 회복하여 독립적인 삶을 지속할 수 있도록 하는 데 도움을 주는 것이다. 노화가 장기 계통에 미치는 영향은 개인에 따라 다르며, 노화로 인한 생리적 변화와 병적 변화를 구분하여 평가하여야 한다. 노인 수술 환자는 여러 장기에 걸쳐 다양한 기저 질환을 동반하는 경우가 많으므로 평가를 위해서는 마취의, 외과의뿐만 아니라, 순환기, 호흡기, 내분비내과, 신경과, 영양사, 물리치료사와 같은 여러 분야의 협의 진료가 필요할 수 있다. 평가는 병력 청취, 신체 검진, 검사실 검사와 동반 질환 평가와 같은 전통적인 수술 전 평가뿐만 아니라, 영양 상태 및 신체 기능 상태, 신경 인지 능력, 의사결정 능력을 포함하는 노인포괄평가가 추천되며 이를 통하여 수술 후 합병증과 사망률을 감소시키기 위한 예방과 치료 계획이 수립되어야 한다.

수술 전 검사의 가이드라인은 국가, 기관에 따라 조금씩 다르지만, 공통적으로 연령 자체만으로는 광범위한 수술 전 선별 혹은 진단검사 진행을 정당화하지 않는다. 수술 전 검사는 환자에 따라 선택적으로 시행되어야 하며, 환자의 진료 기록, 환자 면담을 통한 과거 병력과 현재 동반 질환, 신체 검진, 예정된 수술 종류와 침습도에 따라 진행되어야 한다. 예외적으로 모든 노인 환자에서 추천되는 선별 검사로는 혈색소, 신기능검사 (blood urea nitrogen, creatinine), 알부민 검사가 있으며, 수술 4개월 이전에 시행된 정상 검사 소견도 안전하게 사용될 수 있다. [그림 3-3-5]는 국내에서 개발된 대퇴골 골절 환자 수술 전 위험도 평가 도구이다.

[그림 3-3-5] 대퇴골 골절 환자에게 사용되는 수술 전 위험도 평가 도구

Item	Score		
	0	1	2
Sex	Female	Male	NA
Charlson Comorbidity Index	0	1-2	>2
Albumin, g/dL	>3.9	3.5-3.9	<3.5
Koval grade	1	2-6	7
Dementia (MMSE-KC)	Normal	Mild cognitive impairment	Dementia
Risk of falling*	Yes	No	NA
MNA	Normal	Risk of Malnutrition	Malnutrition
Midarm circumference, cm	>27	24.6-27.0	<24.6
Total score: 14, Cut-off values identifying high risk: >8			

주: 국내 한 대학병원에서 개발한 위험도 평가 도구.

자료: Choi J.Y., Cho, K.J., Kim, S.W., Yoon, S.J., Kang, M.G., Kim, K.I., et al.(2017). Prediction of Mortality and Postoperative Complications using the Hip Multi dimensional Frailty Score in Elderly Patients with Hip Fracture. Scientific Report. p. 4.

노인 골절 환자에서는 동반 질환, 쇠약함, 인지 기능 저하, 섭망, 영양 실조, 알코올 의존, 다제 약물 복용은 수술 후 이환율 또는 사망률 증가와 관련된다. 노인 수술 환자에서 검사 위주의 수술 전 평가보다 검사실 검

사에 기능과 상태에 대한 평가를 더한 포괄평가가 교정 가능한 위험 요소를 제거하고 보다 정확한 예후를 예측할 수 있게 하여, 수술 후 치료 결과와 삶의 질 향상에 기여할 것으로 예상된다.

그러나 노인 고관절 골절 환자의 경우 현재 국내의 법적, 제도적 의료 여건에서 노인 수술 전 평가에서 어느 검사 항목을 필수적으로 시행할지 조차도 분명하지 않은 상태이다. 따라서, 향후 국내 고관절 골절 노인 환자를 대상으로 수술 전 검사 항목이나 노인포괄평가 영역이 환자의 치료 및 예후에 미치는 영향을 분석한 연구가 필요해 보이며, 이를 바탕으로 환자의 치료 결과를 향상시키면서, 불필요한 검사를 줄일 기준을 제시할 수 있는 노인 환자의 수술 전 포괄평가 지침을 만드는 것이 필요할 것이다. 이에 따라 본 연구에서는 노인 골절 환자에 적합한 수술 전 평가 도구를 개발하여 CP에 적용하고자 아래 그림과 같이 평가 요소별 기존의 도구를 조합하여 노인포괄기능 평가를 실시하였다(표 3-3-1).

〈표 3-3-1〉 대퇴골 골절 환자에게 사용할 노인포괄기능평가 도구

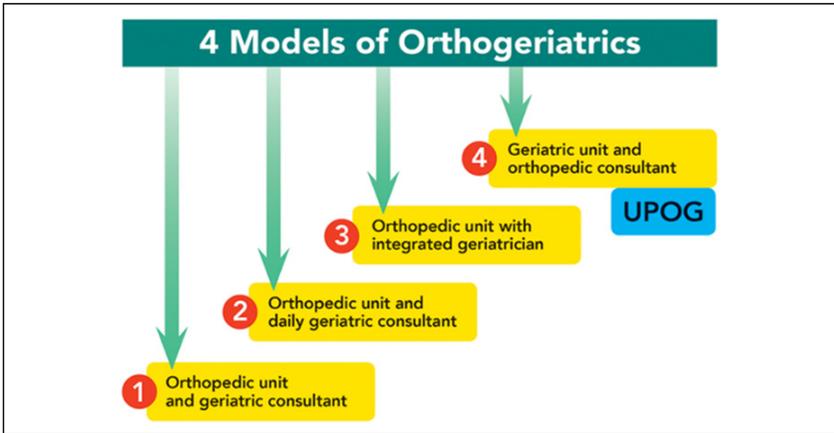
평가 요소	도구(Instruments)	항목 개수
노쇠 평가	K-FRAIL (간소화된 한국형 노쇠 평가 도구)	5
포괄적 노인 평가 기본 항목	신장, 체중, BMI, 상완/종아리 둘레, TUG(Timed up & go) 검사, Grip strength, 과거력, 약물, 건강 상태, 운동, 흡연, 음주, 체중 변화, 골절, 낙상 경험	15
영양 평가	Mini Nutritional Assessment (한국형 간이 영양 평가)	6
우울 평가	외래 우울증 선별 도구 Geriatric Depression Scale(GDS-K)	22
기능 상태 평가	Kats ADL(Activity of Daily Living) Lawton IADL(Instrumental Activity of Daily Living)	14
신체 활동 평가	International Physical Activity Questionnaire (국제 신체 활동 설문지)	4
인지 기능 평가	Mini Mental Status Exam(간이 정신 상태 검사)	30

주: 세브란스 병원 노년내과에서 2017년 제작함.

3. 급성기 노인 고관절/대퇴골 골절 환자 CP 개발의 필요성

위에서 언급한 것처럼 노인 골절 환자의 비율이 지속적으로 증가하고 있으며 여러 전신적인 동반 질환을 고려할 때 노인 대퇴골/고관절 골절 환자의 수술 전 평가 및 수술, 적절한 수술적 관리가 필수적이다. 미국, 영국 등에서는 노인 골절 환자를 진료하는 주된 진료과인 정형외과와 노년내과의 협력 단계에 따라 아래와 같이 4단계로 나누어 구별하고 있다(그림 3-3-6). 국내에서는 1단계(정형외과 진료 및 노년내과 협진)로 그치는 경우가 대부분인 반면에 영국과 뉴질랜드 등에서는 3단계인 정형외과와 노년내과 진료 동시 시행이 이루어지고 있고 궁극적으로는 노년내과에서 입원치료를 담당하고 정형외과에서 협진으로 수술을 진행하는 것을 권장하고 있다(4단계).

[그림 3-3-6] 노인 골절 환자의 치료 성숙 단계

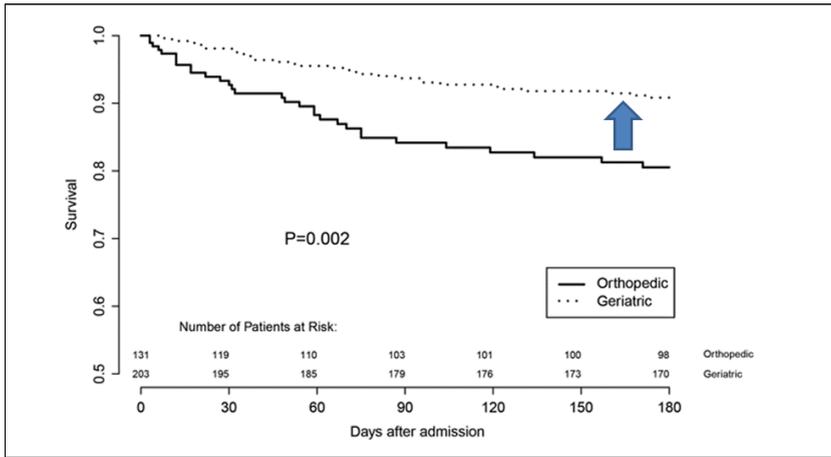


주: Unit for PostOperative Geriatric(UPOG).

자료: Boddaert, J., Raux, M., Khiami, F., & Riou, B. (2014). Perioperative management of elderly patients with hip fracture. The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 121(6), p. 1339.

노년내과에서 진료를 함께 시행하는 경우가 정형외과에서 단독으로 골절 환자를 치료하는 것에 비해 환자의 예후를 좋게 하고 생존율을 높일 수 있기 때문이다(그림 3-3-7).

[그림 3-3-7] 정형외과와 노년내과에서 노인 골절 환자의 치료 생존율 비교

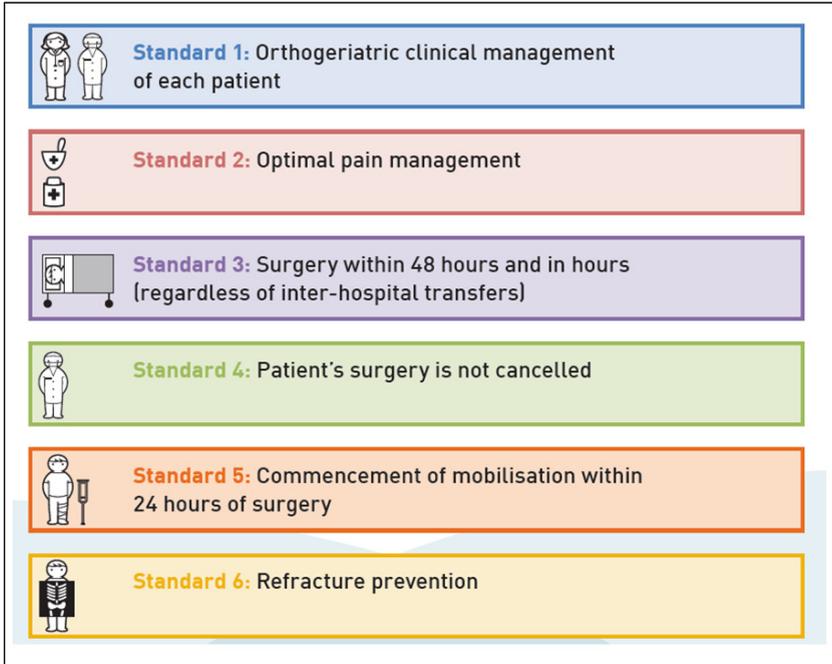


주: 점선-정형외과와 단독 및 노년내과 협의 치료 시 노인 골절 환자의 생존율 비교, 실선-정형외과 단독 치료 시와 노년내과 협의 치료 시 노인 골절 환자의 생존율 비교. Y축은 생존율로 점선으로 표시된 노년내과 진료를 받은 군이 생존율이 더 높음.

자료: Boddaert, J., Raux, M., Khiami, F., & Riou, B. (2014). Perioperative Management of Elderly Patients with Hip Fracture. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 121(6), p. 1339.

이에 영국의 NHS와 호주 뉴사우스웨일즈주 병원 등에서는 노인 골절 환자가 내원하는 경우 노년내과와 정형외과가 함께 하는 임상 경로(CP)를 적용할 것을 권고하고 있으며(그림 3-3-8) 이에 따라 노인 골절 환자에게 제공되는 서비스의 질 관리를 시도하고 있다.

[그림 3-3-8] 노인 대퇴골 골절 환자 CP 개발 예시



주: ACI에서 발간한 Minimum Standards for the Management of Hip Fracture in the Older Person에서 발췌. 총 6가지 항목을 정하여 노인 골절 환자의 임상진료지침을 제시하고 있다.
자료: Agency for Clinical Innovation (ACI). (2017). Minimum Standards for the Management of Hip Fracture in the Older Person, Chatswood:Author. p. 5.

제2절 시범 사업 계획

본 과제는 고령화 시대에 따라 증가하고 있는 노인 골절 환자, 특히 대퇴골 골절 환자에게 양질의 의료 서비스를 제공하기 위해 노인 골절 환자가 방문하는 급성기 의료기관에서 적용할 노인 대퇴골 골절 환자용 CP의 개발을 목표로 한다.

2017년 연구 과제의 목적은 2018년 실제 병원에서 적용 가능한 CP

개발을 위해 시범 사업을 진행하고 이를 통해 본 사업에 필요한 자원 및 적용 가능한 방법을 구체화하는 것이다. 또한 이와 유사한 방식으로 진행된 타 병원의 사례를 검토하여 노년내과와 정형외과의 이상적 협업 방식에 대한 가이드라인을 제시하고자 한다.

1. 시범 사업 목적

노년내과와 정형외과의 협진을 통해 고관절 골절 노인 환자의 수술 후 합병증 발생 빈도와 임상 양상을 비교하고 고관절 골절 수술 후 합병증 발생에 영향을 주는 요인을 규명함으로써 고관절 골절 노인 환자들의 수술 전후 평가 및 수술 전후 관리, 퇴원 프로그램의 기초 자료를 마련하고자 하였다.

〈표 3-3-2〉 시범 사업의 개요

기간	2017년 5월 1일 - 2017년 7월 31일
대상	고관절 골절로 응급실에 내원한 65세 이상 노인 환자 중 3개 이상의 동반 질환을 가진 환자(심장, 신장, 호흡기, 감염 등)
수술 방법	스크류를 이용한 Open fixation 술식
제외 대상	노년내과에서 수술 전 평가를 시행하지 않았거나 응급실이 아닌 외래를 통해 입원하여 수술을 받은 환자
최종 사업 대상	상기 기간 동안 세브란스 병원에 내원하여 open fixation 수술을 받은 42명의 환자들 중 제외 대상인 11명을 제외하고 31명을 대상으로 함.
연구 방법	<ul style="list-style-type: none"> - 총 31명의 환자 중 노년내과에서 입원장을 발부하여 수술 전후 관리를 시행한 환자 16명과 노년내과의 수술 전 평가 없이 정형외과에서 수술을 시행한 환자 15명을 비교함. - 수술 후 4일째 중환자실 입실 여부, 수술 후 합병증 여부 평가를 시행하였고 수술 1개월 후 외래 진료 시 환자의 퇴원 장소(집, 요양병원, 요양소, 타 병원), 환자의 신체 기능 및 재입원 여부를 평가함. - 수술 후 1개월째 외래 진료 시에 진료를 받은 환자를 대상으로 노년내과 협진을 수행한 환자 16명 중 13명, 정형외과에서 수술을 시행한 환자 15명 중 14명이 추적 관찰 대상에 포함됨.

2. 시범 사업 진행 절차

첫 번째 응급실에 내원한 65세 이상의 대퇴골 골절 환자 중 3개 이상의 내과적 질환이 있고 수술 전 평가가 필요한 경우 응급의학과에서 정형외과에 입원장 발부를 요청하였다.

그다음으로 연구의 객관성을 위해 정형외과에서 무작위로 노년내과에 수술 전 평가 및 수술 후 관리 협진을 의뢰하였으며, 협진의 내용은 대퇴골 골절 수술 전 환자 상태의 평가를 위해 노년내과에서 ‘노인포괄기능평가 및 마취와 관련된 내과적 질환의 전 처치’를 시행해 달라는 내용이었다.

협진이 의뢰된 환자는 노년내과로 전과되어 내과적 관리 및 수술 전 평가를 받았으며, 전과 직후 노인포괄기능평가 및 입원 48시간 이내에 6개 분야의 기능 평가(배뇨 및 배변, 인지, 통증, 영양, 약제 관리 및 전반적 운동 능력)를 시행하고 수술 전후 관리 필요 여부에 따라 전문 진료과에 추가 협진을 의뢰하였다.

일부 사례를 예시로 들자면, 전립선 비대증이 있어 소변을 보기가 어려운 배뇨장애가 있는 남자 환자는 대퇴골 수술 후 배뇨관 삽입 기간이 길어지고 이로 인해 감염 위험성 증가 및 입원 기간 연장 문제가 발생할 수 있어 비뇨기과 전문의와 협의 진료를 시행하여 수술 전후 관리를 시행하였다.

이러한 문제점들은 사전에 철저한 평가가 이루어지지 않을 경우에는 수술 전에 적절한 조치가 이루어지지 못할 수 있고, 정형외과에 입원하여 수술만을 시행하는 환자의 경우에는 이러한 문제가 발생한 다음에야 비뇨기과에 협진 의뢰되고 치료가 시작되는 문제가 있다.

이와 같이 단순히 질환 중심의 처치가 아닌 환자의 전반적인 건강상태에 대한 평가 및 처치가 충분히 이루어진 다음에는 다시 정형외과로 전과

되어 수술을 시행하게 되었다. 의뢰되지 않은 환자는 정형외과에서 자체적인 수술 준비 과정에 따라 수술을 시행하였다.

제3절 시범 사업 결과

1. 결과 평가 항목

본 시범 사업은 ‘급성기 노인 대퇴골 골절 환자의 CP’ 개발을 위해 대퇴골 골절로 신촌세브란스 병원에 내원한 노인 환자의 수술 후 퇴원 장소, 신체 기능을 비교 평가한 것이다. 이를 위해 노년내과에서 진료를 받고 수술을 받은 환자와 정형외과에서 수술 전후 관리 및 수술을 시행하고 퇴원한 환자의 수술 후 상태 평가를 시행하였다.

수술 후 1개월째 외래 진료 시에 진료를 받은 환자들 중에서 노년내과 협진을 수행한 환자 16명 중 13명, 정형외과에서 수술을 시행한 환자 15명 중 14명이 추적 관찰 대상에 포함되었으며, 참고문헌 고찰을 통해 다음 5가지의 비교 지표를 설정하였다.

- 1) 병원 입원 기간
- 2) 집으로 퇴원한 환자의 수
- 3) 퇴원 1개월 후 자가 활동이 가능한 환자의 수
- 4) 퇴원 후 1개월 이내 병원에 재입원한 환자의 수
- 5) 수술 후 중환자실에 입원한 환자의 수

2. 해석 방법

일반적으로 입원 기간이 길수록 환자의 치료에 문제가 있었을 확률이 높으며 집으로 퇴원하여 자가 활동이 가능한 환자의 수가 많을수록 치료 효과가 우수한 것으로 본다. 퇴원 후 1개월 이내에 재입원한 환자의 수가 많을수록 환자 상태를 충분히 고려하지 못하고 퇴원을 시켰을 가능성이 높으며(재원 기간 단축을 위해), 수술 후 중환자실에 입원한 환자의 수가 많을수록 수술 전 평가가 충분히 이루어지지 못해 수술과 관련된 합병증에 대한 충분한 대비가 이루어지지 않았을 가능성이 높다. 그러나 여러 연구에서 일반적으로 노년내과의 협진 혹은 노년내과에서 진료를 본 경우 환자의 상태가 좋지 않았을 가능성이 높은 것으로 파악되고 있으며 실제로 국내 한 대학병원에서 수행한 연구 결과를 보면 수술 전 노년내과 협진을 통해 노년내과에서 입원 및 수술을 진행한 환자가 동반 질환이 더 많고 중증도가 높은 것으로 나타났다(박은영, 최혜란, 2016, p. 196, 그림 3-3-9). 따라서 본 시범 사업은 이러한 편향을 줄이기 위해 응급실에서 환자 입원 시에 동반 질환의 개수를 일치시키고 연령 등을 보정하였다. 또한 의료진 간의 차이를 최소화하기 위해 노년내과 1인, 정형외과 1인의 의료진에게 입원치료를 받은 환자로 제한하였다. 그러나 짧은 기간, 적은 환자 수, 다양한 수술 방법 등 기본적인 제한점이 있으므로 해석에 유의가 필요하며 추후 보다 많은 환자를 대상으로 한 전향적 연구의 진행이 필요하다고 판단된다. 그러나 현재 의료 시스템하에서 대퇴골 골절 환자의 무작위 배정 임상시험을 통한 진료과별 예후의 차이를 보기 위한 연구는 윤리적인 문제로 인해 쉽게 진행되기 어려울 것으로 생각되며, 이에 따라 CP 개발을 통해 그 효과를 보는 것이 효과적인 대안이라고 생각된다.

[그림 3-3-9] 국내 타 병원의 고관절 수술 환자 동반 질환 및 수술 위험도 (ASA) 비교

Variables	Categories	Total	Interdisciplinary group (n=159)	Usual care group (n=394)	χ^2 or t	p
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD		
Age (year)		78.8±7.4	82.7±6.8	77.2±7.0	8.38	<.001
	65-74	174 (31.5)	20 (12.6)	154 (39.1)	49.61	<.001
	75-84	253 (45.7)	78 (49.1)	175 (44.4)		
	≥85	126 (22.8)	61 (38.4)	65 (16.5)		
BMI		22.4±3.7	22.5±3.7	22.3±3.7	0.76	.227
Gender	Male	132 (23.9)	43 (27.0)	89 (22.6)	1.23	.272
	Female	421 (76.1)	116 (73.0)	305 (77.4)		
Preop ambulatory status	Independent	416 (75.2)	99 (62.3)	317 (80.5)	20.60	<.001
	Use device	134 (24.3)	58 (36.5)	76 (19.2)		
	Bed ridden	3 (0.5)	2 (1.2)	1 (0.3)		
Number of comorbidity	0-2	156 (28.2)	32 (20.1)	124 (31.5)	11.99	.002
	3-5	310 (56.1)	91 (57.2)	219 (55.6)		
	≥6	87 (15.7)	36 (22.6)	51 (12.9)		
	Charlson Comorbidity Index	1.9±1.7	2.3±1.9	1.8±1.6		
ASA classification	Grade II-III	384 (69.4)	90 (56.6)	294 (77.6)	24.11	<.001
	Grade III-IV	154 (30.6)	69 (43.4)	85 (22.4)		
Number of medication		6.0±3.7	6.9±3.9	5.7±3.7	3.55	<.001
BMD		-2.6±1.2	-2.7±1.1	-2.6±1.1	-1.46	.147
Period from fracture to surgery (day)		5.1±6.3	5.1±6.7	5.1±6.2	45.32	1
Type of fracture	Femur neck	232 (42.0)	58 (36.5)	174 (44.2)	7.28	.122
	Intertrochanteric	273 (49.4)	92 (57.9)	181 (45.9)		
	Others	48 (8.6)	15 (9.6)	39 (9.98)		
	THR A	170 (30.7)	11 (6.9)	159 (40.4)		
Type of surgery	BPHA	112 (20.3)	40 (25.2)	72 (18.3)	60.43	<.001
	Multiple pinning	20 (3.6)	9 (5.6)	11 (2.7)		
	Internal fixation	254 (45.4)	99 (62.3)	152 (38.6)		
	General	424 (76.7)	76 (47.8)	348 (88.3)		
Type of anesthesia	Spinal	129 (23.3)	83 (52.2)	46 (11.7)	104.02	<.001
	Postop ICU care	88 (15.9)	42 (26.4)	46 (11.7)		
Estimated blood loss (ml)		371±228.5	333.4±214.6	472.1±237.4	25.55	<.001
Number of RBC transfusion		1.1±1.2	0.8±1.1	1.2±1.3	-3.10	.002
Operation time (hour)		2.23±0.27	2.25±0.29	2.22±0.26	1.07	.285

주: 마취 전 평가에 해당하는 ASA 점수가 높은 환자의 비율이 노년내과 협의의 진료를 시행한 그룹에서 정형외과에서만 진료를 받은 환자군에 비해 높게 나타남(43.4% vs 22.4%).

자료: 박은영, 최해란. (2016). 노년내과와 정형외과의 협진 여부에 따른 노인의 고관절 골절 수술 후 합병증 발생 위험 요인 분석. 기초간호지역과학지, 18(4), p. 198.

3. 시범 사업 주요 결과

아래의 표에서 볼 수 있는 것처럼 환자의 입원 기간은 노년내과에서 입원치료를 한 경우에 통계적으로 유의하게 길게 나타났다. 집으로 퇴원한 환자는 노년내과에서 입원치료를 한 경우가 더 많았으며 1개월 뒤 자가 활동이 가능한 환자 수도 노년내과에서 입원치료를 받은 환자가 많았다. 중환자실 입원, 1개월 내 병원에 재입원한 환자의 수는 노년내과에서 진료를 받은 경우 더 적게 나타났다(그림 3-3-10).

[그림 3-3-10] 시범 사업 결과

	노년내과 (n=13)	정형외과(n=14)	p-value
입원 기간 (비율)	14.6 (0.42)	7.1(0.52)	0.025
집으로 퇴원	4 (31%)	1 (7%)	<0.001
1개월 후 자가 활동 가능한 환자	11 (84%)	9 (64%)	<0.01
수술 1개월 이내 재입원 환자	1 (7%)	3 (21%)	<0.001
중환자실 입원	1 (7%) -폐부종	4 (29%) -폐혈증, 소화기계출혈, 폐색전증등.	<0.01

주: 응급실 내원 후 노년내과에서 입원치료한 환자군과 정형외과에서 입원치료한 환자군을 입원 후 4일 30일 후 추적하여 5개의 지표를 비교함.

4. 고찰

노년내과 입원 시 입원 기간이 길게 나타난 것은 수술 전 충분한 평가 및 전 처치를 위해 수술 전 입원 기간이 길어졌고 수술 후에 환자가 퇴원 가능한 상태가 되었을 때 퇴원 조치를 함으로 인해 기간이 연장된 것으로 보인다. 이에 반해 정형외과의 경우 수술 후 정해진 날짜가 되면 일반적으로 2차 병원, 요양병원, 요양원 등으로 전원하는 시스템을 가지고 있어 입원 기간이 짧게 나타나는 것으로 파악된다. 따라서 입원 기간은 노인 고관절 골절 환자의 예후를 평가하기에는 제한점이 있는 것으로 파악된다.

집으로 퇴원하고 자가 활동이 가능한 환자 수가 노년내과에서 진료를 받은 경우에 많은 것으로 나타난 원인은 노년내과에서 충분한 수술 전후 관리가 이루어졌기 때문으로 파악된다. 정형외과에서도 이러한 관리가 이루어지나 협의 진료를 통한 관리보다는 노년내과에서 수술 전 평가를 시행하여 이에 맞추어 수술 전후 관리를 수행하는 것이 보다 효율적일 것으로 예상된다.

노년내과에서 진료를 받고 퇴원한 환자에서 수술 후 중환자실에 입원하거나 병원에 재입원한 환자의 수가 적은 것 역시 노년내과에서 효과적인 수술 전후 관리가 이루어졌기 때문인 것으로 예상할 수 있다.

노년내과에 입원하여 수술 전 평가 및 처치 후 수술 후 관리를 받은 환자군의 경우 ‘골절 이외의 질환’에 대한 수술 전후의 관리가 수행됨에 따라 정형외과에서만 치료받은 환자에 비해 입원 기간이 길어지게 된다. 하지만 퇴원 후 재입원을 및 중환자실 입실 비율을 고려하면 전체적인 의료 비용은 감소했을 것으로 추정된다.

향후 노인 환자의 전반적인 의료 서비스 측면에서 만족도 및 경제성 평가가 이루어질 필요가 있다. 이러한 평가를 통해 적절한 비용 산정 및 수가 책정이 가능할 것으로 보이며, 궁극적으로는 환자 중심의 의료 서비스 표준화가 가능해질 것으로 기대한다.

제4절 소결

1. 노인 골절 환자 의료 서비스 제공 모형 개발의 필요성

시범 사업을 통해 나타난 결과로 볼 때 고관절 골절 노인 대상자의 치료에서 임상진료지침(Clinical pathway) 적용은 노인 고관절 환자의 예후와 질 관리에 도움을 줄 것으로 판단된다. 또한 동반 질환이 많은 노인 환자의 경우 단순히 질환 중심적 접근으로 ‘골절’이라는 질병만을 ‘수술’을 통해 치료하는 것이 아닌 노인이라는 특수한 환자군에 적합하게 적절한 수술 전 노인포괄기능평가를 수행하고 이에 맞는 수술 전 처치가 이루어져야 한다.

그러나 병원별 인력, 의료 시설, 의료 기기 등의 차이점을 고려할 때 모든 병원에서 동일한 CP를 적용하기는 어려울 수 있다. 급성기 병원에서 제공되는 의료 서비스의 표준화뿐 아니라 추후에는 환자가 필요로 하는 중재를 제공하는 것을 반드시 고려해야 한다. 특히 수술 후의 관리가 매우 중요한데 이 관리에는 의료진이 제공해야 하는 중재 서비스와 환자 혹은 보호자가 참여해야 하는 중재 서비스를 구별해서 생각해야 한다.

2. 노인 골절 환자 CP 적용 후 교육의 중요성

수술 후 환자의 관리에 있어서 교육은 필수적인 요소이다. 환자 교육이 임상진료지침에 잘 접목이 된다면 환자 중심의 케어를 시행할 수 있다 (Shciller, Franke, Belle, Sims-Gould, Sale, & Ashe, 2015, p. 62). 특히 고관절 수술 환자에게 임상진료지침을 적용할 경우에는 재원 기간 단축을 위해, 환자 상태가 안정이 되고, 일상생활이 가능하다고 판단되면, 바로 퇴원을 고려하게 된다(Koval & Cooley, 2005, p. 1057). 그러나 고관절 수술 후 노인은 퇴원을 한 후에도, 손실된 기능이 회복되지 않아 여전히 일상생활에 어려움을 겪는 것으로 나타났다. 오히영과 임영미 (2003, p. 437)의 대퇴골절 수술을 받은 후 퇴원한 노인을 대상으로 한 연구를 보면, 수술 2개월이 지난 후에도 노인의 25%가 걷지 못하고, 54.5%는 보조 기구나 다른 사람의 도움이 없이는 걷기 힘든 것으로 조사되었다. 따라서 퇴원 후의 회복에 도움이 될 수 있는 내용의 교육을 적절한 시기에 제공하는 것은 임상진료지침을 적용한 경우에 더욱 중요하다고 할 수 있다.

지금까지 노인을 대상으로 한 선행 연구들에서, 교육의 효과는 입증되어 있다. 교육은 환자들이 자신의 질병과 상황에 대하여 좀 더 잘 이해하

도록 도와주고, 자가 간호에 참여할 수 있도록 방법을 제공한다(Coulter & Ellins, 2007, p. 27). 또한 시기적절한 교육은 수술 후 회복 과정과 신체 기능 장애에 대해 정보를 주어, 노인들의 미래 상태에 대한 불안과 두려움을 낮추어 주며(Tsui, Fleig, Langford, Guy, MacDonald, & Ashe, 2015, p. 1642), 다시 낙상할까 하는 두려움을 감소시키기도 한다(Olsen & Bergland, 2014, p. 2021). 특히 고관절 골절로 수술을 받은 노인과 가족에게 실시하는 퇴원 교육은 퇴원 후 예상되는 기능 상태 및 일상생활 방법에 대한 정보를 주어, 노인의 자가 간호 참여를 높일 뿐만 아니라, 가족이 노인을 지지할 수 있도록 한다(양현미, 2013, p. 2). 결과적으로 노인의 자가 간호 이행이 높고, 가족의 지지가 높은 경우에는 수술 후 삶의 만족도가 높고 기능 회복이 빠른 것으로 나타났으며(김영미, 박영숙, 정영숙, 최미애, 2000, p. 18), 병원 입원율을 20% 정도 감소시킬 수 있다(Tricco et al., 2014, p. 574).

이렇듯 연구들에서 고관절 수술 후 노인을 위한 교육의 중요성은 많이 밝혀져 있으나, 체계적인 교육 자료나 교육 프로그램은 부족한 것으로 보인다. 여전히 노인들과 가족들은 회복 과정에 대한 더 많은 자료를 필요로 하고 있으며(Shciller, Franke, Belle, Sims-Gould, Sale, & Ashe, 2015, p. 62), 의료진도 노인 환자에게 보행 및 일상생활 활동 격려를 위한 적절한 교육 자료의 개발이 부족하며, 개별적이고 지속적인 교육이 잘 이루어지지 않고 있다고 인식하고 있다(고영지, 이주희, 2015, p. 74). 실제로 국내에서 환자 및 보호자의 교육 요구를 바탕으로 개발된 교육 자료는 현재까지 한 편이 유일하다(양현미, 2013, pp. 2-3).

국외의 교육 자료 중 참고할 만한 것으로는 Tsui, Fleig, Langford, Guy, MacDonald, and Ashe(2015)에 의해 개발된 FReSH START manual(Fracture Recovery for Seniors at Home: A hip fracture

recovery guide for patients & families - 환자와 가족을 위한 고관절 골절 회복 가이드)이 있다. FReSH START 매뉴얼은 고관절 수술 후 퇴원하는 노인 환자들을 위한 교육의 목적으로 만들어졌다. 매뉴얼은 수술 후 회복 과정 및 각 회복 과정에서 환자가 무엇을 어떻게 해야 하는지 전반적으로 설명한다. 또한 필요한 곳에 메모가 가능한 공간을 두어, 환자의 개별화된 정보를 제공할 수 있도록 되어 있다. 주목할 만한 것은 이 매뉴얼이 ‘Coleman et al.’의 전환기 모델(transition model)을 기반으로 한 것으로, 퇴원 후 가정에서 할 수 있는 운동 방법, 안전한 환경 만드는 방법, 도움을 받을 수 있는 자원과 지역사회 리스트 등이 포함되어 있어, 전환기(transition period)에 있는 환자들에게도 유용한 중재를 제공할 수 있다는 것이다(Tsui, Fleig, Langford, Guy, MacDonald, & Ashe, 2015, p. 1639).

실제로 Langford 등(2015, pp. 1344-1349)은 FReSH START 매뉴얼을 이용하여 고관절 수술 후 노인에게 퇴원 교육을 시행하고 퇴원 후 다섯 번의 전화를 통한 추후 관리를 함으로써, FReSH START 매뉴얼 사용과 전화 상담이 실제로 임상에서 사용하기에 적합하다(feasibility)는 사실을 확인하였다. 병원에서 퇴원한 환자들은 퇴원 후에도 여전히 많은 정보 및 도움을 필요로 하고 있고, 병원에서 받은 정보를 일상생활로 돌아가 적용할 때 어려움이 많다고 느끼는 상황에서(Cain, Neuwirth, Bellows, Zuber, & Green, 2012, p. 382), 퇴원 매뉴얼을 활용하고 추후 관리를 하는 이러한 예는, 병원과 지역사회 연계의 하나의 예시를 보여 준다.

이러한 결과를 종합할 때 급성기 노인 골절 환자에게 양질의 의료 서비스를 제공하기 위해서는 병원에서 제공되는 서비스의 질을 높이기 위한 CP 적용뿐 아니라 환자 및 보호자의 병식을 높이기 위한 적절한 교육과

급성기 치료가 완료된 이후 지역사회(요양병원 포함)에서도 이러한 양질의 의료 서비스가 연속성 있게 제공될 수 있도록 하는 시스템을 구축하는 것이 필수적이라고 하겠다.

3. 시사점

노인을 대상으로 한 건강관리 서비스가 일반 환자 진료 서비스와 다른 것은 크게 다음 두 가지로 생각할 수 있다.

- 관리의 연속성: 급성기 관리, 재활, 영양, 재가 서비스
- 진료의 포괄성: 질환 중심이 아닌 환자를 대상으로 한 포괄적인 평가

노인에서의 고관절 골절은 그 자체만으로도 매우 위중한 질환이지만 환자군의 특성상 동반 질환에 대한 관리와 수술 전후 평가 및 적절한 조치가 필수적이다. 즉 수술 전 약제 확인이나 수술 후 출혈 예방을 위한 위장관 질환 여부 확인 등과 같이 골절이라는 한 가지 질환뿐 아니라 전인적인 다학제적 접근 및 그에 대한 관리가 필요하다. 또한 수술과 같은 급성기 관리가 필요할 뿐 아니라 수술 이후 근력 회복을 돕기 위한 물리치료, 지속적인 영양 관리를 위해 재활병원, 요양병원, 요양원, 자택 관리로 이어지는 지속적인 건강관리 서비스가 제공되어야 한다. 이러한 이유로 이번 시범 사업에서는 노인 고관절 골절 진료 지침을 개발하게 되었다. 즉 노인의 건강관리를 위해서는 단순히 노인 환자가 병원에 오게 된 급성기 질환뿐 아니라 이 환자가 평상시에 가지고 있는 다양한 동반 질환(당뇨병, 고혈압, 고지혈증, 심장/뇌혈관 질환 등)에 대한 충분한 평가 및 관리가 이루어져야 한다.

2차 연도에는 이러한 다학제적 접근과 지속적 건강관리 서비스 제공이 가능한 환자군을 확대할 예정이다. 즉, 1차 연도에 수행한 시범 사업 대상 환자 수를 확대할 뿐 아니라 암 환자를 대상으로 한 CP 개발을 시행할 예정이다. 노인 암 환자의 경우 항암치료나 수술을 견디기 어려운 경우가 많으며, 이로 인해 표준화된 치료 방법과 다른 치료를 받거나 치료가 지연되는 경우가 빈번하다. 따라서 이러한 노인 암 환자를 대상으로 한 연구 및 시범 사업 확대 적용은 매우 유용할 것으로 생각된다.

제 4 장

노인 진료 제공 체계 모형

제1절 모형 관련자 질적 면담 조사

제2절 모형의 개발

제3절 모형의 특성 및 활용 방안

제4절 소결

4

노인 진료 제공 체계 모형 <<

제1절 모형 관련자 질적 면담 조사

1. 서비스 이용자 질적 면담 조사 결과

가. 연구 대상자 일반적 특성

개발된 모형의 검토를 위하여 서비스 이용자, 제공자, 정책 전문가의 의견을 수렴하고자 질적 면담 조사를 실시하였다. 첫 번째로 서비스 이용자인 환자는 일개 상급 종합병원에 골절로 입원한 고령의 환자 중에서 노년내과에 의뢰된 경우이다. 본 질적 면담 조사를 실시하기 전 본 연구의 계획에 대하여 기관의 생명윤리심의위원회로부터 승인을 받은 후 연구를 진행하였다.¹⁷⁾ 연구 참여자가 설명을 이해할 수 없거나, 동의서를 읽고 이해할 수 없는 경우는 제외하였으며, 대략 20분간의 심층 면담에 참여하기에 적합하지 않다고 주치의가 판단하는 경우, 그리고 의사소통 및 인지 기능에 중등도 이상의 문제가 있는 경우도 제외하였다. 다만, 고령의 골절 환자들로부터 수집하는 정보의 정확성 확보 및 연구의 신뢰도를 높이기 위하여 보호자가 같이 참여하였으며, 보호자의 답변 내용을 환자에게 재확인하고, 환자의 응답을 보호자에게 재확인하는 과정을 거쳤다. 질적 면담 조사는 환자들이 골절로 이동하기 어려운 상황을 감안하여 병실에서 진행하였으며, 면담의 내용이 외부로 노출되지 않도록 칸막이를 설치

17) 과제승인번호 4-2017-0678.

하고, 조용한 상태에서 진행하였다. 질적 면담 조사는 반구조적 질문으로 이루어진 가이드 설문지를 토대로 20분가량의 심층 면담으로 진행하였으며 최장 30분이 넘지 않도록 하였다.

〈표 3-4-1〉 연구 대상자(환자) 특성

	성별	연령	장기요양 등급	과거 골절 경험	현 거주지 (가족돌봄제공자)
A	여	82	1	유(척추압박골절)	집(아들)
B	여	84	4	유(척추압박골절)	집(딸)
C	남	89	3	무	요양시설
D	여	82	3	무	요양시설

주: A, B, D 환자의 경우 면담 시점에 골절로 입원하였으며, C 환자는 1년여 전 골절 수술을 해당 병원에서 받았다가 이번에 다른 원인으로 입원하였다. 골절 입원 당시 상황에 대한 면담을 진행하였다.

상급 종합병원의 특성상 환자들은 모두 기존의 질병이 있었으며, 기존 질병의 치료를 위하여 해당 병원을 이용한 것으로 나타났다. 기존 질병은 암(A, C), 심장질환(B), 순환기질환(D)이었으며, 이후 외래를 이용하다가 골절 상황에서 그간의 진료 기록이 있는 병원을 선택하였다. A 환자는 항암치료에 기인한 척추압박골절, B 환자는 골다공증에 기인한 척추압박골절 경험이 있으며 환자 C, D는 대퇴골 골절이 처음이었다. C 환자를 제외한 환자와 보호자 모두 노쇠, 노인증후군에 대하여 잘 모른다고 하였으며, C 환자의 보호자만이 들어보기는 했으나 설명하기는 힘들고 나이가 들어가면서 나타나는 증상 정도로만 알고 있다고 하였다(표 3-4-1). 골절 상황은 모두 침실 혹은 욕실에서 이동 시 서 있던 자세에서 넘어져 발생하였으며, 모두 골절 전 거동 시 부축 혹은 지팡이가 필요한 상황이었다. 골절 이전 특별하게 두드러진 근력이나 체중 감량이 있지는 않았다고 하였고(B, C), 특히 A 환자의 보호자는 체중을 기록하고 있으며 체중 변화가 없었다. D 환자만이 체중 감소가 있었다고 응답하였다. 특히 요양시설

에 입소한 후 입맛에 맞지 않아 밥을 이전처럼 먹지 못하였으며, 혈당 관리 때문에 안 먹은 것도 있었다고 하였다.

나. 환자 질적 면담 조사 설문 구성

환자로부터 개인정보는 가능한 한 최소로 수집하였으며, 가이드 설문 문항은 환자가 의료기관을 이용하는 시간의 흐름에 따라 병원 입소 전, 병원 입소 중, 병원 퇴원 후로 나누어 질문하였다(표 3-4-2).

〈표 3-4-2〉 질적 면담 조사 가이드라인 설문지(환자용)

설문 문항	
병원 입소 전	<ul style="list-style-type: none"> - 이전에 골절 경험이 있으셨나요?(있었다면 언제, 어느 부위?) 골절이 발생한 상황을 간단히 말씀해 주세요. - 최근 몇 년 사이 이전보다 체중 감소, 극도의 피로감, 근력이 감소함(근육 허약), 걸을 때 속도가 뒤처짐(보행 속도), 신체 활동 시 타인의 도움이 필요하다고 느끼는 경우 등이 많아졌나요? - 앞서 언급한 증상을 개선하기 위하여 노력하신 것이 있나요? - 노인중후군, 노쇠에 관하여 들어본 적인 있으신가요?(있다면 어떻게 이해하고 있으신지요?) - 골절 후 해당 병원에 입원하기까지 어려움은 어떤 것이 있었나요?
병원 입원 기간	<ul style="list-style-type: none"> - 병원 입원 기간 중 가장 힘들고 어려웠던 부분은 어떤 것이었나요? - 병원 입원 중 가장 좋았던 서비스는 무엇인가요? - 정형외과가 아닌 노년내과 전문의 중심으로 입원치료를 받는 것이 어떠신가요? - 입원 중인 골절 환자에게 가장 필요한 서비스는 무엇이라고 생각하나요?
병원 퇴원 후	<ul style="list-style-type: none"> - 퇴원 이후 가장 걱정되는 건 무엇인가요? - 퇴원 후 일상생활이 가능하기까지 어떤 도움(서비스)이 가장 절실하신가요? - 퇴원 이후 필요한 의료, 장기요양 서비스 등에 관한 정보를 얻고 필요한 서비스를 신청하는 데 도움을 주실 분은 누구인가요? - 퇴원 후 어느 정도의 상태로 회복되기를 바라시나요? - 퇴원 이후 노쇠(체중 감소, 극도의 피로감, 근력이 감소함(근육 허약), 걸을 때 속도가 뒤처짐(보행 속도), 신체 활동 유지)를 개선할 수 있는 프로그램이 있다면 참여하실 의향이 있나요?

다. 환자 질적 면담 조사 분석 방법

면담의 모든 내용은 녹취되었으며, 전사하여 코딩하였다. 자료의 분석은 스트라우스와 코빈(Strauss, Corbin)이 제시한 근거이론 방법의 분석 절차에 따라 이루어졌다. 근거이론 방법에서는 수집된 질적 연구 자료를 분석하고 개념화시킨 후, 이론화하기 위하여 새로운 방식으로 재조합하는 과정을 거친다. 코딩의 과정은 질적 연구 자료의 핵심 과정으로 현상에 이름을 붙여 개념화하고 이를 같은 범주끼리 묶는 개방 코딩과 하위 범주를 패러다임에 따라 관계를 맺는 축 코딩, 범주를 정련화하기는 선택 코딩의 과정으로 이루어진다. 본 연구는 이러한 코딩의 세 단계를 반복하여 개념을 8개의 하위 범주로 나눌 수 있었고, 상위 범주로 5개를 도출하였다(표 3-4-3).

라. 환자 질적 면담 조사 분석 결과

질적 면담 조사 가이드라인 설문 문항 중에서 골절과 관련된 배경 지식(환자의 과거 골절 경험, 질병력, 최근 노쇠와 관련한 증상, 노쇠에 대한 인식 등)을 파악하기 위한 내용은 앞서 환자의 특성에서 간략하게 언급하였으며, 병원 서비스와 직접 관련된 답변을 분석하였다. 질적 면담 조사 결과 고령의 골절 환자가 원하는 병원 서비스는 의료 정보 관리, 조직의 환경, 의료 인력, 포괄적인 케어, 퇴원 계획의 총 5개 주제들로 정리되었다.

〈표 3-4-3〉 고령의 골절 환자 병원 서비스 이용 경험 면담 결과 분석

개념	하위 범주	주제
환자 기록 존재 여부, 과거 방문 기록,	환자 진료 기록	의료 정보 관리
응급실 대기 시 노인 환자 우선순위 아님, 응급실에서 골절 노인 환자 통증관리 없음, 응급실 대기 시간 길, 노년내과 병동 혹은 노인 지정 병동이 없는 것 불만(노인의 서러움)	노인 환자 배려	조직의 환경
의료진, 간호사 등에 대한 친밀도, 편안함	의료진 친밀도	의료 인력
의료진에 대한 믿음, 주 치료 의사에 대한 믿음, 의료진의 설명, 혈관 주사 혹은 정맥팀 없음(환자가 연습 대상이 되는 기분), 노년내과 중심 관리에 믿음, 입원 노인에 대한 내과적 관리 필요, 노년내과 팀의 노인 환자 경험에 신뢰, 입원 기간 중 노인 환자 특성에 기인한 통증관리 필요	의료진 전문성	
합병증 치료, 동반 상병에 대한 협진에 만족	협진	포괄적 케어
육창 관리, 움직임, 재활, 물리치료 원함	주 상병 치료 외 의료	
퇴원 후 정보 구하기 어려움, 퇴원 후 가정 돌봄 시 두려움, 퇴원 후 케어에 대한 교육을 원함, 퇴원 후 가능한 서비스의 정보를 원함, 가정간호 서비스 정보, 골절 수술 후 음식, 영양에 대한 정보를 원함, 골절 수술 후 추가적인 돌봄 서비스를 원함. 이동보조 기구 등에 대한 지원 필요, 퇴원 후 치료가 필요할 때 재입원 방법(구급차 타는 것 외)	퇴원 후 관리	퇴원 계획
통증관리, 재활치료를 원함, 근력 회복, 인지 능력 유지 필요	퇴원 후 치료	

1) 의료 정보 관리

A, C 환자는 거주지 근처의 병원이 아닌 해당 병원을 응급실을 통해 방문하였다. 환자와 보호자의 병원 선택에 제한이 적은 우리나라에서 환자나 보호자는 과거 질병 치료의 경험과 방문 기록이 있는 병원을 선택하였다. B, D 환자의 경우에는 거주지 근처의 병원을 방문했으나 기저 질환으로 인하여 상급 병원으로 의뢰하여, 상급 병원 중에서 환자가 과거 방문한 기록이 있는 병원을 선택하였다. 결국 모든 응답자는 과거 방문 기록,

자신의 진료 기록이 있는 병원을 선택한 것이다. 고령의 환자는 골절의 상황 이전에 만성질환 혹은 다른 질환으로 병원을 이용하게 되며, 과거 이용 기록이 골절과 관련이 없더라도 자신의 의료 기록들이 있는 병원을 선호하며, 다른 병원을 이용하게 될 때 기록이 없어서 불필요한 여러 검사를 받는다고 생각하고 있었다.

“척추 골절됐을 때는 저희가 응급실로 바로 왔어요. 다른 병원은 제가 이용 안 하고 00병원만 얹는 모든 것이 여기에 기록되어 있으니까. 그래서 일루 왔는데, 척추 골절 때 왔더니, 그건 병으로 보지도 않더라고... 그래서 그런 경험이 있어서 다리 골절됐을 때 동네 종합병원이나 정형외과로, 큰 곳은 아닌데 갔더니... 이제 협진을 이쪽으로 넣어 달랬더니....”(B 환자와 보호자)

“다른 데 가면 검사해야 되는데, 여기 오면 환자 번호 때리면은 언제 왔고, 언제 예약이 되어 있고, 관리가 되어 있으니까는 다른 데 가서 설명하기보다는 여기 오면 무슨 약을 복용을 했는지, 데이터를 가지고 있으니까 의지하기가 좋죠.”(A환자와 보호자)

“그냥 응급실로 왔죠. 원래 00병원에 다니셨고, 그 전에 위암 수술했던 경력이 있기 때문에 기록이 다 있고 하니까 왔죠.”(C 환자와 보호자)

2) 조직의 환경

환자들은 좋았던 서비스 혹은 힘들고 어려웠던 부분, 혹은 가장 필요한 서비스 등 병원 이용과 서비스와 관련된 질문에서 공통적으로 노인에 대

한 배려, 조직적 차원의 지원에 대하여 언급하였다. 환자들의 직접적인 표현은 다음과 같았다.

“앰블런스가 응급실로 가. 응급실은 베드가 없어. 그러면 어머니는 누워 있어야 하는데 죽지 않으니까 의자에 앉혀 놓으라는 거야, 무척대고. 우리보다 급한 사람이 있으니까... 베드가 닳는 것도 아니고.”(A 환자와 보호자)

“노년내과는 병실이 없어서 여기로 갔다가 저기로 갔다가 하는군요’... 00병원은 사회사업이 아니잖아요. 이윤이 필요하잖아요. 그러다 보니까 돈 되는... 노년내과는 요기 비면 요 자리 집어넣고. 노인네들이 서러움을 받는 거지. 돈이 안 되니까는. 우리가 다 늙어 가는데, 그런 사람들 더 많아질 건데... 나중에는 진짜 이 병동들 다 노인이 들어찰 텐데 어떻게 관리할지 모르겠습니다.”(A 환자와 보호자)

“응급실에서 있던 2일이 가장 힘들었어요. 병실을 오기까지가 제일 힘들었어요... 환자는 굉장히 힘들다고 하는데 빨리 처치가 안 되는 것.”(B 환자와 보호자)

3) 의료 인력

가) 의료진 친밀도

병원의 서비스 혹은 노년내과 팀의 서비스에 대한 질문에 가장 많은 답변이 의료진이 보이는 친밀도, 친절이었다. 대부분의 환자들이 다른 질문

에서 반복해서 의료진에 대한 언급을 하여 이 부분이 서비스의 매우 중요한 부분인 것을 확인할 수 있었다.

“예전에도 늘 다니고... 여기 오면 100% 괜찮아질 것이란 생각은 하고 있어요, 지금도 그렇고. 그러니까 병원에서 처치를 하는데도. 최선을 다 하는 치료를 원했던 것이니까.” (C 환자와 보호자)

“교수님이 이렇게 엄마를 대해 주시거나 환자를 대하는 것에 있어서 편안하게 해 주시니까 그것에 대해 만족을 해요.” (B 환자와 보호자)

“일단은 여기가 간호사 분들이나 의사 분들이나 굉장히 편안하게, 항상 웃으시면서 맞이해 주시니까 좋더라고요. 어떤 것을 물어보면 성실하게 답변해 주시고. 그런 점이 좋더라고요.” (B 환자와 보호자)

“좋은 것은 많은 사람을 아니까 좋은 거지... 자주 이렇게 보니까 편안해지는 거예요. 거부감이 없고, 두려움이 없는 거지... 그다음에 좋은 것은 사람들이 나쁜 사람들이 없고.” (A 환자와 보호자)

“내가 주치의 선생님 보고 여기 온 거야. 00 교수님 보고 왔어... (다른 병원 정형외과보다 노년내과인)여기가 훨씬 나아요. 자세하게 말씀하시고. 여기만 하겠어요? 다 괜찮아요.” (D 환자와 보호자)

나) 의료진 전문성

예전에도 늘 다니던 병원, 주치의, 자주 보니 편안함 등이 의료진의 친

밀도를 언급한 개념이었다면, 환자들은 의료진의 전문성에 대한 언급도 여러 번 하였다. 의료진이 전문성이 높아 믿음과 신뢰가 간다거나 노년내과 중심의 관리가 노인을 잘 이해하는 의료진의 진료라고 생각하는 것이 그러했다. 특히 환자의 보호자들은 노인 환자의 특성 때문에 필요한 서비스를 언급하면서 노년내과 팀에 대한 신뢰를 드러냈다. 반면, 혈관을 찾지 못하여 여러 번 주사바늘을 삽입하는 등과 같은 간호사의 진료보조 행위에 불만을 호소하였다.

“노인들 혈관을 찾아 주는 예전에 ‘정맥탐’이라고 있었어요. 정맥탐은 그 사람은 피만 뽑으러 다니는 사람이야. 없어졌어. 그런데 응급실에서는 실력 좋은 사람이 와서 딱 해서 뽑아내야 하는데, 한번 뽑으려면 3군데 빵구를 내. 그러면 3번 빵구를 내면 쭈실 곳이 없어요. 그러면 발도 쭈시고 그래요. 실력이 없으면, 내가 그랬어, 간호사한테, 실력이 없으면 열심히 해서 한 번에 뽑던지, 왜 보는 사람 마음 아프게 만드냐고.”(A 환자와 보호자)

“(노년내과)그분한테 의지를 할 수밖에 없어요. 은혜, 혜택 뭐라고 해야 할까 의료진 대 환자지만... 한 번은 살아났으니까 또 살게 해 주시겠지... 나이 드신 분들이 그 과를 다 갈 수는 없어요. 정형외과를 가거나 피부과를 가거나 핸들링을 못해 이 사람들이. 그러면 그걸 대신해서 노년(내과)에서 내가 이렇게 손님을 받아서 노년은 이쪽으로 협진을 받아 가지고... 노인네들은 내장기관이 나쁘다는 말이에요(그런 걸 다 봐주시니까).”(A 환자와 보호자)

4) 포괄적 케어

노년내과 중심의 치료, 골절 환자에게 필요한 서비스, 좋았던 서비스 등의 답변을 개념화시켜 분류한 결과 포괄적 케어라는 주제를 도출할 수 있었다. 여러 내과적 진료를 받으면서 정형외과 협진을 진행하는 것에 만족한다고 언급하거나, 주 상병의 치료 외에 여러 가지 케어가 필요하다는 답변들이 노인 환자의 포괄적 케어에 해당하는 내용들이었다. 대다수의 환자 보호자는 특히 욕창 관리와 재활, 물리치료가 있었으면 좋겠다고 하였다.

“욕창이더라고요... 집에서 내가 관리할 때는 나는 5년 동안 생각도 안 했어요. 지금은 3일 만에 못 움직이게 하니까는, 깔고 있으니까는. 3일 만에 그냥... 진짜로 피부도 약해 노인들은. 그런데 깔고 있어 가지고 금방 욕창으로 변화되는 게 (골절된) 뼈보다는 그게 힘든 것 같애.”(A 환자와 보호자)

“폐렴 뭐 이런 것들이 중요한 문제라고 하시더라고요... 제가 이제 너무 당황해서 막 울었어요. 교수님이 그러시더라고요. 걱정하지 말라고. 염증 같은 것 잡는 노하우도 있다고 걱정하지 말라고. 그거에 제가 안심을 했고요.”(B 환자와 보호자)

“움직이는 것을 좀 편하게 해줄 수 있는 게 필요하지 않을까 싶어요... 물리치료랑 병행을 할 수 있는 것. 그럼 훨씬 더 빠르게 되지 않을까. 물리치료랑 병행을 하는 것이 가장 좋겠죠?”(C 환자와 보호자)

5) 퇴원 계획

면담한 환자들은 대부분 골절로 인한 고통이 없기만을 바랄 뿐 퇴원 이후의 상황에 대한 물음에는 소극적이었다. 집에 거주 중인 환자들은 자신을 주로 돌보는 자녀가 힘들기 때문에 도와주는 서비스가 더 있었으면 좋겠다고 응답하였다. 모든 보호자들은 퇴원 후 관리와 치료에 대하여 여러 가지 의견을 주어 상당히 높은 수준의 요구도가 존재하는 것으로 파악되었다.

가) 퇴원 후 관리

환자의 보호자들은 노령의 부모를 위한 서비스가 어떤 것이 있는지 알고 싶어 하였고, 지금까지 정보를 구하기 어려웠다고 했다. 대부분 병원에 입원했을 때 의료진으로부터 간단한 정보를 듣고 추가로 전화나 방문으로 서비스를 알게 되었고, 장기요양등급을 받았다. 집으로 퇴원하는 환자의 경우 가정에서 돌보는 것에 두려움을 갖고 있었으며, 가정에서의 돌봄에 관한 교육이 있다면 받고 싶어 하였다. 가정간호, 영양 교육, 이동 보조 기구 지원, 퇴원 후 병원에 재입원해야 할 때 구급차를 부르지 않고도 이동할 수 있는 방법 등의 개념들을 ‘퇴원 후 관리’ 범주로 도출하였다.

“아들한테 미안해서 (퇴원 후) 도와주셨으면 좋겠어요.”(A 환자)

“젊으면 곰국 같은 거 많이 먹으면 뼈에서 뿜이 많이 나와서 붙는다는데 노인이자 보니까... 내가 과연 가서 음식도 그렇게 할 수 있을지, 아니면 또 그게 얼마나 오랜 시간을 해야 되는지 이런 어떤 교육을 아직 못 받

왔으니까 두려움은 있어요. 그런 교육 받아서 한번 헤쳐 가면 두려움이 적어지는데 지금은 좀 두려움이 있어요... 재활이 필요하겠지. 조그만 근육이 안 굳는 재활이라던가.” (A 환자와 보호자)

“일단 저희 엄마는 골절도 문제지만, 여러 가지 합병증이 있잖아요. 그런데 제가 의료계 쪽에 전문적인 지식도 없고 그렇잖아요. 막상 퇴원을 하라고 하면 집에서 어떻게 환자를 케어해야 되는 것이 맞는 거고... 집에 가서 어떻게 대처를 해야 하나... 그래서 간호사 선생님한테 물어봐요... 그래서 그건 어떻게 해야 하나... 동네 병원을 가야 하나... 일단은... 가정 간호 서비스가 있다는 것을 알았어요. 그래서 그것을 신청을 하고 교수님한테 여쭙보고, 저 나름대로 인터넷 검색해 보고 그렇게 해서 그것에 대한 불안감은 떨친 것 같아요.” (B 환자와 보호자)

나) 퇴원 후 치료

환자들은 퇴원 후 통증만 없었으면 좋겠다는 언급을 가장 많이 하였고, 보호자의 경우 재활치료, 근력 회복, 인지 능력 유지 등을 원했다. 고령과 대퇴골 골절인 것을 감안하여 제한된 일상생활을 모두 받아들이고 있었지만, 퇴원 이후 기능 회복에 도움이 되는 운동 프로그램이나 서비스가 있다면 보호자는 환자를 참여하게 하고 싶다고 응답한 반면 대부분의 환자들은 고개를 저어 보이거나 아니라고 하였다.

“(고관절 골절 수술 전에는) 걸어다니시던 분이 앉아 있어야 되니까 그 부분이 걱정이었는데, 그래도 잘 적응을 하셔서... 사실은 그때 상황에, 재활 운동을 계속 시켰으면 걸어 다니셨을 거예요. 그런데 각자 사는 게

바쁘니까 (간병인에게) 맡겨 놓고만 있었죠... 완전히 재활훈련은 못했죠, 조금씩만 하고... 누군가 붙어서 재활 훈련을 시켰으면 충분히, (걷는 것이) 100% 가능한 거죠.”(C 환자와 보호자)

“재활치료가 가장 어려울 것 같고, 보조적인 기구가 많이 필요할 것 같아요.”(D 보호자) “(고개 저으며) 아니.”(D 환자)

“이 나이에 욕심이지 뭐. 그냥 좀 안 아프게....”(A 환자)

2. 의료인 등 전문가 면담 분석 결과

가. 연구 대상자 일반적 특성

이 연구를 통해 개발이 진행 중인 급성기 의료기관 중심의 노인 환자 대상 서비스 모형에 대하여 급성기 의료기관 내·외부적 방향성에 대한 의견을 수렴할 목적으로 질적 면담 조사를 실시하였다. 대상자는 상급 종합 병원 등의 급성기 의료기관 중 노인과 관련한 별도의 진료과목 또는 센터를 운영하고 있는 의료기관에서 해당 사항을 전담하는 의료인 또는 관련 서비스 등에 대한 연구를 진행하는 보건의료정책 전문가(연구 경력 5년 이상)로 이 연구의 목적을 이해하고 질적 면담 조사 참여에 동의한 자로 한정하였다. 면담 장소는 의료인 및 보건의료 정책 전문가의 일정을 감안하여 참여자가 근무하고 있는 의료기관 내에서 진행하거나 별도의 면담 장소를 섭외하여 진행하였으며 해당 참여자가 근무하고 있는 의료기관에서 진행한 경우 면담 내용의 유출을 방지하기 위해 별도의 독립된 공간에서 진행하였다. 질적 면담 조사를 진행하기 전 기관 생명윤리심의위원회

로부터 승인받은 연구임을 고지하였으며 대상자에 대한 익명성과 비밀 보장, 연구 결과 활용 등에 대한 내용을 설명하고 연구 대상자 동의서를 작성 및 서명하도록 안내하였다. 면담 시간은 반구조적 질문으로 이루어진 설문지를 토대로 약 60분에서 70분가량 진행되었으며 최대 120분 이상을 소요하지 않도록 하였다. 면담의 모든 내용은 녹취하였으며 녹취록을 바탕으로 분석을 진행하였다.

〈표 3-4-4〉 연구 대상자(의료인 등 전문가) 특성

	성별	연령	전문 분야	과거 경력	현재 근무 내용
A	여	40대	간호	외래 근무	노인의료 전담 간호사
B	여	40대	간호	중환자실 근무	노인의료 전담 간호사
C	여	40대	간호	병동 근무	노인의료 전담 간호사
D	남	40대	예방의학	보건의료 정책 연구	노인 보건의료 정책 연구

의료인 등 전문가 질적 면담 조사 대상자는 앞서 밝힌 바와 같이 상급 종합병원 등의 급성기 의료기관에서 노인 환자를 직접 치료하거나 간호하는 의료인과 관련 분야 전문가이다. 심층 면담을 수락하여 진행한 대상자는 총 4명으로 이 중 직접 환자를 대면하는 의료인이 3인, 관련 분야 전문가가 1인이다. A, B, C의 의료인으로서 면담을 진행한 대상자는 모두 간호사로서 노인 환자를 전담하여 간호 업무를 수행한 경력이 5년 이상이다. 대상자 중 D는 보건의료 정책 전문가로서 예방의학을 전공하였으며 현재 급성기 의료기관의 노인 친화적 서비스 제공 모델에 대한 국외 사례 연구와 현재 우리나라에서 진행 중인 특정 의료기관의 노인 친화적 서비스 모델에 대한 결과 분석 등의 연구를 진행 중인 노인 보건의료 정책 분야 전문 연구자이다(표 3-4-4).

나. 의료인 등의 전문가 질적 면담 조사 설문 구성

의료인 등의 전문가 질적 면담 조사 내용은 크게 의료기관 내적 요인과 외적 요인으로 구분하여 질문을 구성하였다. 총 11가지의 질문으로 구성하여 노인 친화적 진료 제공 체계를 구축함에 있어 의료인 등이 생각하는 의료기관 내부의 장애 요인 및 필요 사항, 의료기관 외부에서 정책적 차원에서 필요하거나 개선되어야 하는 사항은 무엇이 있는가를 확인할 수 있는 질문으로 구성하였다(표 3-4-5).

〈표 3-4-5〉 질적 면담 조사 가이드라인 설문지(의료인 등 전문가)

설문 문항	
의료기관 내적 요인	<ol style="list-style-type: none"> 1. 노인 환자 대상의 별도의 진료 제공 체계가 구축되어 있는가? 2. 별도의 진료 제공 체계를 구축하고 있는 이유는 무엇인가? 3. 별도의 진료 제공 체계 내 주요 내용은 무엇인가? 4. 별도의 진료 제공 체계를 이용하는 노인 환자의 전반적인 특징이 무엇인가? 5. 특정 진료과목 중심의 노인 친화적 진료 제공 체계가 필요한가? 6. 노인 환자를 대상으로 의료기관 내에서 별도의 진료 제공 체계를 구축할 때 고려 사항은 무엇인가?
의료기관 외적 요인	<ol style="list-style-type: none"> 1. 현재 노인 환자를 대상으로 하는 진료 제공 체계에 문제가 있는가? 2. 노인 환자 대상의 급성기 의료기관 중심의 별도의 진료 제공 체계가 구축될 필요성이 있는가? 3. 별도의 노인 환자 대상의 진료 제공 체계를 구축할 필요성이 있다면 이유는 무엇인가? 4. 노인 환자 대상의 진료 제공 체계는 어떠한 특징을 가지고 구축되어야 하는가? 5. 노인 환자 대상의 진료 제공 체계 구축에 따른 문제점은 무엇인가?

다. 의료인 등 전문가 분석 결과

1) 의료기관 내 역할 구분과 인식의 개선

노인 친화적 진료 제공 체계를 제공하는 데 있어 의료인 등의 전문가가 공통적으로 제시한 의견 중 하나는 의료기관 내부에서 가장 우선적으로 선행해야 하는 것은 해당 진료 제공 체계를 담당하는 의사 인력, 간호 인력, 보조 인력 등 각 구성원들의 구체적인 역할을 무엇으로 할 것이며 어디까지 수행할 것인가의 범주를 구체화해야 한다는 것이다(표 3-4-6).

〈표 3-4-6〉 의료인 등 전문가 면담 분석 결과

개념	하위범주	범주
의료기관 내부에서 노인 환자를 대상으로 하는 별도의 진료 제공 체계를 구축함에 있어 그에 대한 인력과 구성을 명확히 구분하고 노인 환자를 대상으로 의료기관 내에서 어떠한 기능을 수행할 것인가에 대한 구분이 확실해야 한다.	역할의 구체화	내적 요인
의료기관 내부에서 노인 환자에 대한 다학제적 접근을 함에 있어 중심이 되는 진료과목을 별도로 운영하여 구심점이 되는 진료과목을 중심으로 운영하되 노인포괄평가 등의 역할을 수행한 이후 실제 환자에 대한 급성기 진료를 위한 협진 등의 체계와 이후에 재활, 전원 등에 대하여 구체적인 계획을 수립하는 부분까지의 기능을 구체화해야 한다.		
노인 환자에 대한 의료기관 내 접근은 다학제적 접근을 전제로 진행하며 그에 따라 각 진료과목 외에 전반적인 평가를 위해 재활치료사, 영양사, 사회복지사 등 의료기관 전체의 인력을 활용할 필요가 있기 때문에 별도의 노인 진료 제공 체계가 반드시 필요하며 그에 따른 역할을 수행할 필요가 있다는 암묵적 동의가 필요하다.	내부 인식 개선	
노인 환자를 대상으로 별도의 진료 제공 체계를 구축함에 있어 그 대상을 어디까지로 할 것인가에 대한 전반적인 합의가 필요하다. 일반적으로 통용되는 65세 이상의 노인 외에 일본과 같은 별도의 후기 고령자를 대상으로 하는 방안도 고려할 필요가 있다.	대상의 구체화	외적 요인
현재 별도의 노인 진료 제공 체계를 구축하고 있는 의료기관에 대하여 현재의 국민건강보험 내 관련 수가 명확하게 정	보상의 합리화	

개념	하위범주	범주
비되어 있지 않기 때문에 유사 행위 또는 개별 진료과목 내 행위의 수가로만 책정하여 보상받고 있다. 따라서 명확한 진료 행위에 따른 보상이 체계적으로 이루어질 필요가 있다.		
노인진료 제공 체계를 갖추고 있는 의료기관에 대상 환자가 방문하는 경우에도 일부 환자를 제외하고 노인 친화적 진료 제공 체계가 무엇이며 그에 따라 환자 스스로가 어떠한 부분에서 이러한 서비스를 이용해야 하는지 명확하게 이해하고 있지 못하다.	외부 인식 개선	

특히 급성기 의료기관을 중심으로 노인 친화적 진료 제공 체계를 구축하는 데 있어 현재 이 연구에서 제시하고 있는 모형에 대하여 호주의 모형을 참고하는 것은 바람직하지만 실제로 의료기관 내부의 특성과 그에 따른 역할의 방향성을 구체화할 필요가 있다는 의견을 제시하였다. 또한 그 역할에 있어 두 명의 전문가는 골절 환자에 대한 노인 친화적 진료 제공 체계에 대한 역할을 단순히 급성기 의료기관 내에서 종료하는 것이 아니라 퇴원 후 진료 계획 및 재활, 요양에 대한 부분까지도 전반적인 관리를 아우르는 역할이 필요하다는 의견을 제시하였다. 특히 급성기 의료기관이 주축이 되는 노인 친화적 진료 제공 체계에 있어서 역할이 확대되어야 한다는 의견을 제시한 전문가들의 경우 전문성을 그 예로 들었다.

“1차 진료 활성화시키고, 대형병원에 속해 있는 것보다는, 지역사회로 연계해서 건강증진을 위해서 3차 종합 진료기관에서 많은 병상을 차지하고 환자를 보는 것보다는, 지역사회로 전환을 해야 하지 않겠냐고 얘기는 하는데, 제가 볼 때는 지역사회로 전환했을 때 환자의 많은 요구와 다양한 문제를 다 볼 수 있는 1차 혹은 2차 의료기관이 많지 않은 것 같아요.”
(면담자 C)

이러한 의견을 제시한 전문가들은 급성기 의료기관의 역할을 다학제적

접근에 의한 입원부터 퇴원, 퇴원 후까지의 절차가 아래의 표와 같이 구체적으로 수행되어야 함을 지적했다(표 3-4-7).

〈표 3-4-7〉 급성기 의료기관 노인 친화적 진료 제공 체계의 주요 역할

시기	대상인력	역할 및 내용
응급실 내원 등	전담 의료 인력	환자에 대한 전반적인 포괄평가 시행
수술 직전	전담 의료 인력	환자에 대한 전반적인 포괄평가 시행 후 입원 기간 동안의 문제점 진단 및 관련 평가 시행
수술 직후	전담 의료 인력 + 재활 등의 인력	수술에 따른 기능 저하 등의 문제 평가와 재활 방향 등에 대한 각 진료과목 등의 담당자 역할 구분 및 회의
퇴원 직전	전담 의료 인력 + 재활 등의 인력 + 사회 서비스 인력	수술 후 시행된 문제 평가의 개선 여부와 재활 등의 수행 여부 평가를 진행하며 퇴원 후 환자의 전원 계획과 전원 의료기관에서 수행해야 하는 재활 등의 서비스에 대한 가이드라인 제공
퇴원 이후	전담 의료 인력 + 재활 등의 인력	전원 의료기관에서 수행하는 재활 등의 서비스에 대한 환자 개선 사항 확인 및 외래 내원에 따른 시기별 기능 개선 여부 평가

그러나 이와 반대로 일부 전문가들은 급성기 의료기관의 노인 친화적 진료 제공 체계의 역할을 급성기 질환에 대한 진료 이상으로 확대하는 것에 대하여 우려를 나타냈다. 현재의 전반적인 진료 제공 체계에 있어 나타나는 문제점(예를 들어 1차, 2차 의료기관 등의 전문성 문제, 분절되어 있는 전원 등의 연계 체계 등)은 노인 환자를 굳이 특정 짓지 않아도 나타나는 문제이기 때문에 이러한 상황을 노인 환자의 문제와 연결하여 급성기 의료기관 자체에서 너무 포괄적인 역할을 감당하는 것은 무리가 있다는 일부 의견이 있었다. 이러한 의견의 경우에도 급성기 의료기관 자체에서 노인 환자를 대상으로 특화한 별도의 진료 제공 체계가 필요하다는 것에는 동의하였다. 또한 급성기 의료기관과 협력기관 협정을 맺고 있는 2차 또는 1차 의료기관에 대하여 별도의 교육 프로그램 등을 통해 기관 연

계 체계를 원활히 구축할 필요가 있고 그 역할을 급성기 의료기관이 중심이 되어 진행해야 한다는 부분에는 동일한 의견을 제시했다.

“예를 들면, 그래서 저희가 볼 때, 의료진의 수준 차이가... 의사 선생님을 얘기하는 것이 아니라 간호 인력도 있고, 임상 경험이 많지 않고 나이만 있으시거나... 그래서 그것에 대한 갭을 조금이라도 줄여 보려고 불특정 다수로 교육 프로그램들을 협력 병원 중심으로 돌려요. 그렇게 해서 100% 감소는 아니지만 주기적으로 협력이 되어져 있는 3차 상급 종합병원에 관련된 센터면 주기적으로 교육이 됐던 뭐가 됐던, 정보 교류를 할 수 있는 창구가 필요한 것이지, 그것을 지휘·감독까지 하는 것은 조금 어려움이 있겠지만... 이런 시스템이 유기적으로 되려면 우리는 이런 교육을 제공하고 너희들이 궁금한 것에 대해서는 feedback을 해 주고, 될 수 있으면 단계를 줄여 주는 방법이 나올 것 같아요.”(면담자 A)

의료기관 내의 역할을 구체화하는 것과 함께 의료기관 내적으로 가장 필요한 것으로 전문가들이 의견을 제시한 것은 의료기관 내부 구성원들이 노인 친화적 진료 제공 체계의 필요성을 인식하고 그에 대하여 적극적으로 협조해야 한다는 것이다. 특히 의료기관 내에서 근무하고 있는 면담자 3명은 모두 공통적으로 의료기관 내 모든 사람들이 노인 환자에 대한 별도의 팀 또는 진료 제공 체계가 왜 필요한 것인가를 고민하며 그에 대한 합의를 이루어 내는 것이 중요하다는 점을 지적했다.

“저희가 이렇게 하고 있다는 것을 다른 곳에서 벤치마킹하고 참고할 수 있는 것은 영양사 선생님, 약사 선생님, 그리고 간호사들이 팀을 잘 꾸려가기 때문에 그런 아웃풋(output)이 나오는 것이지, 벤치마킹하러 오셨던 분들도 비용을 떠나서 팀을 꾸리기가 힘들고, ‘이렇게까지 팀을 꾸려

야 해?’라는 인식 때문에 왜해지는 경우가 꽤 많은 것으로 알고 있어요. 전문가가 없기 때문에 노인에 관련된 컨셉과 지금의 문제를 빨리 파악할 수 있도록 우리가 어떻게 할지 컨셉을 잡는 것이 1번이라고 생각하기 때문에, 컨셉이 만들어지면 지원할 수 있는 인식 등의 제고가 필요할 거예요.”(면담자 B)

또한 의료기관 내부의 인식 개선을 위한 방향 중 별도로 의견이 제시된 사항은 의료인 간에 각 진료과목 내에서 환자를 뺀다는 인식이 아닌 함께 진료한다는 인식의 개선이 필요하다는 지적이었다. 골절 환자와 같이 정형외과적 특성으로 입원한 환자의 경우 정형외과 내에서 노인 진료 제공 체계 전담팀 등과 협력 체계를 통해 진료하는 것이라는 명확한 방향성이 있어야 한다는 의견을 나타냈다.

2) 대상의 구체화 및 보상 체계 구축

노인 친화적 진료 제공 체계를 구축하는 데 있어 의료인 등의 전문가가 공통적으로 제시한 의료기관 외적 요인으로서 반드시 개선이 이루어져야 하는 사항은 해당 진료 체계를 제공할 대상자의 범위를 명확해 해야 한다는 것이었다. 현재 이 연구에서 시범 적용하고 있는 환자군의 경우 질환에 따른 구분으로 비교적 명확히 대상자를 정하여 진행하고 있지만 추후 시범 사업을 확대하여 의료기관 전체에 적용함에 있어 가장 중요한 부분은 대상자를 명확히 하는 것이라는 의견이 나타났다. 면담자 중 1인은 노인 환자의 분류 기준을 65세 이상으로 할 경우 현재 해당 의료기관 환자의 약 80%가 노인 환자이기 때문에 그 대상을 모두 노인 친화적 진료 제공 체계에서 해결할 수는 없다고 지적하였다.

“현재 우리 병원에서 환자의 나이를 대상으로 노인 환자를 구분하면, 노인 환자를 65세 이상으로 봤을 때 전체 환자의 70% 아니 80% 이상이 65세 이상의 노인 환자예요, 그런데 이 환자들을 모두 노인포괄평가를 실시하거나 그 대상으로 할 수는 없어요. 우선 인력이 부족하고요. 그리고 그 환자들이 모두 우리 팀을 통해 진료를 의뢰받지도 않기 때문에 어디까지가 범위인지를 명확하게 할 수가 없어요.”(면담자 B)

이와 비슷하게 다른 면담자의 경우에는 노쇠 자체가 특정한 현상과 함께 기능적인 문제가 복합적으로 나타나는 것이기 때문에 이를 질환으로 국한하여 환자를 구분하는 것도 어렵다는 의견을 제시하였다. 따라서 만일 연령으로 구분이 가능하다면 일본의 경우와 유사하게 70세 이상의 노인 인구를 대상으로 후기 고령자와 같은 별도의 범주를 나누고 그에 대하여 노인 친화적 진료 제공 체계를 적용하는 방안을 마련할 필요가 있다고 제안하였다.

“의료에 있어서 노쇠는 현상과 전반적인 기능적 문제를 나타내는 것으로 질병적 정의나 문제로 접근하는 것은 매우 어려운 문제라고 볼 수 있어요. 보건의료 체계 내에서 명확하게 진입하거나 받아들일 수 있는 부분을 파악하기가 매우 어려워요. 따라서 일본처럼 별도의 후기 고령자에 대한 인식과 그에 대한 대처 방안을 마련하는 것이 필요할 것 같습니다.”(면담자 D)

대상을 명확하게 하는 것과 함께 제시된 의견은 명확한 대상자에 따른 국민건강보험상의 적용 가능한 수가의 개발과 그에 따른 의료기관의 적용 문제에 관한 것이었다. 이 부분에 있어 의견은 두 가지로 구분되어 나

타났다.

첫째, 급성기 의료기관이 퇴원 후 관리까지 전반적인 역할을 감당하는 경우 노인 환자에 대한 포괄평가, 퇴원 후 계획 수립, 퇴원 후 관리에 대한 전반적인 수가를 모두 포함할 수 있는 별도의 노인 환자 대상 진료 제공 체계 내 수가가 신설되어야 한다는 의견을 제시하였다.

“궁극적으로 인력의 구축을 위해 수가적으로 안정이 돼야 하는 거예요. 이걸 저희가 한 건을 평가할 때 진짜 적게 받거든요. 환자가 내는 돈이 6만원이 안 돼요. 평가에 대해서 그리고 그 밖에 전반적인 역할 수행과 행위에 대하여 사회복지사업 담당자나 재활치료사가 와서 함께 회의하고 계획을 세운다고 수가를 받지 못해요, 수가를 받아야 하는 작업들을 심평원에서 하고 있는 것으로 아는데, 이런 것들이 특성화된 것을 인지를 해주면, 감염 관리 예방료처럼, 이것에 대한 benefit을 준다면 확 좋아질 것으로 생각해요.”(면담자 C)

둘째, 급성기 의료기관이 급성기 진료에 대한 명확한 역할을 진행하고 그에 따라 별도의 2차 혹은 1차 의료기관으로 연계하고 그에 대한 전반적인 관리만을 진행하는 경우에는 각 단계에 따른 수가가 신설되어야 한다는 의견을 제시하였다. 국민건강보험 수가 내에서 급성기 의료기관의 경우에는 환자의 이송 및 연계, 퇴원 계획 수립 자체에 대한 인센티브, 그에 따른 1, 2차 의료기관의 경우에는 퇴원 계획 수립에 따른 관리 인센티브를 신설하는 방안으로 구분하여 나타냈다.

“오히려 환자 이송 등에 대한 수가 및 정책적 방안을 검토하는 것이 매우 빠르게 접근하는 방안일 것으로 생각해요. 따라서 이러한 관점에서 상

급 종합병원은 의료기관 간의 네트워크 구축의 중심점 역할을 하는 것이 매우 타당하다고 봅니다. 노인 환자의 기능적 문제가 심각하게 발생하는 것은 특히 요양병원이에요. 요양병원의 경우 오히려 일당 정액제 하에서 노인 환자의 상태가 좋지 못할수록 등급에 따라 돈을 더 받을 수 있는 구조이기 때문에 이러한 기형적 상황을 극복할 수 있는 방안을 고민해야 합니다.”(면담자 D)

마지막으로 제시된 의견은 대상자에 대한 홍보의 필요성이다. 현재 노인 친화적 진료 제공 체계를 적용하고 있는 의료기관의 경우 단순한 호기심이나 TV 등을 통해 찾아오며 노인포괄평가 진행 시 단순한 치매 검사 등으로만 오해하는 경우가 다수이기 때문이다. 따라서 노인포괄평가에 대한 명확한 인식과 그에 대한 필요성 등을 대상자들에게 지속적으로 홍보할 필요가 있다는 것에 공통적으로 동의했다.

제2절 모형의 개발

1. 이론

고관절 골절 노인 환자를 대상으로 하는 병원 중심의 모형 개발은 호주 뉴사우스웨일즈 주정부 의료 서비스 혁신처(Agency for Clinical Innovation, NSW, 이하 ACI)에서 개발한 모형 개발 틀을 참고하였다. ACI는 호주 NSW 주정부의 보건부 기관으로 임상 의료진, 소비자 및 관리자와 협력하여 더 나은 의료 서비스를 설계하고, 개선된 서비스 모형이 임상에서 적용될 수 있도록 하는 기관이다. 구체적인 업무는 서비스 모형

개발 및 평가, 임상 적용 지원, 의료 서비스 혁신에 관한 전문가 상담 지원, 정보 교류, 의료인의 전문성 및 역량 강화를 위한 지원이다.

ACI가 제안한 모형 개발 시 준수해야 하는 원칙은 다음과 같다(ACI, 2013, p. 3).

- 환자 중심의 모형이다.
- 병원과 지역에 따라 유연하게 적용 가능하고 대상 환자 누구나 접근 가능한 형평성을 갖추도록 한다.
- 통합 서비스가 가능하도록 고려한다.
- 환자의 안전과 의료의 질이 보장되도록 한다.
- 효과를 측정할 수 있는 지표와 평가 프로세스를 마련한다.
- 의료 서비스를 구성하고 전달하는 새롭고 혁신적인 방식을 추구한다.
- 미래 의료 서비스에 대한 비전을 정립한다.

ACI가 제안하는 모형 개발 시 고려 사항은 다음과 같다(2013, p. 3).

- 접근 가능한 최선의 근거에 기반을 두어 개발한다.
- 정부의 계획 및 전략과 연계하여 개발한다.
- 임상전문가, 관리자, 의료 서비스 파트너, 지역, 환자와 협력하여 개발한다.
- 소요 비용을 산출하고 자원 조달 방식을 점검한다.
- 병원 외 환자가 거쳐 가는 다른 서비스 제공자를 아우른다.
- 우선 대상자와 특별 대상자를 고려한다.

2. 모형 개발의 5단계

가. 프로젝트 개시

프로젝트 개시 단계에서는 개선이 필요한 서비스를 점검하고 변화가 필요한 근거를 세운 뒤 작업 진행에 필요한 지원을 확보하고 진행 방법을 체계화한다. 다음은 이번 모형이 골절 노인 환자를 대상으로 개발된 근거이다(그림 3-4-1).

[그림 3-4-1] 병원 서비스 모형 개발 5단계



주: Understanding the process to develop a Model of Care An ACI Framework에서 제시한 프로세스를 도형화함.

자료: Agency for Clinical Innovation (ACI). (2013). Understanding the process to develop a Model of Care An ACI Framework. Chatswood: Author p. 4.

우리나라는 급격한 고령화를 겪고 있다. 이는 세계적으로 유례가 없는 저출산과 평균수명의 연장에 기인한 것이다. 우리나라의 합계출산율은 1970년 4.53명이었으나, 2015년 1.23명으로 감소하였다. 같은 기간 평균수명은 62.27세에서 82.06세로 대략 20년이 연장되었다. 특히 우리나라 베이비붐 세대(1955~1963년 출생자)가 65세에 진입하게 되는 2020~2028년을 이대로 맞이하게 된다면 우리의 의료 체계와 건강보험의 건전성은 위협을 받을 것으로 예상된다. 직면하고 있는 고령화 시대에 효과적으로 대응하기 위하여 의료 서비스를 노인 친화적으로 개선하는 작업은 의료 서비스의 질 향상은 물론 효율성 제고에도 필요하다. 기존 병원의 의료 서비스는 기능 쇠퇴, 만성질환 등의 기저 질환 보유, 노쇠 등

을 겪는 노인의 특성을 반영하여 디자인된 서비스가 아니다. 역사적으로 볼 때 병원 서비스는 한 가지 상병을 빠르게 진단하여 수술 및 의료적 처치를 하도록 디자인되었으며, 이러한 서비스 디자인은 복합 질환을 지닌 노쇠한 노인 환자에게는 적합하지 않다(Wong, Ryan, Liu, 2014, p. 2163).

노인의 증가는 의료기관 이용 및 의료비 상승과 직결된다. 생명과학의 발전, 의료의 전문화, 고급화, 국민의 기대감 상승으로 의료비상승률은 소득의 증가 속도를 앞지른다(유승훈, 박은철, 2009, pp. 15-16). 이에 대응하기 위하여 의료 이용의 효율성을 높일 수 있는 모형이 필요하다. 진료의 효과 및 서비스 효율성을 극대화하기 위한 방안으로 한국의 의료 상황에 적합한 임상진료지침을 개발하는 것을 포함한다.

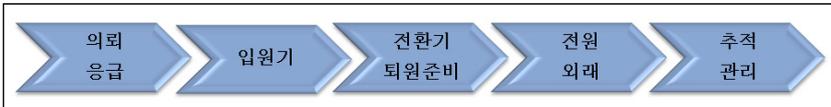
한국의료패널 자료를 통해 한국 노인들의 의료 이용을 분석한 자료에 따르면 만성질환이 많고, 고령일수록 의료 이용이 많았다(황연희, 2011, p. 55). 65세 이상 노인의 의료기관 방문 질환의 진단 코드를 보면 손상, 중독 및 외인으로 인한 응급의료 이용 가장 많았고, 고혈압, 뇌경색증과 같은 순환기 계통의 질환이 그 다음을 이었다(황연희, 2011, p. 58). 이에 병원 이용 노인의 다빈도 상병이며, 진료과정을 표준화하기 용이한 골절 환자를 대상으로 한 모형의 개발을 우선적으로 실시한다.

노인 환자는 젊은 환자들에 비하여 두 배 이상 높은 비율로 병원 입원 중 섭망, 기능 감퇴, 낙상, 욕창, 영양 부족의 문제를 겪으며 이로 인하여 재원 기간이 길어지고 독립적인 생활 능력 회복에 어려움을 겪는다(Brennan et al., 1991, p. 372; Covinsky, Pierluissi, & Johnston, 2011, pp. 1783, 1784; Wong, Ryan, Liu, 2014, p. 2163). 이러한 결과는 병원을 이용하는 노인 환자의 특성을 고려한 서비스 전략과 진료 지침 개발의 추가적인 근거가 된다.

나. 진단

현재 시스템이 직면한 문제를 파악하고 근본적인 원인을 파악하는 과정이다. 진단의 과정은 전문가 포럼, 의료인 및 보건의료 정책 전문가 대상 질적 면담 조사를 통해 파악한다. 노인 골절 환자의 경로를 의뢰 혹은 응급실을 통한 입원, 병원 병동에서 필요한 의료증재를 받는 입원 기간, 퇴원을 준비하는 전환기, 재활 등 아급성기 진료를 위한 전원 혹은 집으로 퇴원하는 외래 방문 기간, 치료가 완료된 후 추적 관리기간의 다섯 단계로 나눌 수 있다(NSW government of Health, 2015, p. 19, 그림 3-4-2).

[그림 3-4-2] 노인 골절 환자 경로



주: NSW Rehabilitation Model of Care, Good practices and innovations across the continuum of care 부분의 그림을 참고하여 한국 내 골절 환자 의료 서비스를 진단하기 위해 활용함.

자료: NSW government of Health. (2015). NSW Rehabilitation Model of Care. <https://www.aci.health.nsw.gov.au/resources/rehabilitation/rehabilitation-model-of-care/rehabilitation-moc/NSW-Rehabilitation-MOC.pdf> p. 19.

노인 환자가 골절로 인하여 의뢰 및 응급으로 병원을 이용하게 되는 첫 번째 단계의 가장 큰 문제점은 주 상병에 대한 진단에 그치지 않고 포괄적이고 전인적으로 노인을 평가할 수 있는 도구가 표준화되어 있지 않고, 해당 작업을 진행할 전문 인력이 부족한 것이다. 따라서 본 연구에서는 효율적으로 노인의 포괄적 상태를 평가할 수 있는 표준화된 도구를 제시하고 시범 사업을 통해 그 효과를 파악하고자 하였다.

두 번째 단계에 대한 진단 결과 고령의 골절 환자를 위해서는 다학제

팀 접근의 표준화된 임상진료지침 마련이 중요한 것으로 나타났다. 영국 국립 보건의료기술평가센터의 골절 후 노인 환자 치료 중재에 관한 체계적 문헌 고찰에 따르면 서로 다른 치료 전략을 비교하여 분석한 결과를 해석하는 데 있어서 유의할 필요가 있지만, 다음의 결론을 내릴 수 있었다. 노인 고관절 골절 진료 지침과 빠른 퇴원 촉진 전략은 병원 입원 기간을 줄일 뿐만 아니라 입원 이전의 거주 생활로 복귀하는 비율을 매우 높인다(NSW government of Health, 2015, p. 19; Cameron et al., 2000, pp. 21, 22, 55). 2007년 홍콩의 대학병원에서 65세 이상 고관절 골절 환자의 임상진료지침을 개발하여 적용한 후 2011년까지 총 1300건 이상의 고관절 골절 환자에 대해 진료한 결과를 이전 진료 기록과 비교한 연구에서, 임상진료지침을 적용한 이후 수술 전 재원 기간은 적용 이전 평균 6.1일에서 평균 1.5일로 획기적으로 감소했으며, 전체 재원 기간 감소, 입원 기간 및 30일 내 사망률 감소 등 전반적인 치료 효과의 상승이 관찰되었다(Lau, Fang & Leung, 2013, p. 3). 여러 문헌과 국내 전문가들의 일치된 의견 수렴 결과에 따라 노인 대상 임상진료지침을 개발한다. 특히 환자가 입원 전 거주지로 퇴원하는 것을 목표로 수술 후 외상 기간을 최소화하도록 중점을 두었다. 환자가 다른 의료기관으로 전원되어야 하는 경우, 현 의료제도 내에서 상이한 의료기관의 의료진이 협업하는 데 한계가 있어 새로운 서비스를 시범 적용하기 어려운 현실을 고려하여 모형의 대상 군을 한정하였다. 단, 다른 의료기관 혹은 다른 환자 군을 대상으로 적용하고자 할 때 쉽게 활용할 수 있도록 유연성과 확대 가능성을 고려하여 개발한다.

세 번째 단계에 대한 진단 결과 퇴원을 준비하는 단계에 필요한 전환기 의료 서비스가 적절히 이루어지지 않는 것으로 드러났다. 근본적인 원인은 환자가 입원 전 상태로 복귀하기 위하여 필요한 집중적인 회복기 의료

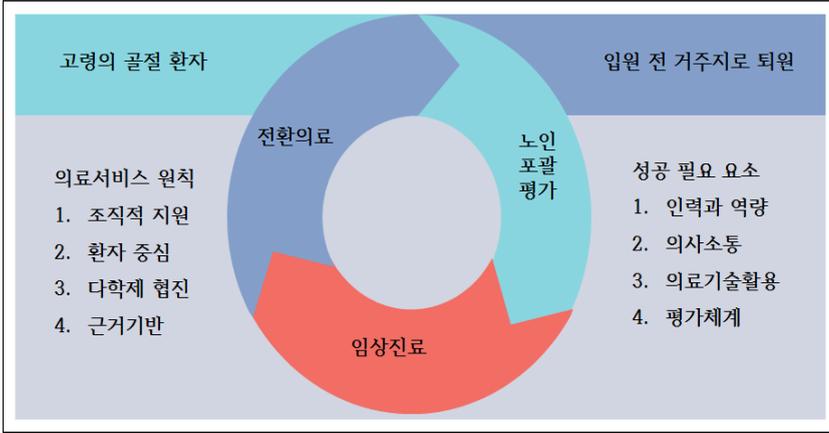
가 주 상병인 골절 치료의 범주에 고려되지 않았기 때문이다. 퇴원을 준비하는 단계에 필요한 환자 교육, 적응 훈련 등을 병원 의료 서비스의 범주 안에 포함하여 퇴원 계획(Discharge Planning)과 전환기 의료(Transition Care, 의료기관 혹은 재가 등 여러 세팅에서 제공 가능)를 제공하고 있는 미국, 호주, 캐나다와는 대비되는 상이한 진료 지불 체계로 인하여 필요한 행위를 어렵게 하고 있다. 우리보다 앞서 고령화를 경험하고 이에 대응하는 보건의료 서비스의 변화를 시도한 국가들의 사례에서 입증된 근거가 있으므로 우리나라의 제도 안에서 가능한 수준으로 퇴원 준비를 위한 전환 의료 서비스를 제공할 필요가 있다.

마지막으로 퇴원 이후의 관리는 기능 상태가 저하된 고령의 환자일수록 필요도가 높아진다. 특히 일차 의료 기반이 약한 우리나라의 실정을 고려하면 퇴원 후 최소한의 추적 관리를 통해 환자의 재입원을 예방하고 환자가 일상생활로 복귀하는 데 긍정적인 영향을 미칠 것으로 판단된다. 환자의 퇴원 후 추적 관리는 시범 사업이 마무리되는 2018년에 이루어질 예정이다.

다. 해결책 제시

모형 개발을 위하여 해외 의료기관 방문, 국내외 전문가 자문, 포럼, 국제 심포지엄, 환자 및 의료진 질적 면담 조사를 실시하였다. 골절 환자 대상 노인 친화적 의료 서비스의 목표는 입원 전 거주지로 퇴원하여 도달 가능한 기능 상태를 회복하는 것으로, 크게 세 가지로 구성된다. 첫째, 노인포괄평가, 둘째 임상 진료, 셋째 전환 의료 제공이다(그림 3-4-3).

[그림 3-4-3] 노인 골절 환자 의료 서비스 제공 모형



1) 골절 환자 대상 노인 친화적 의료 서비스 원칙

첫째, 조직 차원의 지원이 필요하다. 구체적으로 환자의 병원 이용 경험이 만족스럽도록 하기 위하여 병원 내 모든 인력이 노인 친화적 의료 서비스 제공 원칙을 이해하고 실천하여야 한다. 또한 병원의 물리적 환경이 환자의 치료를 촉진하고 심리적 안정을 도모할 수 있도록 디자인되어야 한다. 둘째, 환자 중심의 서비스는 가능한 부분에서 환자의 선택을 존중하고 모든 결정에서 환자의 의견을 수렴할 때 가능하다. 환자의 자기 결정권 존중이라는 점에서 의료 윤리적으로 중요한 원칙이다. 셋째, 다학제 협진 원칙은 전반적인 기능의 감퇴, 노쇠 등의 노인증후군, 만성질환 등의 기저 질환이 있는 노인에게는 필수적인 원칙이다. 넷째, 근거 기반의 서비스는 환자의 상태에 따라 섬망, 노쇠, 다약제 관리 등의 적절한 중재가 고려되는 것이며, 환자의 진료와 관련된 모든 데이터를 축적하여 이후 치료에 반영하는 것까지 포함한다.

2) 성공의 필요 요소

적절한 인력의 구성과 역량의 강화는 물론 환자를 만나는 모든 병원 내 종사자가 같은 비전을 공유하고 일관된 서비스를 제공해야 한다. 이를 위해 수평적 의사소통이 가능한 조직 내 시스템이 필요하다. 환자와 그 보호자의 교육 그리고 퇴원 후 추적 관리에 필요한 의료기술을 활용하고, 개선된 서비스 모형에 대한 평가 체계를 갖추어야 한다. 평가 체계는 매우 중요한 요인이다. 평가 지표가 있고 평가를 수행하는 것은 근거를 마련하는 작업이다. 측정 가능한 근거가 수립되어야 비로소 지불 체계에 적용 가능하며 서비스 지속성을 확보할 수 있다.

라. 임상 적용

시범적 임상 적용 단계를 거치는 과정에서 필요한 법제도적 개선안을 제안할 수 있다. 서비스의 성공적 적용을 위한 자원 및 인력에 대한 추계를 하거나 정책적 제안을 마련하는 것도 임상 적용 단계에서 이루어져야 한다.

마. 지속성 확보

새로운 서비스가 반영되고 지속성을 확보하기 위하여 가장 중요한 것은 임상적 효과 평가이다. 평가 결과에 따라 모형이 일부 수정되거나 추가적인 도구의 개발 등이 이루어질 수 있다. 또한 평가 결과에 대하여 관련 전문가들이 공유함으로써 서비스의 확산과 지속적인 서비스 향상이 가능하다.

제3절 모형의 특성 및 활용 방안

1. 모형 대상의 특성과 확대 적용 가능성

모형의 대상은 65세 이상 고관절 골절 환자이며 입원 전 거주지로 퇴원하는 것을 목표로 한다. 이러한 기준은 65세 이상 노인을 대상으로 하는 기존 자료와의 비교 가능성과 새로운 모형의 운영을 고려한 기준이다. 따라서 모형의 평가 결과에 따라 실제 적용은 연령과 골절 부위에 관계없이 취약 골절(Fragility Fracture)을 대상으로 하거나 퇴원 후 재활병원, 요양병원, 요양시설 등으로 전원하는 환자를 대상으로 확대할 수 있다. 특히 50세 폐경 이후 여성은 골다공증 등으로 취약 골절의 위험이 증가하므로 모형의 적용이 적합한 대상이다.

2. 모형 구성의 특성과 변경 적용 가능성

본 모형의 구성은 환자가 내원하여 퇴원하기까지 시간의 흐름에 따라 노인포괄평가, 임상 진료, 전환 의료의 세 단계로 구분하여 업무의 고도화 및 평가의 용이함을 도모하고자 하였다. 그러나 궁극적으로 연속적인 세 단계의 의료가 하나의 노인 친화적 의료 서비스이며 임상 진료의 범위를 확대하여 노인 특화 임상 진료로 해석하여 적용할 수 있다.

의료 서비스의 원칙들이 지켜진다면 새로운 모형이 성공할 수 있다는 측면에서 원칙과 성공의 필요 요소는 긴밀하게 연관되어 있다. 다만, 성공의 필요 요소가 미비한 상태에서 서비스 전달이 시행될 경우 의도한 결과는 도출될 수 없다. 모형이 성공하려면 역량을 갖춘 인력, 수평적 의사소통 체계, 보건의료기술을 적절하게 활용하는 리더십, 명확한 지표를 갖춘

평가 체계 등의 기본 토대가 서비스 제공기관에 마련되어 있어야 한다.

대전제가 되는 필요 요소와는 달리 의료 서비스의 원칙은 서비스가 개별 환자에게 적용될 때마다 지켜져야 하는 방식이다. 조직 차원에서 비전을 공유하고 같은 노력을 기울이는 것, 환자 중심의 서비스가 전달되는 것, 다른 학제 간 협력하여 진료하는 것, 근거에 기반을 두고 진료하는 것은 매 서비스의 전달마다 고려되어야 하는 원칙이다.

제4절 소결

1. 모형

모형 개발을 위하여 해외 의료기관 방문, 국내외 전문가 자문, 포럼, 국제 심포지엄 등을 실시하였다. 골절 환자 대상 노인 친화적 의료 서비스의 목표는 골절 부분에 대한 성공적 치료뿐만 아니라 입원 전 거주지로 퇴원한 후 도달 가능한 기능 상태를 회복하는 것으로 설정하여야 한다. 골절의 치료와 기능 상태의 회복이라는 두 가지 목표를 이루기 위하여 기능과 노쇠의 평가를 포함한 노인포괄평가를 실시하고, 임상진료지침에 따르며 환자의 기능 상태의 회복을 위한 전환기 의료의 제공이 필요하다. 전환기 의료는 급성기 치료 후에 비교적 짧은 기간 내 회복이 가능한 환자들에 비하여 고령의 골절 치료를 받은 환자에게 요구도가 높다.

노인 친화적 의료 서비스는 의료기관 전체의 조직적 지원, 환자 중심의 서비스, 다학제 협진, 근거 기반의 서비스라는 네 가지 원칙을 지켜야 한다. 더불어 모형 성공의 원동력이자 필요 요소는 다음의 네 가지이다. 역량을 갖춘 인력, 의사소통 체계, 의료기술의 활용과 이를 가능하게 하는 정책, 평가 체계이다.

2. 관련자 면담 결과와 시사점

환자 면담 분석 결과 고령의 골절 환자의 경우 이미 기저 질환, 만성질환, 과거 병력으로 의료기관을 이용한 경험이 많아 골절 사고를 처음 겪고 병원을 방문할 때 자신의 진료 기록이 있는 의료기관을 선호하는 것으로 나타났다. 이러한 면담 결과는 2016년 12월 ‘환자가 원하면 의료기관 간에 진료 정보를 전자적으로 전송하고 이에 필요한 정보 시스템을 복지부장관이 구축·운영’할 수 있도록 의료법이 개정되어 법적 근거를 마련한 후 보건복지부가 올해부터 본격적으로 실시하고 있는 “의료기관 간 진료 정보 교류 사업”이 고령의 환자에게 매우 중요한 것임을 확인해 주고 있다. 아직은 연세의료원을 포함한 6개 거점 의료기관만 업무 협약이 맺어져 있지만(2017년 5월 기준) 보건복지부는 이 사업이 전국으로 확산될 수 있도록 추가적인 법·제도 개선, 의료기관 지원을 적극 추진하고 2020년까지 19개 거점 구축을 목표로 사업을 추진 중이다. 두 번째로 환자들은 노인 환자에 대한 배려 및 조직적 차원의 지원 환경이 마련되어 있어서 병원 서비스를 이용하면서 노인이기 때문에 소외받고 있다는 느낌이 들지 않기를 원했다. 환경이라는 의미가 폭넓은 개념이지만, 본 연구의 대상자들은 응급실에서 노인의 특성을 배려한 대처, 노인을 배려한 병동 혹은 병상의 지정을 언급하였다. 세 번째로 환자들은 노인에 대한 전문성이 있는 의료진(노년내과 팀 등) 중심의 서비스에 대해 높은 믿음과 만족감을 표현하였으며, 노년내과 팀 외에 병원의 다른 의료인들까지 노인에 대해 이해해 주기를 원하였다. 네 번째로 환자들은 한 곳에서 포괄적 케어를 받기를 원하였다. 동반 상병에 대한 협진, 골절 치료와 함께 내과적 치료를 받는 것에 매우 만족한 반면, 주 상병 치료 외에 욕창 관리, 움직임 잃지 않도록 하는 조치, 재활, 물리치료 등에 대한 서비스를 현재 제공되고 있는 수준보다 높게 요구하였다. 마지막으로 환자의 보호자들은

퇴원 후 관리와 치료에 대한 두려움을 드러내며 이에 대한 교육, 정보 접근, 퇴원 후 추가적으로 통증 관리와 재활치료가 연계되기를 원하였다. 이러한 면담 분석 결과는 고령의 골절 환자에게 전환기 의료의 요구도가 높다는 것을 확인시켜 준 것이다.

환자와 달리 의료인과 정책 전문가의 경우 이미 노인 환자에 대한 전문성을 갖추고 있으므로 면담 시 의료기관 내적 요인과 외적 요인을 나누어 설문을 진행하였다. 면담 결과 의료기관 내적으로 서비스 제공 인력의 역할을 구체화하고, 의료기관 종사자 전반에 걸쳐 노인 진료 제공 체계로의 개선이 필요하며 그에 따른 각자의 역할에 대한 인식 개선이 필요하다고 하였다. 역할의 구체화란 고령 환자가 응급실을 내원했을 때 환자를 포괄적으로 평가하는 의료 인력, 수술 전 환자의 문제점을 진단하고 평가하는 의료 인력, 수술 직후 수술에 따른 기능 저하 등의 문제 평가와 재활 계획을 세우는 의료와 재활 등의 인력, 퇴원 직전에 이전의 평가와 비교하여 개선 여부 검토 및 퇴원 계획을 수립하는 의료, 재활, 사회 서비스의 다학제 팀 인력, 퇴원 이후 전원된 환자의 경우 재활 및 요양 서비스에 따른 환자 개선 사항 확인, 퇴원 후 외래로 내원하는 환자에 대한 시기별 기능 개선 여부를 평가하는 인력으로 가이드라인이 제시되었다. 전담 의료 인력 뿐만 아니라 재활과 사회 서비스 관련 인력이 필요하다고 한 점과 퇴원 계획이 중요하게 언급된 점, 응급실 내원 시 노인 환자를 포괄평가하는 인력을 제안한 것은 환자들의 면담 결과와 일치하였다.

노인 환자에 대한 다학제적 접근은 물론 각 진료과목 외에 포괄적인 평가를 위해 재활치료사, 영양사, 사회복지사 등 의료기관 전체에 걸쳐 인력을 활용할 필요가 있으므로 의료기관 종사자 모두가 노인 친화적 서비스 제공에 역할을 수행할 필요가 있다는 인식의 개선이 도출되었다. 역시 환자 면담 결과에 부응하며, 노인 환자 전담 의료인이 이러한 응답을 한 것은 현실적으로 노인 친화적 인식과 가치가 의료기관 내 전 부서 차원에

서 충분하지 않다는 반증이다.

노인 친화적 진료가 제공되기 위해서는 의료기관 내부적으로 노력하는 것에는 한계가 있다. 본 연구에서 실시한 면담 결과 외적 요인으로 세 가지 내용이 핵심적으로 언급되었다. 첫째, 서비스의 대상이 되는 타깃의 구체화이다. 전반적인 생활수준의 향상, 의료기술의 발전, 평균수명 연장이 지속되고 있는 상황에서 국가 정책과 의료기관의 정책 적용 시 오래전에 65세 이상을 노인으로 분류했던 것을 반영하는 것은 수정되어야 한다. 둘째, 현행 의료비 지불 제도는 현재 별도의 노인 진료 제공 체계를 구축하고 있는 의료기관의 노인 친화적 진료 행위에 대하여 적절한 보상을 하지 못하고 있다. 의료 수가는 다양한 의료 공급자가 시행한 다양한 의료 행위 또는 비용에 대한 적절한 보상이 되도록 가격이 결정되어야 하지만, 우리나라 제도상 건강보험 수가는 경쟁시장에서 결정된 가격이 아닌 제3자에 의해 결정된 보상 가격으로 완전할 수는 없다. 이러한 사실을 감안 하더라도, 현행 수가는 전통적으로 상대가치를 인정하는 의료 행위가 아닌 경우, 특히 노인 환자에 대한 포괄평가에 대한 수가, 퇴원 후 계획 수립, 퇴원 후 관리에 대한 보상이 적당하지 않다. 수가가 정부의 통제 수단으로 활용되고 있는 우리나라의 현실에서 노인 친화적 서비스에 대한 해외의 수가 정책을 고찰한 후 우리나라 상황에 부합하는 정책적 개선안을 제시하는 추가 연구가 필요할 것으로 판단된다. 마지막으로 제시된 의견은 노인 친화적 서비스에 대한 인식 개선이다. 우리 모형에서도 제시하였고, 시범 사업에서도 진행하고 있으며, 일부 의료기관에서 제공하고 있는 노인포괄평가의 경우 대부분의 환자와 보호자들이 이를 단순한 치매 검사로 오해하는 경우가 다수라고 면담 대상자들이 밝혔다. 병원을 이용하는 고령 환자를 대상으로 노인포괄평가, 퇴원 계획과 같은 노인 친화적인 서비스들에 대하여 지속적으로 홍보할 필요가 있다고 하였다.

제 5 장

결론

제1절 결론 및 시사점

제2절 제언

제1절 결론 및 시사점

1. 해외 사례가 주는 시사점

가. 캐나다 사례

본 연구에서 문헌 고찰, 국제 심포지엄, 해외 전문가 초청 자문, 세미나, 포럼의 방법을 이용하여 캐나다 온타리오 주의 노인 친화 병원 사례를 알아보았다. 캐나다의 경우 앞서 언급한 의료기관 서비스 패러다임의 변화를 인식하고, 노인 환자의 의료 이용 및 결과를 정확하게 진단한 후 필요한 대응을 하고 있었다. 캐나다가 제시한 노인 친화 병원의 프레임워크는 다섯 개 분야로 이루어져 있다. 가장 핵심이 되는 것은 진료과정이다. 노인 친화적 병원이 되기 위하여 진료과정을 노쇠한 환자의 생리학, 병리학, 사회과학적 이해를 바탕으로 근거에 기반하여 진행하여야 한다. 온타리오 주에서 급성기 의료기관을 이용하는 노인 환자의 현상을 진단한 결과 진료과정에서 우선순위는 기능의 저하, 섬망(delirium), 진원에 따른 진료의 연속성이었다. 진료과정을 프레임워크의 주축 분야로 하고 그 외 조직 차원 지원, 내적 환경(Emotional and Behavioural Environment), 물리적 환경, 의료와 연구의 윤리의 각 분야에서 협력적으로 서비스를 개선하였다.

캐나다 노인 친화 병원 네트워크는 진료과정에서 발생하는 기능저하에

대응하기 위한 조치로 조기 운동(Early mobilization) 전략을 채택하였다. 진료과정 위원회의 방침에 병원은 조직적 차원의 지원을 하였다. 병원의 전략과 정책에 변화를 주어, 조기 운동이 가능하게 하였고, 병원의 종사자가 조기 운동 관련 교육을 받도록 하였다. 내적 환경을 마련하기 위하여 의료진과 환자, 병원 내 서로 다른 직종 간 의사소통 및 태도를 개선시켜 나가고, 조기 운동의 가치를 공유하였다. 물리적 환경 측면에서 병원 복도에 조기 운동 시 위험 요소들을 제거하고, 환자가 스스로 걸거나 움직이는 훈련을 하도록 보조 기구들을 설치하였다. 낙상 방지를 위해 환자를 못 움직이도록 하는 것이 윤리적으로 더 큰 문제를 야기할 수 있다는 근거 연구, 실제 낙상의 방지를 위해 움직임을 제한한 노인 환자와 빠르게 움직이도록 한 환자의 비교 연구를 진행하는 등 진료 및 연구 윤리 분야에서 조기 운동과 관련한 활동을 하고 있다.

캐나다의 사례가 우리에게 시사하는 바는 정확한 진단을 통해 우선순위를 선정하고 병원 전반에서 모든 종사자가 같은 목표 의식을 갖고 움직이도록 프레임워크를 제시한 것이다. 이들이 제시한 노인친화적 병원 프레임워크란 진료과정을 주축으로 조직 차원의 지원, 인식 변화가 실제 임상적 실천으로 이행될 수 있도록 하는 원동력으로서 내적 환경 조성, 물리적 환경 개선, 연구와 임상 윤리적 측면이 유기적으로 작동하는 틀이다.

나. 일본 사례

일본은 일반 병상과 요양 병상으로 구분되어 있는 병상의 기능을 고도급성기, 일반급성기, 아급성기, 장기요양병상으로 재편하는 작업을 진행 중이다. 이러한 개편을 앞두고 정확한 현황을 확인하여 병상의 기능별 수

요를 추정하기 위하여 2014년 병상 기능 보고 제도를 도입하였다. 각 의료기관은 현재 운영 중인 병상에 대하여 급성기, 아급성기, 회복기, 장기요양, 장애인 및 특수질환, 기타로 분류하여 기능을 병동 단위로 보고해야 한다. 이때 분류에 따라 제공하는 의료의 기능 및 특성, 인력의 체계, 구조 설비 등을 함께 보고한다(김남순 등, 2016, pp. 198-199).

2015년 기준 인구 천 명당 병상수가 13.2개로 가장 많은 일본은 11.5개로 2위를 기록하고 있는 우리나라와 함께 독보적으로 많은 병상수를 기록하는 국가이다. 이러한 일본이 기준을 병상을 활용하면서 초고령 사회에 대응하는 방편으로 급성기 병상을 감축하는 대신 아급성기 병상을 확대 개편 중인 것은 우리에게 시사점이 크다. 아급성기 병상은 주로 노인에게 지역 기반 서비스와 연계하기 전 재활의료, 완화의료, 노인에 대한 평가 및 관리의 서비스를 제공하는 기능을 담당하는데, 이러한 수요는 지속적으로 확대될 것이라는 판단이다.

본 연구에서 시행한 환자의 질적 면담 조사 결과에서도 재활의료와 통증 관리에 대한 수요가 높은 것으로 확인이 되었다. 다만, 일본의 경우 법제도적으로 한 의료기관에서 급성기와 아급성기 의료를 제공하는 데 걸림돌이 없으나, 우리나라의 경우 아급성기 병원이 종별로 분류되어 있으며, 급성기 의료기관과 요양병원의 의료비 지불 제도가 상이하고, 서로 다른 의료기관의 협력이 제한적이므로 이를 해결해야 한다.

일본의 경우 금년 연구에서 국제 심포지엄, 해외 전문가 초청, 포럼, 세미나, 해외 기관 직접 방문을 통해 급성기 의료기관 내 고령자 의료센터의 활동을 중심으로 고찰하였다. 고령자 의료센터는 노인에 대한 포괄적 평가, 다약제 회진, 노쇠 회진 등을 통해 기존의 의료 서비스를 개선하는 역할을 담당하고 있다. 노인 환자에 대한 종합적인 포괄평가 보고서를 의료진에게 환류하여 의료 종사자의 인식과 행태를 개선하고 있는 것이다.

이는 국내 병원에 정착시킬 수 있는 진료 제공 방식으로 생각된다.

다. 시사점

캐나다와 일본의 사례에서 볼 때 진료과정에서 노인 환자를 고려한 의료 서비스가 필요하며, 그중 우선순위는 기능의 저하를 예방하고 개선하는 것과 노인의 섬망 관리, 다약제로 인한 합병증 혹은 부작용에 대한 관리가 공통적으로 선정되었다.

조기에 환자를 움직이게 하는 실천 전략이나 섬망을 조기에 발견하기 위한 스크리닝, 처방약제의 변경 등의 조치가 효과를 발휘하기 위하여 서로 다른 전문직 간의 협력에서 나아가 병원의 종사자들이 노인 친화적 서비스에 대한 가치를 공유해야 한다고 강조하고 있다.

캐나다와 일본은 의료기관 서비스가 전통적으로 급성기 질환의 치료 중심으로 이루어져, 복합적인 의료 서비스가 필요하고 기능상의 문제점을 가지고 있는 노인에게 효과적 치료를 제공하기 위해서는 서비스 개혁이 필요하다는 점을 인식하고 있었다. 인구 구조의 변화는 의료기관을 주로 이용하는 연령층의 변화를 의미하며, 평균수명의 연장으로 다음과 같은 환자들이 의료기관을 이용하는 상황 또한 많아지게 된다. 만성질환을 보유한 채로 오래 살아가는 노인, 정신적·신체적 기능이 저하 상태이거나 노인성 질환에 이환되어 살아가는 환자가 급성기 질환에 추가 이환된 경우, 주 상병의 치료를 위해 의료기관에 입원하는 동안 추가적인 기능의 저하가 초래되는 경우, 기능을 회복하기 위한 재활 및 회복기 의료이용의 요구도가 높은 경우 등이 그러하다.

2. 시범 사업의 결론 및 시사점

가. 시범 사업 대상군의 선정 및 결과

대퇴골 골절 환자는 다학제 간 협진이 필요한 병원의 환자 중에서 가장 노쇠하고 병약한 환자군이며, 이들에 대한 병원의 케어는 그 병원이 어떻게 노쇠한 고령의 환자를 다루고 있는지 알 수 있는 대리 지표이다 (Riemen, Hutchison, 2016, p. 120). 우리나라의 경우에도 대퇴골 골절은 고령의 환자에서 자주 발생하며, 예후 및 의료적 처치의 효과를 평가하는 지표들이 명확하고, 고령의 환자에게 발생할 경우 수술 전후 다양한 의료 문제의 수반과 합병증의 빈도가 높고, 주 상병의 치료 이후 장기간의 재활이 필요하다. 우리보다 앞서 노인 환자 대상 대퇴골 골절 환자의 임상진료지침을 개발한 선진국의 사례를 통해 진료 지침 적용의 효과가 입증되었다. 또한 고령의 대퇴골 골절 환자의 경우 골절 처치 외에 욕창 관리, 영양 섭취, 배뇨 관리, 전반적 기능 상태 평가 등 내과적 처치가 반드시 동반되어야 한다는 점에서 노년내과와 정형외과 협진을 진료지침 모델로 선정하였다.

대상은 응급실을 통해 내원한 65세의 환자 중에서 3개 이상의 내과적 질환이 있고 수술 전 평가가 필요한 경우로 응급의학과에서 정형외과에 입원장을 발부한 이후 노년내과에 수술 전 평가 및 수술 후 관리에 대한 협진을 의뢰한 환자이다. 기존의 정형외과 중심 진료를 받는 대조군과 이번 시범 사업팀 모형의 진료를 받는 환자군의 배정은 정형외과에서 무작위로 선정하도록 하여 연구 결과의 신뢰도를 높였다. 정형외과에서 노년내과에 의뢰한 협진 내용은 노인포괄기능평가 및 마취와 관련된 내과적 질환의 전 처치이다. 의뢰된 환자는 입원 48시간 이내에 배뇨 및 배변, 인

지, 통증, 영양, 약제 관리 및 전반적 운동 능력의 총 6개 분야에 대하여 포괄기능평가를 받고, 내과적 전 처치와 함께 필요에 따라 전문 진료과로 추가 협진을 받는다. 이상의 시범 사업 절차에 따라 2017년 5월 1일부터 동년 7월 31일까지 총 31명의 환자를 대상으로 시범 사업이 시행되었다.

정형외과의 환자 대조군과 시범 사업 대상군을 통계적 방법으로 분석하여 5가지 지표를 비교한 결과 1)환자의 입원 기간은 대상군에서 유의미하게 길게 나타났으며, 2)집으로 퇴원한 환자도 대상군이 더 많았다. 3) 1개월 뒤 자가 활동이 가능한 환자의 비중도 대상군이 높았다. 4)중환자실 입원, 5) 1개월 내 병원에 재입원한 환자의 숫자는 대상군에서 적게 나타나, 입원 기간을 제외한 4가지 평가 항목에서 대상군의 결과 지표가 좋았다. 노년내과 입원 시 입원 기간이 길게 나타난 것은 충분한 평가 및 전 처치를 위해 수술 전 입원 기간이 길어졌고, 수술 후에도 환자가 퇴원 가능한 상태가 되도록 내과적 처치 후 퇴원 조치한 것에 기인하였다고 파악된다. 이에 비하여 정형외과 대조군은 기존의 진료 지침에 따라 수술 후 예외적인 상황의 경우를 제외하고 정해진 날짜에 2차 병원, 요양병원, 요양시설 등으로 전원된다. 이러한 상황으로 볼 때 입원 기간 항목은 본 시범 사업의 결과 지표로 활용하기에는 제한점이 있었다.

나. 시사점

고령의 대퇴골 골절 환자를 대상으로 실시한 본 연구의 결과는 노인 친화적 임상진료지침 적용이 환자의 치료효과를 높이는 데 기여하는 것을 확인해 주었다. 노인 환자의 포괄적 평가가 의료의 질 관리에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 기대되지만, 연구 기간의 한계와 다학제 협진의 제한으로 평가에 따른 적절한 중재가 이루어지지 못하여 장기적으로 퇴원 후

지속적인 관리를 통해 환자의 예후를 관찰할 필요가 있다. 시범 사업을 진행한 팀이 도출한 추가적인 결론은 임상진료지침이 효과를 발휘하려면 의료기관 전반에 걸친 종사자들이 노인 친화적 서비스에 대한 가치를 공유할 수 있도록 병원 종사자 교육은 물론 환자와 보호자 대상 교육 프로그램의 개발이 필요하다는 것이다. 퇴원 후 연속적 관리가 이루어질 수 있도록 환자와 환자의 가족을 교육하여 이들의 질환 관리 역량을 높이는 작업은 매우 중요할 것으로 판단되어, 추후 노인포괄평가에 근거하여 각 평가 항목별로 환자에게 퇴원 후 가정에서 할 수 있는 운동 등의 방법, 안전한 환경을 만드는 방법, 도움을 받을 수 있는 사회적 자원에 대한 정보를 제공하고, 퇴원 후 외래를 통하여 추후 관리하는 식으로 중재를 확대할 필요가 있다.

3. 모형 개발의 결론 및 시사점

가. 환자 면담 분석 결과

모형의 관련자로 서비스 제공자인 의료인, 서비스 이용자인 고령의 대퇴골 골절 환자, 전문가로 병원과 정부의 정책에 대한 경험이 있는 대상을 선정하여 질적 면담 조사를 실시하였다. 전문성을 지닌 의료인에게는 노인 친화적 서비스에 영향을 미치는 내적·외적 요인들에 대한 질문을 하였다. 환자의 경우 대퇴골 골절로 병원을 이용한 경험에 대하여 질문하고, 환자의 응답이 어떠한 주제에 집중되었는지 분석하였다. 고령의 대퇴골 골절 환자가 노쇠하고 병약한 상황인 점, 현실적으로 여러 가지 의사결정이 보호자에게 치중되어 있는 대상인 점 등을 감안하여 면담에는 보호자와 환자가 모두 참여하도록 하였으며, 질문의 대답은 보호자와 환자

로부터 모두 수렴하였다.

환자의 면담 분석 결과 병원 서비스에 대하여 환자와 보호자는 총 5개 주제에 관하여 집중적으로 언급하였다. 첫째 의료 정보 관리에 관한 부분이다. 환자들은 대퇴골 골절로 입원할 때 자신의 과거 진료 기록이 있는 의료기관을 최우선적으로 선택하는 것으로 나타났다. 둘째 환자들은 병원 조직의 환경을 중요하게 생각하였다. 심리적, 물리적 환경을 모두 언급하였는데, 심리적으로 노인을 배려하는 서비스와 의료진에 대해 긍정적인 평가를 보였으며 노인을 배려하지 않는 환경에 대하여 불만을 토로하였다. 특히 응급실에서 노인 환자에 대한 평가와 통증 관리 없이 긴 시간 대기토록 하는 것과 노인 지정 병상이 없는 것에 대한 불만이 가장 컸다. 셋째, 의료 인력이 매우 중요한 부분이었다. 의료인의 충분한 설명, 노인 환자의 특성을 이해하는 의료진의 경험을 높게 평가한 반면 노인 환자의 특성을 이해하지 못하는 의료인에 대하여 불만이 높았다. 넷째, 포괄적 케어를 원하는 것으로 나타났다. 구체적으로 고령의 환자를 고려하여 서로 다른 진료과가 협진하는 것에 대해 높은 만족감을 보였고 골절 치료 외에 욕창 관리, 빠르게 움직이도록 개입하고 근력을 유지할 수 있도록 재활과 물리치료가 병행되기를 추가적으로 요구하고 있었다. 마지막으로 퇴원 계획에 대한 부분은 보호자의 의견과 환자의 의견이 상이했다. 환자의 경우에는 퇴원 후 통증치료만 중요하게 언급하였지만, 보호자들은 퇴원 후 관리에 대한 정보와 교육에 대한 요구가 높았으며, 통증치료뿐만 아니라 인지 능력의 유지와 재활치료를 받고 싶어 하였다.

결론적으로, 본 연구의 환자 면담 분석의 결과는 캐나다의 노인 친화 병원의 프레임워크와 일본의 고령자 의료센터의 노쇠 회진, 노인 친화적 가치의 공유, 일본 정부가 실시하는 병상의 개편 정책과 일치하였다. 구체적으로 조직의 환경과 의료 인력이 노인 친화적으로 바뀌기를 요구한

것, 한 의료기관에서 포괄적인 케어를 받고 싶어 하는 것, 퇴원 계획이 있으며 퇴원 이후 필요한 정보를 얻고, 기능 회복을 위한 의료적 처치를 원하는 것이다.

나. 의료인 및 전문가 면담 분석 결과

의료기관 내 서비스 제공 인력의 역할을 명확히 하여 응급실, 수술 전, 수술 후, 퇴원 직전의 단계마다 노인 친화적 서비스가 제공되어야 한다고 보았다. 고령의 대퇴골 골절 환자는 응급실 내원 시 포괄적 평가와 적절한 중재가 필요하며, 수술 전에 문제점을 진단하고 평가해야 하고, 수술 후 기능 저하의 문제를 진단하고 재활 계획을 세워야 하며, 퇴원 직전에는 퇴원 계획을 세우고, 전원되는 환자는 전원기관과 협력하여 진료의 연속성을 확보하고 집으로 퇴원하는 환자는 외래를 통하여 기능 개선 등을 확인해야 한다. 이러한 연구 결과는 해외 사례 고찰의 결과와 일치할 뿐 아니라, 퇴원 계획의 요구와 응급실 내원 시 노인 환자 응대 팀을 요구했던 환자 면담 결과와도 부합하였다.

의료인뿐만 아니라 의료기관 내 재활치료사, 영양사, 사회복지사 등 종사자 전반에 걸쳐 노인 친화적 서비스에 대한 가치를 공유하여 인식을 개선해야 한다는 결과 역시 해외 사례 고찰 및 환자 면담 결과와 일치하는 것이다.

의료기관 외적 요인은 노인 친화적 서비스 대상을 구체적으로 설정하는 것, 의료비 지불 제도의 개선, 노인 친화 서비스에 대한 인식개선의 세 가지가 도출되었다. 서비스별로 대상자 선정을 구체적으로 정하는 문제는 일본의 고령자 의료센터에서 각 서비스별 대상을 스크리닝하여 적용 대상을 한정하여 서비스 효율을 높이고 있는 점과 일치하는 의견이다. 일

률적으로 65세 이상을 노인으로 선정할 경우 대상이 너무 많아 인력이 감당할 수 없으므로 연령 기준을 조정하고 서비스별로 1차 스크리닝 후 최종 대상자를 선정하는 것이 필요하다. 둘째, 현행 수가는 노인 친화적 진료 행위에 따른 보상을 하지 못하고 있다. 의료 행위에 대한 적정 가치가 반영되지 않는 의료 정책상 문제는 병원 서비스의 왜곡을 가져올 수 있다. 특히, 노인 환자 포괄평가에 대한 수가, 퇴원 후 계획 수립, 퇴원 후 관리와 같은 노인 친화적 서비스에 대한 보상은 적정 수준이 아니다. 마지막으로 노인 친화적 서비스에 대한 인식 개선이다. 캐나다의 사례에서 조기에 움직이도록 개입하는 서비스의 경우 환자와 보호자의 일부가 이에 대한 반발하거나, 심지어 의료인 사이에서도 낙상을 우려하여 서비스에 대하여 소극적인 태도를 보인 것으로 드러났다. 이를 극복하기 위하여 내적 환경을 개선하여 의료인과 환자 및 보호자를 대상으로 의사소통을 충분하게 하고 필요한 교육을 실시했다. 우리 연구에서는 노인포괄평가에 대한 환자들의 인식이 부족하여 치매 평가와 차이를 구분하지 못한다고 하였다.

본 연구는 해외 사례 고찰, 시범 사업의 결과, 모형에 관련된 환자, 의료진, 전문가의 면담 결과에 따라 대퇴골 골절 환자를 위한 노인 친화적 서비스 모형을 제시하였다. 서비스는 내원한 환자의 병원 내 이동의 시간적 흐름에 따라 노인포괄평가, 노인 진료 지침, 전환기 의료로 구성된다. 서비스 제공 원칙은 1)의료기관 차원의 조직적 지원, 2)환자 중심 진료, 3)다학제 협진, 4)근거 기반이다. 노인 친화적 서비스가 성공하기 위한 조건은 첫째, 역량을 갖춘 인력과 적절한 배치, 둘째, 효율적 의사소통 체계, 셋째, 적절한 의료기술의 활용과 이를 가능하게 하는 정책, 넷째, 평가 체계를 통한 지속적 관리이다.

제2절 제언

이 연구에서 시범 사업을 통하여 노인 환자의 임상진료지침의 적용과 다학제 협진의 효과를 입증하였다. 반면 노인포괄평가에 관해서는 연구 기간의 제한과 적절한 중재의 결여로 인하여 그 효과를 확인하기 어려웠다. 의료인 면담에서 노인 포괄 평가의 효과를 높이기 위해서는 인식의 개선이 필요하다는 의견이 제시되었으며 해외의 사례 고찰에서도 종합적인 노인포괄평가는 노인 친화적 의료 중재의 근거가 된다고 하였으므로 이에 대한 확인이 필요하겠다. 추후 연구에서 환자와 보호자의 인식 개선을 위한 교육을 실시하고, 평가에 근거하여 협진이 의뢰된 진료과로부터 피드백을 수렴하고, 퇴원 이후 특정 시점에 노인포괄평가를 반복하여 노인포괄평가의 효과를 확인하는 것이 가능하다.

한편 진료의 연속적 측면에서 지역으로 퇴원한 환자에 대한 가정간호를 시범 사업에 추가하여 퇴원 관리를 포함하는 것을 검토할 필요가 있다. 지역으로 퇴원하지 못하고 다른 기관으로 전원되는 환자의 경우 전원된 기관과의 파트너십 구축이 절실하다. 파트너십 구축은 단기간의 시범 사업에서는 한계가 있을 뿐 아니라 법·정책적 선결 과제가 있으므로 ‘노인진료 제공 체계 확립을 위한 급성기 의료기관과 전원 기관의 연계 방안’ 연구를 제안한다.

제 4 부

보건의료 복지 서비스 통합을 위한
법제도 개선

제 1 장

서론

제1절 고령화의 현주소

제2절 법 원리로서의 사회 연대

제1절 고령화의 현주소

우리나라 인구 다섯 명 중 한 명(19.8%)은 60세 이상인 것으로 나타났다. 이른바 고령화 사회가 바로 눈앞에 다가온 것이다. 행정자치부가 2017년 발표한 주민등록 인구통계에 따르면 우리나라 인구는 5171만 2221명으로, 연령별 분포를 보면 40대 인구가 17%로 가장 많고 50대가 16.4%로 뒤를 이었다. 60대는 10.5%였다. 60대에 70대 이상(9.3%)을 더한 인구는 1023만 5951명(19.8%)이었다. 고령화 속도도 빨라지고 있다. 2016년 65세 이상 인구(13.5%)가 처음으로 15세 미만 인구(13.4%)를 추월한 데 이어 올해에는 65세 이상 13.7%로 15세 미만(13.3%)과의 격차를 0.4%포인트로 벌렸다. 과거 2008년엔 65세 이상 인구가 10.2%, 15세 미만 인구가 17.2%였다.

2013년 발표된 사회보장위원회의 보건 부문 사회지출 장기 전망에 의하면, 2015년에 국내총생산(GDP) 대비 4.0%인 보건 관련 지출이 2030년에는 7.5%, 2040년에는 9.9%, 2060년에는 13.0% 수준으로 증가하는 것으로 나타나는데, 이와 같은 보건 부문 사회지출의 빠른 증가세는 노인 인구 증가에 따른 높은 노인 진료비 증가율에 기인하는 것으로, 건강보험 전체 진료비 중 노인 진료비는 2010년 14조 516억 원에서 2016년 25조 187억 원으로 증가하였으며, 노인 진료비 비중은 2010년 32.2%에서 2016년 38.7%로 높아졌고, 2020년 45.6%, 2030년 65.4%로 오를 것으로 예상된다(김용하, 2017).

한편 우리나라 국민의 기대여명도 상당히 높은 수준에 이르고 있다고 한다. 통계청 발표에 의하면 2015년 기준 남성의 평균수명은 79세이고 여성의 평균수명은 85.2세지만 2065년에는 남성은 88.4세, 여성은 91.6세로 늘어날 것으로 예상된다. 이처럼 오래 살아도 질병 없이 살면 의료비 지출에 미치는 영향은 크지 않을 것이다. 하지만 미국 워싱턴대 연구팀 조사 결과에 의하면 우리나라 국민의 건강수명(질병 없이 건강하게 사는 기간)은 2013년 기준 남성 68.26세, 여성 72.05세로 평균수명과 비교하면 거의 10년간량을 질병이 있는 상태로 사는 셈이다. 이를 고려하면 평균수명의 연장이 의료비 지출에 직접적으로 영향을 주게 되는 것이다(김용하, 2017). 특히 고령화가 진전되면서 노인 인구 중에서 뇌졸중, 알츠하이머병, 파킨슨병 등의 뇌신경 질환자와 고혈압, 심장질환, 당뇨병, 폐질환, 종양, 관절염 등의 만성적인 내과 질환자 등이 크게 증가하고 있다. 앞에서 말한 것처럼 기대여명은 세계 최고 수준에 접근하고 있지만, 건강수명은 이보다 10년 정도 낮은 우리나라의 현실을 감안할 때 앞으로의 의료비 지출은 증가할 수밖에 없을 것이며 이와 같은 의료비뿐만 아니라 노인의 복지 비용 문제를 포함한 새로운 복지 정책에 대한 대비가 필요한 상황이라고 할 수 있다.

제2절 법 원리로서의 사회 연대

한편 위에서처럼 의료비 지출이 증가할 것으로 예상되는 고령화 사회에서 세대 간의 형평을 보장하면서 노인 보건의료 서비스의 수월성을 높이기 위해서는 사회 전체의 협력이 요구되며, 이와 같은 사회적 협력을 통하여 세대 간 부담을 조정하고 보건의료 서비스의 제공 시점에 따른 최

적화된 자원의 분배를 도모하고 노인보건의 예방적인 관리 등 노인 친화적인 제도화 모델이 투영된 노인보건의료 서비스 법제화로 구체화된다(김남순 등, 2016).

노인 보건의료법제는 개인, 가족, 지역사회의 삶을 동시에 향상시키기 위한 공동체의 규범적 합의이며, 이와 같은 규범적 기초 위에서 노인은 한 사람의 개인이자 동시에 공동체의 구성원으로서 행복한 삶을 영위할 수 있다. 다시 말해 노인은 인권의 주체로서 인간 본연의 삶을 향유하며, 동시에 가족과 지역사회에서 활동하는 주민으로서 더불어 살아가는 것이고, 노인의 행복한 삶은 사회 통합에 기여하며 궁극적으로 가족과 지역사회를 공고한 공동체로서 존속시키고 발전시키는 기초를 형성한다(김남순 등, 2016).

법원리적 관점에서 보면 보건의료 서비스는 개인주의적인 법원리와 공동체주의적인 법원리에 동시에 기초한다. 즉 한편으로 개인에게 제공되는 보건의료 서비스에 주목한다면 개인주의적인 법원리에 기초한 서비스로서의 성질을 가지며, 다른 한편으로 공동체 내에서 구조화되는 보건의료 체계의 구조와 그 전달은 공동체주의적인 법원리에 기초하는 서비스로서의 성질을 가진다. 개인과 공동체의 자율과 조화를 법제도의 궁극적인 목표로 설정한다면 보건의료와 사회적 돌봄을 포함하는 보건의료 및 복지 서비스의 통합적 제공은 법원리적으로 개인과 공동체의 조화 그리고 합일과 통합 즉 사회 연대라는 목표를 지향한다. 이와 같은 목표를 달성하기 위하여 보건의료와 복지를 연계하여 제공하는 통합 서비스는 적절하고 적합한 정책 수단으로 인정된다.

나아가 노인은 개인으로서의 권리와 주민으로서의 지위를 가진다는 전제에서 출발한다면, 노인이 개별 기관별로 분절된 서비스를 찾아다니는 것이 아니라, 보건의료의 향유 주체로서 자기의 필요와 상황에 따라서 적

절하게 선택할 수 있는 보건의료 및 복지 서비스를 지역사회 자원으로부터 제공받고 이러한 서비스들을 통합적으로 제공받을 수 있도록 하는 것이 노인복지 향상을 위해 바람직하다(이태수, 2011). 그리고 이와 같은 보건의료 및 복지 서비스를 공급해야 하는 국가와 지역사회의 입장에서는 개별 기관별로 분절된 서비스를 제공하는 것이 아니라 지역사회 전체의 자원으로부터 통합적인 서비스를 제공하는 것이 바람직하다(이태수, 2011).

제 2 장

연구 목적 등

제1절 연구 목적

제2절 연구 범위 및 방법

제1절 연구 목적

제4부의 연구 목적은 고령화 사회에서 노인의 보건의료 및 복지 서비스(본 연구에서는 특히 케어서비스를 대상으로 함, 이하 동일)를 통합적으로 제공하는 체제를 개선하기 위하여 법제적인 차원에서 분석하고 개선방안을 제시하는 데 있다¹⁸⁾. 다시 말해 노인의 보건의료 및 복지 서비스 제공을 위한 법적 체계의 전체적인 윤곽을 파악하고 이들 간의 구조와 연계를 법논리적으로 정립한 후에 이러한 토대 위에서 적극적으로 고령화 사회의 진입을 맞이하여 보건의료 복지 통합 서비스의 제공을 위한 법체계를 제시하는 데 있다.

노인의 기본적인 인권으로서 보건의료 및 복지 서비스에 관한 수급권과 이와 관련한 헌법상 사회적 기본권 및 사회국가원리의 토대를 살펴보고, 이를 기초로 하여 보건의료 정책 및 지역 복지 정책과 관련한 (특히 노인과 관련된) 법제를 체계적으로 분석하고자 한다. 이와 같은 작업을 통하여 노인의 보건의료 및 복지 통합 서비스의 제공에 관한 논의가 정책적인 차원에서 진행되는 것을 넘어서 제도화로 발전할 수 있는 법제적 기초를 제시하는 데 있다.

노인의료는 급성기, 아급성기, 회복기, 만성질환기 등 각 시기별 의료의 특성에 따라 요구되는 의료 서비스의 내용이 달라진다. 따라서 이에

18) 해당 연구는 기본적으로 김남순 등(2016)의 후속 연구로서 연구 목적 및 방법 등을 공유하고 있다.

부응하여 새로운 보건의료 제공을 위한 법체계의 정비 필요하다. 즉 급성기 노인의료는 응급의료제도와 연관되며, 아급성기 및 회복기 의료는 의료보장법제와 노인복지법의 관계에 대한 검토를 필요로 한다. 한편, 노인의 만성질환은 예방관리와 연계된다. 급성기 이후 여명기에 있어서는 연명의료 중단 문제도 검토되어야 한다. 특별히 노인의 치매관리는 정신보건의 영역과 연관되는 중요한 분야이기도 하다. 이와 같이 시기별로 요구도가 달라지는 점을 고려하여 노인의 보건의료 및 복지 통합 서비스의 효과적인 제공의 기초가 되는 법제적인 구조와 체계에 대한 검토가 이루어져야 할 필요가 있다.

나아가 노인 친화적인 보건의료 서비스 제공을 위한 법제화의 문제는 관련된 다학제적 영역별 논의를 통일적이고 종합적인 차원에서 연관시켜 논의되어야 한다. 그리고 이와 같은 경우에도 노인이 육체적, 정신적, 경제적으로 취약한 생활 상태에 놓여 있다는 특별한 환경을 고려해야 한다. 나아가 헌법상 기본권 차원에서 노인을 위한 생애 말기의 행복을 추구할 수 있는 권리를 보장해야 한다는 중요한 의미도 고려하여야 한다. 특히 서비스 전달의 효과성을 보장하기 위하여 노인의 보건의료 및 복지 통합 서비스의 제공에 관한 법적 제도화는 의료보장법제 및 복지관련법제의 상호 연계와 조정 속에서 이루어져야 한다는 목표를 명확히 인식하여야 한다. 이와 같은 목표 인식은 노령화 혹은 노쇠라는 사회적 생활 위험이 전통적인 가족 관계에 의하여 더 이상 보호되지 못하고 개별적 의료 계약에 의해서도 담보될 수 없다는 사실을 규범적으로 포착하는 데서 출발한다. 이와 같은 출발점에서 국가가 사회 연대를 기본이념으로 하여 직접 혹은 간접적으로 노인을 대상으로 하는 공공적 보건의료 및 복지 서비스의 생산과 전달, 분배 그리고 재분배의 구조에 관여하는 것이 정당화된다. 요컨대 노인의 보건의료 및 복지 서비스 제공의 공공성을 인식하는

규범적 토대 위에서 노인 친화적 보건의료 서비스는 보건의료 서비스와 복지 서비스를 통합적으로 전달하는 ‘통합적’ 서비스의 제공에 대해 법제 도적인 분석을 하는 데 제4부의 목적이 있다.

제2절 연구 범위 및 방법

1. 연구 범위

제4부에서의 연구는 고령화 사회에서 노인의 보건의료 및 복지 서비스 제공 체계를 개선하기 위한 법제적 개선 방안을 목적으로 하여 다음과 같이 구성하고 있다. 이하 제3장에서는 노인의 보건의료 및 복지와 관련되는 법체계와 개별 법령을 분석하는 데 중점을 두면서, 우선 헌법상 노인의 건강권에 관한 규범적 기초를 살펴본다. 그리고 노인을 위한 지역 중심의 보건의료 및 복지 통합 서비스 제공과 관련하여 보건의료기본법, 의료보장법제 및 노인복지법제에서의 개별법령을 분석한다.

제4장의 비교법적 검토에서는 우리나라보다 앞서 지역 중심의 보건의료 및 복지 서비스 제공을 구축하고 있는 영국과 일본의 법제를 살펴본다. 영국은 NHS 제도에 의한 국가 운영의 보건의료제도와 지방자치단체 중심의 복지 서비스를 제공하는 법제를 마련하고 있는데, 이와 같은 법제의 운영(개선 조치를 포함)으로부터 향후 우리나라에서 보건의료와 복지 통합 서비스를 제공하는 데 활용할 수 있는 유의미한 시사점을 검토하기로 한다. 일본에서도 우리나라와 마찬가지로 사회적 입원을 최소화하기 위한 노력이 전개되고 있다. 특히 최근의 여러 법 개정을 통하여 지역포괄케어시스템의 구축 및 정비 나아가 보건의료와 복지 서비스의 연계를 위한 제도 개혁이 진행되고 있다.

제5장에서는 제3장에서의 우리나라 법제 분석과 제4장에서의 영국과 일본의 비교법 연구를 정리하고, 이를 통하여 입법 및 정책적 제언을 시도하였다. 다만 다년도 연속 과제의 특성상 우리나라 개별법령상의 구체적인 입법 제언에 관해서는 시범 사업 및 정책적 방향성 등을 고려하여 후속 연구로 기약하기로 하였다.

2. 연구 방법

가. 문헌 연구를 활용한 법적 기초와 법체계의 파악

본 연구는 노인 친화적 보건의료 및 복지 서비스의 제공 체제를 구축하기 위한 법제적 기초를 논의하기 위해 기존의 보고서와 연구논문을 활용하여 기초 이론을 정리하는 데서 출발하였으며 시론적 성격을 지닌다. 한편으로 노인이 가지는 헌법상의 사회적 기본권으로서의 건강권 보장의 관점에서 접근하고, 다른 한편으로 지역사회에 속한 시민으로서 노인이 가지는 공동체 일원으로서의 지위를 고려하는 관점에서 분석하기로 한다. 전자와 관련하여 헌법상 기본권인 건강권의 주체로서 노인의 관점에서 숙고해야 하는 문제를 고찰한다. 후자와 관련하여 개별 법령상에서 노인이 생활하는 지역을 중심으로 보건의료 및 복지 서비스를 통합적으로 제공하는 문제를 고찰한다.

나. 영국과 일본의 법제 비교 분석

비교법적인 연구방법론을 활용하여 외국의 제도를 비교 분석함으로써 우리나라의 제도 개선을 위한 시사점을 찾고 우리 법제의 문제점을 심층

적으로 진단하여 개선 방안을 도출하고자 하였다. 본 보고서에서는 영국과 일본의 제도를 중심으로 살펴보았는바, 영국은 최근 지역 중심의 의료 서비스와 복지 서비스를 통합적으로 제공함으로써 성공적으로 노인의료 제도를 개선하고 있다고 평가되기 때문이다. 일본은 우리나라보다 앞서 고령사회를 경험하면서 1990년대부터 노인의료제도의 개편을 추진해 왔고, 그동안의 오랜 경험을 거쳐 현재 성숙한 단계로 발전해 있다고 평가되기 때문이다. 특히 일본의 의료보험 및 개호보험법제의 연계 정책은 향후 우리나라의 관련법제 개선을 위하여 참고할 만한 시사점을 줄 수 있다고 판단되기 때문이다.

다. 전문가 워크숍을 통한 의견 수렴

연구의 전문성을 높이고 관련된 분야에서 활동하는 다양한 전문가의 의견을 수렴하기 위하여 한국보건사회연구원, 연세대의료원 및 법제연구원의 모든 연구자는 물론 실무자 및 전문가들이 참여하는 전문가 워크숍을 개최하였다.

〈표 4-2-1〉 보건사회연구원, 연세대의료원 및 법제연구원 워크숍 개최 내용

일시	주제	발표자
3. 23.	노쇠와 건강노화	Claudia Lai(동경대학교 교수) 이윤환(아주대학교 교수)
4. 26.	수요자 관점 노인의료	유윤형(디자인케어 대표, 고려대 보건대학원 교수) 염유식(연세대학교 사회학과)
5. 24.	일본의 의료보장제도와 개혁 동향	가타기리 유키(일본 오타루상과대학 법학부 교수) 이동현(연세대학교 의료법윤리학연구원 연구원)
6. 28.	일본의 지역포괄케어시스템과 고령자 의료센터	유애정(건강보험정책연구원 부연구위원) 백상숙(연세대학교 의료법윤리학연구원 연구원)
7. 19.	호주 및 일본의 보건의료 복지 서비스 제공 사례	홍성민(한국법제연구원 부연구위원) 서제희(한국보건사회연구원 부연구위원)

제 3 장

우리나라 법제 분석

제1절 헌법상의 노인건강권

제2절 의료보장법제 체계

제3절 노인복지법제 체계

3

우리나라 법제 분석 <<

제1절 헌법상의 노인건강권¹⁹⁾

1. 개요

헌법은 국민이 갖는 기본적인 권리를 보장하고 우리는 이것을 기본권이라 부른다. 인권이 법적으로 이를 보장하는 장치가 있는가와 무관한 자연법적 개념이라면 기본권은 헌법질서와 국가를 전제로 하는 개념이다. 건강권이 가장 많이 논의되었거나 논의되고 있는 기본권은 아닐지 모른다. 그러나 다른 기본권을 최대한 누리기 위해서는 건강이 전제되어야 한다는 점에서 그리고 무엇보다도 건강한 삶에 대한 요청은 보편적인 요구일 수밖에 없다는 점에서 건강권은 기본권으로서 항구적인 중요성을 가진다. 특별히 노인의 건강권은 두 가지 이유에서 더욱 큰 주목을 요한다. 고령의 노인들은 건강에 관하여 비교적 취약하기 쉽다는 것이 그 하나의 이유이고, 또 다른 이유는 의학 발달 등의 요인으로 인해 전체 인구 중 고령 인구가 차지하는 비율이 눈에 띄게 증가하였고 그러한 추세가 계속되고 있다는 것이다.

본격적으로 건강권에 관한 헌법적 논의를 소개하기에 앞서, 여기에서는 건강권이라는 용어를 사용할 것이나 건강에 관한 기본권을 가리키는 용어로는 건강권은 물론 보건권이라는 용어도 역시 사용되고 있다는 점을 지적해둘 필요가 있다고 생각된다. 헌법재판소의 결정은 대체로 ‘보건

19) 해당 내용은 김현정(2017)의 일부를 수정 가필한 것임.

에 관한 권리' 또는 '보건권'이라는 용어를 사용하는 것으로 보인다.²⁰⁾ 그 밖에 다수의 문헌도 이와 같다.²¹⁾ '보건'이라는 용어를 사용하는 사례에서는 대체로 "모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다"라고 규정한 헌법 제36조 제3항을 이 기본권을 도출하는 헌법적 근거로 본다. 건강권이라는 용어를 사용하는 경우도 다수 존재한다. 건강권이라는 용어를 사용하는 경우 제36조 제3항뿐 아니라 다른 조항들도 건강권의 헌법적 근거로 원용하는 사례가 많다.²²⁾ 그러나 건강권의 헌법적 근거를 무엇으로 볼 것인가에 관한 문제를 별론으로 하고 건강권과 보건권이라는 용어로서 지칭하는 대상은 같은 것으로, 다른 용어를 사용한다 하더라도 동일한 기본권에 관한 내용이 논의되고 있는 것이 대부분이다.²³⁾

20) "헌법은 '모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다'라고 규정하고 있는바(제36조 제3항), 이를 '보건에 관한 권리' 또는 '보건권'으로 부르고..."라 하는 헌재 1998. 7. 16. 96헌마246 결정이 여기에 속한다. 이후에도 여러 건의 결정에서 보건권, 보건에 관한 권리 등 용어를 사용하고 있다(헌재 2009. 11. 26. 2007헌마734; 헌재 2010. 4. 29. 2008헌마622 결정 등). 반면 "의료인이 아닌 자의 의료행위를 전면적으로 금지한 것은 매우 중대한 헌법적 법익인 국민의 생명권과 건강권을 보호하고 국민의 보건에 관한 국가의 보호의무(헌법 제36조 제3항)를 이행하기 위하여 적합한 조치"라 하여 '건강권'이라는 용어를 사용한 예도 보인다(헌재 2002. 12. 18. 2001헌마370. 그 밖에 헌재 2005. 3. 31. 2001헌바87).

21) 성낙인(2016), p. 1414 이하, 이준일(2015), p. 780 이하, 장영수(2015), p. 851 이하 등을 예로 들 수 있다.

22) 김주경(2013), pp. 90-93, 김성률(2016) pp. 154-156, 장병연(2015) pp. 5-6 등 자세한 내용에는 다소 차이가 있으나 이러한 사례들에서 건강권의 헌법적 근거로 드는 것은 헌법 제36조 제3항과 그 밖에 인간다운 생활을 할 권리를 정하는 제34조 제1항, 인간의 존엄과 가치를 규정한 제10조, 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 규정한 제35조 제1항 등이다. 더 넓게는 제12조(신체의 자유), 제37조 제1항(열거되지 않은 기본권)과 같은 것을 들기도 한다.

23) 그러나 양자를 구별하여 사용하는 예도 없지 않다. 장영수(2015), p. 853에서는 건강권은 신체를 훼손당하지 않을 권리로 이해하고 이를 헌법 제36조 제3항과 관련된 기본권인 보건권과 구별되는 개념으로 정의한다.

2. 헌법적 근거

헌법에 명시적으로 규정된 기본권들이 존재하는 반면,²⁴⁾ 건강권을 직접 규정하는 헌법 규정은 존재하지 않는다. 그러나 건강권이라는 기본권은 인정하지 아니할 수 없는바, 다만 헌법상의 근거 규정을 어디에서 찾을 것인가에 관해서 크게 두 갈래로 견해가 나뉜다. 먼저 노인을 포함한 모든 국민에게 보장되는 건강권의 헌법적 근거를 헌법 제36조 제3항에서 찾는 경향이 있고, 두 번째 경향은 헌법 제36조 제3항을 단독의 근거로 하지 않고 다른 헌법 조항도 함께 건강권의 헌법적 근거가 된다고 본다.

전자에 의하면 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”고 규정한 헌법 제36조 제3항에서 건강권이 도출된다. 물론 국민이 건강 내지 보건에 관한 권리를 갖는다는 형태의 규정이 아니라는 점은 이 규정이 건강권이라는 ‘권리’를 규정한 것인가에 관하여 의문을 제기할 수 있게 하는 하나의 실마리가 될 수 있다. 다시 말해 국가의 보호를 받는다는 문언으로부터 기본권을 도출해 낼 수 있는가의 문제가 발생한다. 건강권의 헌법적 근거를 헌법 제36조 제3항에서만 구하지 않고, 다른 조항들도 함께 근거가 되어야 한다고 보는 견해들의 다수는 제36조 제3항의 규정 형식 문제를 하나의 근거로 삼고 있는 것으로 보인다. 그러나 많은 경우 헌법 제36조 제3항에서 보건 내지 건강에 관한 국가의 보호 의무를 정하고 있기 때문에 이 조항이 건강권의 헌법적 근거라고 해석하고 있다(성낙인, 2016, p. 1414; 장영수, 2015, p. 851; 정종섭, 2015, p. 813).

한편 헌법 제36조 제3항만으로는 건강권을 도출하기 어렵다고 보는 견해들은 헌법 제10조와 제35조 제1항을 간접적 근거로 보기도 한다. 건

24) 예컨대 “모든 국민은 양심의 자유를 가진다”라고 규정한 헌법 제19조, “모든 국민은 능력에 따라 균등하게 교육을 받을 권리를 가진다”라는 헌법 제31조 제1항, 그 밖에 헌법 제10조 이하의 기본권 조항들이 명시적으로 규정하는 기본권들이 이에 속한다.

강이 헌법 제10조가 규정하는 인간의 존엄과 가치의 전제가 된다는 점, 건강은 제35조 제1항에서 언급하는 건강하고 쾌적한 환경과 매우 밀접한 관련이 있다는 점이 그 이유이다. 이들 견해에서 말하는 건강권의 직접적 헌법상 근거는 인간다운 생활을 할 권리에 관한 헌법 제34조 제1항과 국가의 보건에 관한 보호 의무를 규정한 제36조 제3항이다. 제34조 제1항에 관해서는 “인간다운 생활”이 구체적으로 어느 정도의 수준을 의미하는가에 관해서 어떠한 의견을 따르든 간에 건강과 인간다운 생활 사이의 연관을 부정하기는 어려울 것이라는 점을 논거로 든다. 제36조 제3항에 대하여는 보건과 건강이 비록 용어는 다르나 그 의미가 같고 국가의 보호 의무에 응하는 일정한 권리를 인정해야 한다고 본다.²⁵⁾ 그 밖에 헌법 제36조 제3항과 함께 국민의 영원한 행복을 확보할 것을 선언하는 헌법 전문, 인간으로서의 존엄과 가치(제10조), 신체의 자유(제12조), 건강에 관한 알 권리(제21조), 인간다운 생활을 할 권리(제34조), 헌법에 열거되지 않은 자유와 권리(헌법 제37조 제1항)에 관한 규정을 건강권의 헌법상 근거로 들기도 한다(김성률, 2016, pp. 154-156).

한편 헌법재판소는 “헌법은 ‘모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다’라고 규정하고 있는바(제36조 제3항), 이를 ‘보건에 관한 권리’ 또는 ‘보건권’으로 부르고” 있다고 설명한다. 건강권 내지 보건권을 헌법상의 기본권으로 인정하고 있으며, 그 근거로는 헌법 제36조 제3항을 들고 있는 것이다.²⁶⁾ 그러나 다른 한편으로 건강과 관련된 기본권 침해 여부를 판단할 때에 헌법 제10조와 제36조 제3항으로부터 국민의 생명·신체의 안전에 관한 권리를 도출하거나, 여기에 국가의 환경보전 의무에 관한

25) 김주경(2013), pp. 90-93, 장병연(2015), pp. 5-6, 장병연(2015), p. 11에서는 헌법 개정이 이루어질 경우 건강권을 명시적으로 인정하는 방향으로 개정하는 것이 바람직하다고 지적하고 있다.

26) 헌재 1998. 7. 16. 96헌마246. 그 밖에 헌재 1995. 4. 20. 91헌바11 등.

헌법 제35조 제1항까지 그 근거로 삼기도 한다.²⁷⁾

노인이 향유하는 건강권의 헌법상 근거 규정이 무엇인가는 헌법이 이 기본권을 명시하지 않았기 때문에 제기되는 의문이다. 그렇지만 국가가 보건에 관하여 지는 의무에 관한 헌법 제36조 제3항이 건강권을 도출해 내는 데에 중심적인 역할을 하는 규정으로 이해되고 있다는 점에 관해서는 이견이 없을 것이다.

3. 법적 성격

건강권을 기본권으로 인정할 경우에 어떠한 성격의 기본권으로 볼 것인가의 문제는 건강권의 내용을 어떻게 볼 것인가와 밀접한 관련이 있는 문제이다. 이 문제에 대한 답에 따라서 건강권에 관한 입법자 및 국가 권력의 역할에 대한 이해도 달라진다. 만약 건강권을 소극적인 성격의 자유권으로 본다면 국가 권력에 의한 방해 내지 간섭의 배제가 건강권의 가장 중요한 내용이 된다. 건강권이 사회권 내지 생존권이라면 국가에 의한 적극적 배려 요구가 주안점이 된다. 따라서 이 문제는 건강권 침해 여부에 대한 사법심사는 어떠한 기준에 의하여 이루어질 것인가라는 문제와도 밀접한 연관을 가지고 있다.

건강권에는 자유권으로서의 성격은 없고 사회권으로서의 성격만 있다고 파악하는 경우도 있다. 이러한 입장에서는 건강 침해 금지, 즉 자유권으로서의 소극적 성격의 권리는 별개의 기본권인 신체의 불가침권 영역에 포섭된다고 보기 때문이다(장영수, 2015, pp. 851-852; 이준일, 2015, p. 780). 그러나 건강권은 (사회권의 성격이 주된 것이라고 하더

27) 헌법 제10조와 제36조 제3항으로부터 생명과 신체의 안전에 관한 권리 및 이를 보호할 의무를 도출하는 사례는 헌재 2015. 4. 30. 2012헌마38, 여기에 헌법 제35조 제1항까지 덧붙였던 경우는 헌재 2015. 9. 24. 2013헌마384가 있다.

라도) 자유권으로서의 성격과 사회권으로서의 성격을 모두 갖는다고 보는 견해가 비교적 다수인 것으로 보인다(김주경, 2013, p. 102; 김상겸, 권영복, 2003, p. 326; 성낙인, 2016, p. 1414; 정종섭, 2015, pp. 813-814). 한편, 헌법재판소는 건강권의 내용 속에 국가에 대하여 소극적으로 침해 배제를 요청할 권리는 물론 국가에 적극적인 요청을 할 수 있는 권리까지 포함된다고 보아 건강권이 자유권과 사회권 모두에 해당된다고 판단하고 있다.²⁸⁾ 특히 건강 면에서 비교적 취약한 노인에게 문제되는 부분 또한 사회권으로서의 건강권일 것이며, 건강권에 관한 논의는 사회권으로서의 측면에서 더 많이 이루어지고 있는 것으로 보인다.

4. 내용

위의 헌법재판소의 견해와 같이 건강권이 자유권적 성격과 사회권적 성격을 가지고 있다고 볼 경우, 건강권의 내용도 이와 관련하여 소극적인 자유권으로서의 내용과 사회권으로서의 내용으로 나누어 살펴볼 수 있을 것이다.

가. 자유권으로서 건강권의 내용

자유권, 즉 소극적인 권리로서의 건강권이 갖는 내용은 무엇보다도 국가에 의한 건강 침해의 배제이다. 자유권이 국가에 의해 제한되는 경우에 그 제한이 헌법적으로 정당화될 수 있는 것인지를 심사할 때에는 비례의 원칙 내지는 과잉금지의 원칙을 적용한다. 과잉금지의 원칙은 헌법 제37

28) 헌재 1995. 4. 20. 91헌바11; 헌재 1998. 7. 16. 96헌마246; 헌재 2010. 4. 29. 2008헌마622 등.

조 제2항에 규정되어 있기도 하지만 법치국가 원리에서 파생되는 우리 헌법상의 기본 원리이기도 하다. 이 원칙은 기본권 제한의 목적이 헌법과 법률에 비추어 정당할 것(목적의 정당성), 그 목적을 위해 택한 방법이 효과적이고 적절할 것(방법의 적정성), 기본권 제한은 필요 최소한에 그칠 것(피해의 최소화), 기본권 제한의 목적인 공익과 제한되는 사익인 기본권을 비교衡量하였을 때 전자가 더욱 클 것(법익의 균형성)을 내용으로 한다.²⁹⁾ 헌법 제37조 제2항에 의하면 자유권 제한의 정당성의 심사 기준이 되는 원칙에는 법률유보의 원칙과 본질내용 침해 금지의 원칙도 포함되지만, 현실적으로 가장 큰 비중을 차지하는 것은 이 과잉금지의 원칙이다. 따라서 노인 건강권의 자유권 측면을 제한하는 경우에도 과잉금지의 원칙이 합헌성 심사의 가장 큰 축을 담당하게 될 것이다.

소극적인 성격의 권리인 자유권으로서의 건강권은 국가의 건강 침해로부터의 자유, 즉 국가의 건강 침해 배제를 내용으로 한다. 국가에 의한 건강권 침해의 예로는 강제 예방접종이나 강제 시술 등을 든다(정종섭, 2015, p. 814). 건강권의 침해란 현실적인 침해는 물론이거니와 “건강을 침해할 위험성이 있는 행위” 또는 “건강 침해의 잠재적 위험성을 내포한 행위” 역시 포함하는 것으로 보아야 한다고 지적하기도 한다. 이러한 위험성 있는 행위를 건강권 침해에 포섭시키지 않는다면 건강권에 대한 실효적 보장이 이루어지기 곤란한 까닭이다(김상겸, 권영복, 2003, p. 327). 오늘날 현실적으로 문제가 될 수 있는 국가에 의한 건강 침해는 국가가 직접 국민의 건강을 침해하는 행위보다는 건강 침해의 위험성을 내포하는 행위에 이루어질 가능성이 높을 것이다.

29) 헌재 1992. 12. 24. 92헌가8.

나. 사회권으로서 건강권의 내용

건강권에 관한 논의의 많은 부분은 사회권적 측면에 집중되어 있다. 고령화 사회에서 노인의 건강권은 특별히 사회권으로서의 성격이 중요할 수밖에 없을 것이다. 적극적인 권리로서 건강권은 국가에 대해 건강의 유지를 위한 적극적 급부를 요구할 수 있는 권리로 이해된다. 여기에는 전염병 예방 접종, 마약 단속, 식품 유통 기타 위생 시설 관리, 그 밖의 여러 보건의료 정책 등이 포함된다(정종섭, 2015, p. 814). 조금 더 상세하게는 건강한 상태를 전제로 하는 것과 건강이 침해된 상태를 전제로 하는 것, 그리고 의료정보에 대한 접근권으로 나누어 설명하기도 한다. 건강한 상태를 유지하기 위해 식품 유통 과정이나 수질 환경 등을 관리·감독할 것, 자연 환경 유지, 건강 검진과 같은 의료 서비스 등을 요청할 권리가 첫째 유형에 해당한다. 건강이 침해된 후 다시 건강을 회복하기 위해 필요한 내용으로는 의료보험이나 응급 의료 기타 의료 서비스 제공에 관한 사항, 보건 및 의료 정책 수립 등이 있다. 마지막 의료정보 접근권은 건강의 유지 또는 회복을 위한 정보에 대하여 접근할 권리라고 할 수 있을 것이다. 이때 기본권은 원칙적으로 국가에 대해서 직접적 효력을 갖기 때문에 정보 청구의 상대방인 의료기관이 사인이라면 국가에 의한 입법적 배려가 있어야 이러한 권리를 행사할 수 있을 것이라고 한다(김주경, 2013, pp. 89-131). ‘보건의료기본법’ 제11조에 의하면 국민은 국가와 지방자치단체의 보건의료시책에 관한 정보는 물론, 자신의 보건의료 기록에 관한 정보를 요청할 수 있다.

의료정보 접근권의 예에서 알 수 있는 바와 같이 사회권적 기본권의 실현 내지 구체화에는 입법의 역할이 특별히 중요하다. 건강권도 마찬가지인데, 건강권 실현을 위한 개별 법률로는 ‘보건의료기본법’, ‘국민건강증

진법’, ‘건강검진기본법’, ‘국민건강보험법’, ‘노인장기요양보험법’, ‘노인복지법’ 및 기타 다양한 법률들이 시행 중이다.

헌법재판소는 건강권의 적극적 내용을 “국민이 자신의 건강을 유지하는 데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리”로 정의하고 이에 따라 국가는 “적극적으로 국민의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부담”한다고 설명한다.³⁰⁾

다. 유엔 경제적·사회적·문화적 권리위원회의 견해

특히 사회권으로서의 건강권의 내용이 어느 범위까지, 또는 무엇을 필수적인 요소로 하여 보장되어야 할지는 앞으로도 많은 논의를 요하는 문제일 것이다. 여타의 사회권과 마찬가지로 건강권의 실현 또한 그 구체적인 내용을 형성할 때에는 국가의 사회적 인식과 무엇보다도 국가의 재정적 상황에 따라 많은 영향을 받게 된다. 그러므로 건강권의 구체적 보장은 각 국가별로, 시기별로 다를 수밖에 없으나, 국제적 수준에서의 논의는 하나의 중요한 참고자료로서 적지 않은 의미를 갖는다는 점 또한 부인할 수 없다.

건강권을 구성하는 요소에 관하여 잘 정리한 것으로는 유엔 경제적·사회적·문화적 권리위원회(CESCR)의 일반의견 제14호(General Comment No. 14)가 있다. 건강에 관한 권리를 다루고 있는 이 문헌은 건강권의 요소를 네 가지로 나누어 설명한다(Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000, pp. 131-132). 그 네 가지는 이용 가능성(Availability), 접근 가능성(Accessibility), 허용성(Acceptability), 품질(Quality)이다.

30) 헌재 1995. 4. 20. 91헌바11.

첫 번째 요소인 이용 가능성은 공중보건 및 의료 서비스를 위한 시설, 물품, 서비스, 프로그램이 충분히 갖추어져 있을 것을 요구한다. 그 수준은 상황에 따라 국가별로 다를 수 있겠으나 식수, 병원 등 보건 위생을 위한 시설, 필수적인 의약품, 전문 의료 종사자와 같은 요소들을 포함하여야 할 것이다. 접근 가능성 요소는 누구나 차별 없이 보건을 위한 시설, 물품, 서비스에 접근할 수 있어야 함을 의미한다. 접근 가능성의 내용을 다시 나누어 보면 ① (특히 가장 취약하고 소외된 계층에 대한) 무차별 (Non-discrimination), ② 물리적 접근 가능성, ③ 경제적 접근 가능성, ④ 정보에 대한 접근 가능성으로 분류할 수 있다. 이 중 물리적 접근 가능성은 특히 가장 취약하고 소외된 계층을 포함하여 모든 사람이 보건을 위한 시설과 물품, 서비스 등에 물리적으로 접근할 가능성을 보장받아야 한다는 것을 내용으로 한다. 여기에서 취약하고 소외된 계층의 예로 들고 있는 것은 인종적 소수자들과 원주민들, 여성, 어린이, 청소년, 노인, 장애인, HIV/AIDS 감염자이다. 경제적 접근 가능성은 건강을 위한 비용에 관한 것이며, 정보에 관한 접근성은 건강 문제에 관한 정보를 탐색하고 이를 수령 및 전파하는 것에 관한 권리이다. 건강권을 구성하는 세 번째 요소인 허용성은 보건을 위한 시설, 물품, 서비스는 젠더 및 생애 주기에 따른 요청 등 문화적 측면에서, 그리고 의료 윤리적 측면에서 적절해야 함을 의미하고, 마지막으로 품질 요소는 과학적·의학적으로 적절한 양질의 보건 시설, 물품, 서비스를 요구한다.

제2절 의료보장법제 체계

1. 개요

우리나라 의료보장법제³¹⁾는 사회보험 방식에 의한 공적 의료보험제도를 기본으로 하여 가장 큰 특징은 국민 모두가 의무적으로 가입하는 전 국민 개보험 체제를 이루고 있으며, 국민 모두에게 보편적 보건의료 서비스를 제공하고 있다는 점이다(홍성민, 2016, p. 157-158; 이상모 등, 2015, p. 163; 김나경, 2012, p. 96). 한편 이를 보완하는 제도로서 저소득자 및 국가유공자 등을 대상으로 하는 공비의료제도를 함께 운영하고 있다. 이에 노인만을 대상으로 하는 별도의 보건의료제도는 마련하고 있지 않다.

이와 같은 의료보장제도를 규율하고 있는 법은 기본법으로서의 보건의료기본법³²⁾을 주축으로 크게 의료 제공 체계에 관한 법제와 자원 조달 체계에 관한 법제로 구분할 수 있다. ①의료 제공 체계를 규율하는 법제로는 의료기관 및 의료 종사자(의사 및 간호사 등)에 관해서는 의료법,³³⁾ 약국 및 약제사에 관해서는 약사법³⁴⁾이 있으며, 공공 보건의료의 기본적인 사항을 규정하고 있는 공공 보건의료에 관한 법률,³⁵⁾ 지역 내의 주민을 위한 보건의료 및 공중위생을 담당하고 있는 지역보건법,³⁶⁾ 군인 등 군 보건의료 체계와 정책을 규정하고 있는 군 보건의료에 관한 법률,³⁷⁾ 보건의

31) 우리나라 의료보장법제에 관해서는 홍성민, 가타기리유키(2016)를 참조.

32) 2015년 12월 29일 법률 제13649호.

33) 2015년 12월 29일 법률 제13658호.

34) 2015년 12월 22일 법률 제13598호.

35) 2016년 2월 3일 법률 제13982호.

36) 2016년 2월 3일 법률 제14009호.

37) 2015년 9월 1일 법률 제13502호.

료 취약 지역에 관한 대책으로서 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법(이하 ‘농어촌보건법’이라 함)³⁸⁾ 등이 있다. ②재원 조달 체계를 규율하는 법제로는 전 국민 개보험 체제를 규정하고 있는 국민건강보험법³⁹⁾과 저소득자 및 국가유공자 등에 관한 의료급여법⁴⁰⁾이 있으며, 기타 국민건강증진법⁴¹⁾에서도 담배세를 재원으로 국민건강증진기금에서 재정을 지원하도록 규정하고 있다.

2. 보건의료기본법

가. 개요

국민 일반에게 제공되는 보편적 보건의료에 관하여 기본적인 사항을 정하고 있는 보건의료기본법은 제3조에서 ‘보건의료’와 ‘보건의료 서비스’의 개념을 구분하고 있다. 보건의료기본법 제3조 제1호에 따르면 ‘보건의료’란 “국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 국가·지방자치단체·보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동을 말한다.”⁴²⁾ 그리고 제3조 2호에 따르면 ‘보건의료 서비스’란 “국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다.”⁴³⁾ 현행법상 ‘보건의료 서비스’의 법적 개념 정의는 보건의료 서비스의 종사자와 보건의료 서비스 제공 기관의 개념에 따르도록 되어 있다.

보건의료기본법은 ‘보건의료’의 개념 정의에서 기술하는 바와 같이 보

38) 2016년 2월 3일 법률 제13989호.

39) 2016년 3월 22일 법률 제14084호.

40) 2016년 2월 3일 법률 제14003호.

41) 2016년 3월 2일 법률 제14057호.

42) 보건의료기본법[법률 제13649호, 2015. 12. 29., 일부개정] 제3조(정의) 제1호.

43) 보건의료기본법[법률 제13649호, 2015. 12. 29., 일부개정] 제3조(정의) 제2호.

건과 의료를 통합적으로 제공할 수 있는 기초를 마련하고 있으며 이를 국가와 지방자치단체 등 공공 주체의 책임으로 규정하고 있다.

나. 내용

보건의료기본법은 “보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 보건의료의 수요와 공급에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 보건의료의 발전과 국민의 보건 및 복지의 증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다.”⁴⁴⁾

보건의료기본법은 2000. 1. 12. “21세기를 맞이하여 국민의 새로운 보건의료 수요의 변화에 대응하여 국민의 건강권을 보장하고, 보건의료 법령 간의 체계성·연계성을 제고시키며, 각 부처의 보건의료 기능에 대한 종합·조정 기능을 강화하여 종합적이고 체계적인 보건의료 정책의 수립·시행 체계를 마련함으로써 보건의료제도의 효율적인 운영과 국민 보건의 향상을 도모하기” 위하여 제정되었다.

보건의료기본법은 “이 법은 보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하는 것에 최고의 가치를 두고, 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 그 시행에 있어서 보건의료의 형평과 효율의 조화를 기함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본이념으로 한다.”라고 기본이념을 선언하고 있다.

동법 제10조는 “모든 국민은 보건의료에 관한 법령이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족

44) 보건의료기본법(법률 제13649호, 2015. 12. 29., 일부개정) 제1조.

의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니하도록 한다.”라고 선언하고 있다.

또한 제11조와 제12조에서 “모든 국민은 관계 법령이 정하는 바에 의하여 보건의료인 및 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있도록 하고, 자신의 질병에 대한 치료방법 등에 관하여 보건의료인에게 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.”라고 규정하고 있다.

3. 노인의료법제

가. 의료법

우리나라 의료에 관한 보편적 사항을 규정하는 모법으로서의 의미를 가지는 의료법은 1951년 9월 25일 한국전쟁의 와중에 국민의료법(법률 제221호)으로 제정 공포되었다(한국보건의료관리연구원, 1997). 본 법률은 “전쟁으로 인한 의료시설의 복구와 전쟁 동포에 대한 의료 대책의 시급성으로 인하여 국민 의료 전반에 관한 법률을 새로 제정함”을 목적으로 제정되어 현행 의료법의 모체가 되었다. 국민의료법의 제정에 따라 이전까지 보건의료 행정의 근거가 되어 온 일제 시대의 규정인 조선의료령은 자연 폐지되었다. 의료법은 “모든 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 국민 의료에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강을 보호하고 증진하는 데에 목적이 있다.”⁴⁵⁾

한편 노인의료복지와 관련하여 중요한 시설은 일반 병원과 요양병원이 다. 현재 요양병원은 우리나라 병상의 1/3인 약 20만 병상을 차지하고 있지만 전체 의료비의 6.7%를 차지하고 있으며, 재정 절감의 중요한 역할

45) 의료법, 법률 제14084호, 2016. 3. 22., 타법개정, 제1조.

을 하는데도 불구하고 이러한 긍정적인 요인보다는 부정적인 요인⁴⁶⁾으로 지적을 받고 있다(손덕현, 2016).

나. 지역보건법

1956년 보건소법이 제정되어 공중보건 보호에 관한 일반법이 마련되었다. 이후 동법은 현행 지역보건법으로 이어진다. 노인의료와 관련하여서는 1991. 3. 8. 개정 보건소법에서 ‘노인보건에 관한 사항’을 보건소의 업무 범위에 포함시켰다. 현행 지역보건법은 “보건소 등 지역 보건의료 기관의 설치·운영에 관한 사항과 보건의료 관련 기관·단체와의 연계·협력을 통하여 지역 보건의료 기관의 기능을 효과적으로 수행하는 데 필요한 사항을 규정함으로써 지역 보건의료 정책을 효율적으로 추진하여 지역 주민의 건강 증진에 이바지함을 목적으로 한다.”⁴⁷⁾

노인을 위한 보건의료 서비스 제공에 있어서 지역 보건소의 역할이 확대될 가능성이 있기 때문에, 지역 보건소와 일반 의료기관의 업무 및 자원 분배가 적절하게 이루어지도록 지역 보건소의 업무를 가능한 한 명확하게 설정할 필요가 있다. 이와 관련하여 최근 지역 보건소에서 노인을 대상으로 제공한 보건의료 서비스가 요양급여의 대상이 되는지 문제된 사건이 있었다. 문제된 지역 보건소에서는 65세 이상의 환자들이 물리치료를 받아야 할 경우 의사 진찰 후 물리치료를 실시하여야 하나, 위 환자들이로 하여금 장시간 대기하는 번거로움을 줄여 주기 위하여 먼저 물리치료를 시행한 다음 진료를 실시한 것으로 전산 처리한 진료 프로그램을 사용한 결과, 위와 같은 요양급여 부당청구가 발생하게 되는 사건이 있었

46) 노인요양병원과 관련한 부정적인 요인은 요양원과 요양병원 간 기능의 부적절한 분배, 요양원과 요양병원에서의 사고 발생으로 촉발되고 있다.

47) 지역보건법, 법률 제14009호, 2016. 2. 3., 일부개정, 제1조.

다. 48) 이 사건에서 법원은 보건소에 대하여 최고 액수로 과징금을 부과한 처분이 재량권을 일탈하였거나 남용하였다고 판단하였다. 왜냐하면 보건소는 지역보건법령 및 자치법규 등에 따라 설치되어 국민건강증진이나 보건 교육, 전염병의 예방·관리 및 진료, 모자보건 및 가족계획 사업, 노인보건 사업 등 공공의료 영역의 제공을 그 주된 업무 내용으로 하고 있고(지역보건법 제9조), 그 설치와 운영에 필요한 비용 일부를 국가와 시·도로부터 보조받을 수 있으며(지역보건법 제19조), 시장·군수·구청장은 보건소 설치·운영 현황에 대하여 시·도지사를 거쳐 보건복지부장관에게 보고하고, 보건복지부 장관으로부터 지도·감독을 받는 등(지역보건법 시행규칙 제12조) 그 설치와 운영 및 업무의 내용에 공익적 성격이 대단히 강할 뿐만 아니라, 특히 이 사건 보건소의 경우 앞서 본 바와 같이 공단에 진료비를 부당 청구하게 된 경위가 오로지 불법 이득의 목적에 있었다기 보다 65세 이상 노인들의 진료 대기 시간을 단축시키려는 의도로 진료 프로그램을 운영한 까닭에서 비롯된 것으로 보이는 점 및 이 사건 보건소가 부당하게 청구하여 지급받은 부분은 모두 부당 이득으로서 징수되었거나 징수될 예정인 점 등 앞서 본 사실 관계에 나타난 제반 사정을 종합적으로 고려해 볼 때, 별표에서 규정된 최고 액수로 원고에 대한 과징금의 액수를 정한 이 사건 처분은 피고에게 부여된 재량권을 일탈하였거나 남용한 경우에 해당한다고 판단하였기 때문이다.

다. 공공 보건의료에 관한 법률

공공 보건의료에 관한 법률은 공공 보건의료의 기본적인 사항을 정하

48) 대법원 2013. 4. 26. 선고 2012두8038 판결[과징금부과처분취소·요양급여비용환수처분취소].

여 국민에게 양질의 공공 보건의료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건의 향상에 이바지함을 목적으로 한다.⁴⁹⁾

OECD의 보건의료 자료(2002)에 따르면 우리나라는 공공 의료기관의 비중이 8.1%에 불과하여 민간 의료기관이 절대적 우세를 보이고 있다. 이에 따라 민간의료기관 간의 무한경쟁으로 인하여 수도권에 의료기관이 편중되고 진단 및 치료 장비 등의 중복 투자로 인하여 자원이 낭비되고 있으며 과잉 진료를 제공함에 따라 국민의 신뢰도나 만족도는 현저히 저하되고 있는 실정이라고 판단되었다. 그러나 현행법상 지역별 의료 수요를 고려하여 병원의 개설에 대한 규제 장치가 마련되어 있지 않아 지역별 의료기관의 양적 질적 편중이 더욱 심각해지게 되었다. 이에 따라 보건의료 계획을 수립할 때 지역별 병상 총량을 관리하는 시책을 마련하도록 함으로써 중복 투자로 인한 병상 공급의 과잉 문제를 개선하여 보건의료 자원을 효율적으로 배분하기 위하여 2016. 5. 29. 보건의료기본법이 일부 개정되었다.⁵⁰⁾

라. 의료급여법

의료급여제이란 생활 유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료 문제를 국가가 보장하는 공공부조 제도이다.⁵¹⁾ 이 제도는 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도의 하나이다.⁵²⁾ 국민기초생활보장법은 동법에 따른 급여의 종류의 하나로 의료급여를 포함시키고 있다.⁵³⁾ 의료급여는 수급자에게 건강한 생활을 유지하

49) 공공 보건의료에 관한 법률, 법률 제13982호, 2016. 2. 3., 일부개정, 제1조.

50) 보건의료기본법, 법률 제14216호, 2016. 5. 29., 일부개정.

51) 현재 2009. 11. 26. 2007헌마734, 판례집 21-2하, p. 576.

52) 앞 주.

는 데 필요한 각종 검사 및 치료 등을 지급하는 것을 말한다.⁵⁴⁾ 국민기초생활보장법은 의료급여에 관하여 필요한 사항은 따로 법률로 정하도록 하고 있으며,⁵⁵⁾ 이에 따라 의료급여법이 제정되어 시행되고 있다.

의료급여법은 노인을 대상으로 하는 의료급여에 대하여 별도의 규정을 두고 있지 않으며, 일정한 수급 자격을 갖춘 자에게 의료급여를 제공하도록 하고 있다. 의료급여 수급권자는 의료급여법 제3조 제2항 및 동법 시행령 제3조의 규정에 의하여 1종 수급권자와 2종 수급권자로 구분되는데, 1종 수급권자는 근로 무능력 세대, 107개 희귀난치성 질환자가 속한 세대, 시설 수급권자(이상 국민기초생활보장수급권자), 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양 아동(18세 미만), 국가유공자, 중요무형문화재 보유자, 북한 이탈 주민, 5·18 민주화운동 관련자, 행려 환자 등이고, 2종 수급권자는 국민기초생활보장수급권자 중 근로 능력 세대와 차상위 수급권자인 만성질환자, 18세 미만 아동 등이다.⁵⁶⁾

마. 치매관리법

치매를 노화 현상의 일종으로 소극적으로 치부하여 가족과 사회의 무관심과 방치 속에서 증상이 더욱 악화되는 상황을 타개하고, 조기 검진을 통한 예방과 진료의 지속적인 병행을 통하여 질환으로 인한 각종 부작용을 차단하기 위한 국가적 차원의 치료·예방 정책과 사회적 기반 조성을 위하여 2011년 제정된 법률이 치매관리법⁵⁷⁾이다. 현행 치매관리법은 치

53) 국민기초생활보장법, 법률 제13987호, 2016.2.3., 일부개정, 제7조 제1항 3호.

54) 국민기초생활보장법, 법률 제13987호, 2016.2.3., 일부개정, 제12조의3 제1항.

55) 국민기초생활보장법, 법률 제13987호, 2016.2.3., 일부개정, 제12조의3 제3항.

56) 현재 2009. 11. 26. 2007헌마734, 판례집 21-2하, pp. 576, 592-592.

57) 법률 제11013호, 2011. 8. 4., 제정, 2012. 2. 5., 시행.

매의 예방, 치매 환자의 진료·요양 및 치매퇴치를 위한 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행함으로써 치매로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적 부담을 줄이고 국민건강증진에 이바지하는 것을 목표로 삼고 있다.⁵⁸⁾

치매관리법은 2011년 제정되어 2012년부터 시행된 이래로 최근 2015년에 있었던 단 한 차례의 일부개정을 통하여 현행 법률에 이르고 있다. 2015년의 일부개정은 급속한 고령화로 인한 개인과 사회의 부담 증가가 예상되는 상황에서 치매환자 가족에 대한 지원을 강화하고자 하는 취지에서 이루어졌다(국회 보건복지위원회, 2014, p. 2). 이에 치매환자 가족의 부양 부담 완화 목적으로, 상담 및 교육 프로그램의 개발·보급 등을 주요 내용으로 하는 치매환자 가족지원사업(제12조의2), 치매환자 관리 등에 대한 전문적이고 체계적인 상담 서비스를 제공하기 위한 치매상담전화센터의 설치 근거(제17조의2) 등을 마련하였다. 한편 중앙과 광역 그리고 지역이 연계된 치매관리 전달 체계의 확립 추진에 있어서 기존에 미비하였던 광역치매센터의 설치에 관한 법적 근거 또한 신설하였다(제16조의2).

제3절 노인복지법제 체계

1. 사회보장기본법

사회보장기본법은 “사회보장에 관한 국민의 권리와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 사회보장정책의 수립·추진과 관련 제도에 관한 기

58) 치매관리법, 법률 제13112호, 2015. 1. 28. 일부개정, 제1조, 2015. 7. 29., 시행.

본적인 사항을 규정함으로써 국민의 복지증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다.”⁵⁹⁾

“사회보장은 모든 국민이 다양한 사회적 위험으로부터 벗어나 행복하고 인간다운 생활을 향유할 수 있도록 자립을 지원하며, 사회참여·자아실현에 필요한 제도와 여건을 조성하여 사회 통합과 행복한 복지사회를 실현하는 것을 기본이념으로 한다.”⁶⁰⁾

사회보장기본법 제3조 제1호에 따르면 ‘사회보장’이란 “출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상시키는 데 필요한 소득·서비스를 보장하는 사회보험, 공공부조, 사회서비스를 말한다.”⁶¹⁾ 사회보장기본법은 사회보장이 필요한 상태로서 ‘노령’으로 인한 사회적 위험을 포함시키고 있다. 그리고 ‘장애’와 ‘질병’이 포함되는바, 노인의 장애와 노인의 질병은 사회보장법상의 보호를 필요로 하는 사회적 위험에 해당한다고 할 수 있다.

2. 노인복지법

노인복지법은 노인의 질환을 사전 예방 또는 조기 발견하고 질환 상태에 따른 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지하고, 노후의 생활 안정을 위하여 필요한 조치를 강구함으로써 노인의 보건복지증진에 기여함을 목적으로 한다.⁶²⁾

노인복지법은 노인복지시설의 설치와 관리를 위한 규정을 포함하고 있다.

59) 사회보장기본법, 법률 제13426호, 2015. 7. 24., 타법개정, 제1조.

60) 사회보장기본법, 법률 제13426호, 2015. 7. 24., 타법개정, 제2조.

61) 사회보장기본법, 법률 제13426호, 2015. 7. 24., 타법개정, 제3조 제1호.

62) 노인복지법, 법률 제13474호, 2015. 8. 11., 타법개정, 제1조.

노인의료복지시설에는 노인요양시설과 노인전문병원이 있다. 노인요양시설은 노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설을 말한다. 노인전문병원은 주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설을 말한다.

3. 노인장기요양보험법⁶³⁾

노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등으로 인하여 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등에게 신체 활동 또는 가사 지원 등의 장기요양급여를 제공하는 것으로서, 사회 연대 원리에 의해 제공하는 사회보험의 하나이다. 노인장기요양보험은 사회적 급부의 방식으로 노인 부양의 부담과 비용을 해결하는 것을 핵심적인 내용으로 하며 사회국가 원리가 구현된 제도라고 할 수 있다(김남순 외, 2016).

노인장기요양보험은 사회복지 서비스 재원을 조세로 충당하여 운영하던 방식을 사회보험 방식으로 전환시키게 되었는데, 이러한 변화는 첫째, 요양 서비스의 보편적 접근권 확보, 둘째, 급여 방식의 다양화, 셋째, 수급자의 평가와 관리를 중심으로 한 제도 전환을 목적으로 한 것이다.

먼저 첫째 요양 서비스의 보편적 접근권 확보라 함은 이전에는 요양 서비스의 이용자 자격이 저소득 빈곤 계층에 국한되었다면, 사회보험제도를 통해 급여 대상자가 전 국민을 대상으로 보편화되었다는 것을 의미한다.

그러나 노인요양 부담과 노인의료 부담을 구분하여 재원을 구별하는 것이 서비스의 구분을 전제하는 것이 아니라는 데 주의를 요한다.

우리나라는 2001년부터 노인요양제도 도입을 검토하기 시작하였으며,

63) 노인장기요양보험법의 기본적 개요에 대한 설명은 2016년-2017년간 제도의 주요 내용 변경이 없는 상태임을 고려하여 2016년도의 협동과제 보고서를 인용하였음.

2008년 7월 처음 시행하였다. 2014년 7월에는 노인장기요양 등급체계를 개편하였다.

국민건강보험은 질병의 진단, 치료, 입원, 외래진료, 재활 등을 목적으로 병원 및 약국에서 제공하는 서비스를 급여 대상으로 한다. 반면, 노인장기요양보험은 치매나 중풍과 같은 노인성 질환, 노령으로 인하여 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 대상자에게 신체 활동 또는 가사 지원 서비스를 제공하는 제도이다.

이미 고령화 사회에 진입한 우리나라는 전 세계적인 추세와 비교할 때 매우 빠른 고령화 속도를 나타내고 있다. 이에 따라 요양보호를 필요로 하는 노인의 수도 급격하게 증가하여 저출산 현상·핵가족화 등과 맞물려 심각한 사회문제를 야기하고 있는 실정이다. 노인장기요양보험법은 이러한 문제 인식하에 요양보호를 필요로 하는 노인에게 적절한 수준의 보건·복지 서비스를 보편적으로 제공하고, 장기요양에 따른 가족의 부양 부담을 경감하기 위한 목적으로(국회 보건복지위원회, 2006, p. 17) 도입·추진되어 2007년부터 시행되고 있다. 특히 동법은 “노인의 간병·장기요양 문제를 사회적 연대 원리에 따라 정부와 사회가 공동으로 해결하는 노인 장기요양보험제도”의 법적 근거로서 적용되고 있다.⁶⁴⁾

64) 상세한 내용에 관해서는 박종준, 김정순(2015)을 참조.

제 4 장

영국과 일본의 법제 비교 분석

제1절 개관

제2절 영국

제3절 일본

4

영국과 일본의 법제 << 비교 분석

제1절 개관

우리나라의 법제도 개선에 시사점을 줄 수 있는 외국의 법제를 비교 분석함으로써 우리 법제의 문제점을 심층적으로 진단하고 개선 방안을 도출하기 위하여 비교법적인 연구방법론을 채택하였다. 제4장에서는 영국과 일본의 관련 법제를 중심으로 살펴보았는바, 영국은 최근 지역 중심으로 보건의료 서비스와 복지 서비스를 통합적으로 제공함으로써 보건의료 및 복지제도의 개선을 이루었다고 평가되기 때문이다. 일본은 고령사회를 앞서 경험하면서 1990년대부터 노인의료제도의 개선을 추진해 왔고, 오랜 경험을 거쳐 현재 성숙한 단계로 발전해 있다고 판단되기 때문이다. 나아가 최근 의료보장법제 및 특히 개호보험법을 개정하였는데 이와 같은 내용이 우리나라가 참고할 만한 시사점을 줄 수 있다고 판단되기 때문이다.

비교법 연구는 오늘날 글로벌 시대에 있어서 한 국가의 법제가 다른 국가들에서 법의 발전에 기여하고 있음에 의문을 제기하는 견해는 찾아 볼 수 없다. 이와 같은 비교법 연구는 법학 연구의 하나의 방법으로써 다른 연구 방법과는 대체적·병렬적인 관계에 있다. 다만 비교법 연구의 목적은 이를 필요로 하는 관계자마다 다양할 수 있는데, 예를 들어 재판과 관련한 법조인, 국가 정책을 입안하는 입법자, 국제적 활동을 수행하는 공적·사적 기관 등에 따라서 비교법 연구를 통하여 외국에 관한 지식을 수집하여 국내의 논의를 풍부하게 하는 것, 여러 국가의 법제에서의 공통된 핵

심을 발견하는 것, 자국법 발전을 도모하기 위한 새로운 모델을 찾는 것, 국제적인 통일법 문서를 작성하는 것 및 이와 같은 통일법 문서를 적용함에 있어서 통일성을 유지하고 회복하는 것 등이다.

본 연구에서는 주로 외국에 관한 법제 지식을 수집하여 국내의 논의를 풍부하게 하는 것을 기본으로 하여(홍성민, 가타기리유키, 2016, pp. 110-111) 외국의 경험을 통하여 여러 국가의 법제에서 공통된 핵심을 찾아내는 것과 우리 법제의 발전을 위하여 새로운 아이디어를 발굴하는 데 그 목적이 있다.

제2절 영국

1. 개요

영국의 의료보장법제는 1946년에 제정된 국민보건서비스법(National Health Service Act of 1946)에 기초하여 다음과 같은 기본적인 특징을 가지고 있다.

〈표 4-4-1〉 영국의 의료보장법제의 기본적 특징

-
- ① 국가가 원칙적으로 보건의료 서비스의 제공 책임을 부담하며, 해당 비용의 대부분이 국가의 일반 재원으로부터 충당된다.
 - ② 기본적으로 보건의료 서비스에 관해서는 전 국민에게 무료로 제공된다.
 - ③ 급여 범위는 협의의 의료는 물론 예방이나 재활 서비스 등 포괄적인 보건의료 서비스를 포함한다.
 - ④ 이와 같은 보건의료 서비스의 제공은 예산 범위 내에서 계획적으로 실시된다.
-

이와 같은 영국의 의료보장법제는 1942년의 베버리지 보고서 내용을 기본이념으로 하고 있다.

2. 지역 보건 서비스(Community Health Services)

영국의 보건의료 정책의 주요한 포인트 중 하나는 정책적 관점에서 ‘입원에서 지역 보건 서비스로의 전환’에 있다. 지역 보건 서비스에 관해서는 방문보건사, 지구간호사, 조산사 등이 중요한 역할을 담당하고 있으며, GP⁶⁵(General Practitioner)를 중심으로 하여 긴밀하게 서로 연계하여 등록 주민의 진찰, 건강관리 및 건강증진의 지시를 실시하고 있다. 지역 보건 서비스는 불필요한 입원을 방지하고 재원 일수를 단축하는 등 ‘2012년 보건 및 사회 서비스법(The Health and Social Care Act 2012)’에 의한 2013년 NHS 개혁의 목적을 수행하기 위한 중심적인 역할을 담당하고 있다.

가. 방문보건사(Health Visitors)

방문보건사는 신생아, 고령자 및 장애자가 있는 가정을 방문하여 보건상의 문제를 파악하고 조언을 실시한다. 필요에 따라 GP, 병원, 지방자치단체의 사회복지 담당 부서와의 연락을 조율한다. 정간호사 또는 조산사의 면허 취득 후에 1년간 방문보건사 양성 코스를 수료하면 방문보건사 면허가 주어진다.

나. 지구간호사(District Nurses)

지구간호사는 고령자 및 장애자 등이 있는 가정을 방문하여 청소, 입욕

65) 이른바 종합 진료의로 불리는 GP는 영국에서 1차적 의료 서비스의 중심적인 역할을 담당하는 의사로, 의사 진찰의 90% 이상을 담당하고 있으며 2차적 의료 서비스를 받기 위한 게이트키퍼 또는 게이트오프너로서의 역할을 담당하고 있다.

개호, 침구 교환, 붕대 교환, 주사, 투약, 혈압 및 소변 검사 등을 실시한다. 정간호사 면허 취득 후에 3~4개월의 실습 훈련을 거치면 지구간호사 면허가 주어진다.⁶⁶⁾

다. 조산사(Midwives)

조산사는 재가 분만의 조산, 출산 전후의 지도 및 케어를 실시한다. 조산사가 되기 위해서는 정간호사의 면허 취득 후에 18개월의 실습 훈련이 필요하다.

3. 사회 서비스

영국은 위와 같은 보건의료 서비스와는 대조적으로 사회 서비스와 관련하여 지방자치단체가 담당하고 있다. 사회서비스에는 ①고령자를 대상으로 하는 노인홈, 너싱홈, 배식 서비스, 재가 서비스, 데이센터, 점심 클럽 등이 있으며, ②신체장애자, 학습장애자, 정신장애자에 대한 케어와 지원 서비스, ③가족 및 아동의 보호를 위한 서비스, 케어홈, 임시 보호, ④약물 또는 알코올 중독자 및 범죄자에 관한 케어와 지원 서비스 등이 있다(Department of Health, 1998).

지방자치단체는 조언, 상담 및 조사 등의 행정 서비스와는 별도로 재가 서비스 및 시설 서비스에 대하여 이용료를 징수한다. 재가 서비스에 관한 이용료 징수 권한은 지방자치단체에 있지만 그 운영에 있어서는 각 지방

66) 영국에서도 고령화로 인하여 앞으로 간호 수요가 증가할 것으로 예상되지만 노동인구 중 지구간호사의 수가 2002년부터 2012년 사이 40%가 감소하여 지역에서 필요한 간호 노동력이 부족한 점에 '중대한 우려'를 보이고 있다(The Queen's Nursing Institute, 2014).

자치단체마다 차이가 있다. 이에 반하여 시설 서비스는 지방자치단체에 징수 의무가 있기 때문에, 보건성의 가이드라인에 따라 자산 조사를 실시하여 이용료를 징수하고 있다. 한편 NHS에 의한 보건의료 서비스에는 원칙적으로 이용료가 존재하지 않는다.

사회 서비스의 제공 체계에 관해서는 사회 서비스를 필요로 하는 고령자(보건의료 서비스는 제외), 장애인 등에 대하여 지방자치단체의 사회 서비스 담당 부서가 일원적으로 케어 매니지먼트를 실시하여 필요한 서비스를 제공하고 있다. 이전에는 시설 서비스의 일부를 정부의 공적 부조로 제공하는 등 서비스 제공 의무가 분단되어 있었지만, 재가 서비스 및 시설 서비스에 관계없이 재정이 지방자치단체로 일원화되었으며, '1990년 NHS 서비스 및 커뮤니티 케어법(National Health Service and Community Care Act 1990)'에 의하여 지방자치단체가 케어 매니지먼트를 일관하는 체계하에서 실시되고 있다. 이로 인하여 지방자치단체는 서비스의 제공 주체에서 조건 정비 주체로 역할이 전환되었다. 한편 사회 서비스의 제공은 2015년 4월부터는 '2014년 케어법(Care Act 2014)'에 기초하여 실시되고 있다. 즉 동법에 따라 지방자치단체가 케어 매니지먼트를 실시하여 이를 기반으로 서비스를 제공하는 체계를 구축하였다. 그리고 이와 같은 서비스 제공 체계는 최근 다음과 같은 변화를 맞고 있다.

가. 직접 급여 방식

재가 서비스를 필요로 하는 자에 관하여 지방자치단체에 의한 케어 매니지먼트를 대신하여 케어 서비스의 이용자 본인이 서비스 내용을 선택 및 결정하는 방식으로의 전환이다. 이른바 '직접 급여(Direct Payments)' 방식으로, 케어 니즈의 조사를 실시하여 필요성이 인정되기

까지는 지방자치단체가 담당하지만, 본인의 희망이 있으면 재가에서의 케어 니즈에 맞는 현금을 직접 급여하여 당사자가 이를 관리하면서 필요한 서비스(개인의 신변 원조, 사업자 서비스, 주택 개조 등)를 조달할 수 있는 것이다. 이는 원래 장애자의 자립생활 운동에서 출발하여 '1996년 지역 케어(직접 급여)법(Community Care (Direct Payments) Act 1996)'에 의하여 1997년부터 실시되고 이후 그 대상 범위를 고령자, 장애아동 등까지 확대하였다. 2003년부터는 지방자치단체가 케어 서비스를 받는 자에게 직접 급여를 받을 권리가 있음을 통지할 의무도 부과되었다.

현금 급여를 받을지 말지에 관계없이 인정된 케어 니즈에 대응하는 급여 예산의 범위 내에서 본인이 서비스 내용을 선택 및 결정하는 '개인 예산(Personal Budgets)' 방식이 자기 결정이라는 관점에서 바람직하다는 의견이 많아지게 되어 직접 급여와 같은 법률적 근거는 없지만 시범 사업을 거쳐 2007년부터는 보건성을 포함한 6개 정부기관과 지방자치단체협의회, NHS, 민간케어서비스사업단체 등 관계기관이 사회 서비스에서의 상호 역할을 확인한 협정서(Concordat)를 통하여 '개인 예산' 방식을 추진하기로 합의하였다. '개인 예산' 방식은 서비스 내용 및 금전도 전면적으로 서비스를 받는 사람이 관리하는 '개인 급여' 방식 외에도 서비스 내용은 본인이 결정하지만 금전 관리에 관해서는 지방자치단체나 제3자 기관에 위임하는 방식 및 이들의 혼합 방식이 있다. 영국 정부는 2013년까지 모든 지방자치단체가 케어 서비스 수급자에게 개인 예산, 가능하면 직접 급여 방식을 통하여 제공하도록 방침을 제시하였고, 이후 목표치를 70%로 낮추긴 하였지만 '2014년 케어법(Care Act 2014)'에서는 지방자치단체의 평가를 통하여 케어 니즈가 확인된 자에 대해서는 지방자치단체에 의한 케어 플랜과 함께 개인 예산 방식을 선택할 수 있도록 하였다. 해당 급여로는 케어 서비스 이외의 장애인 관련 급여, 보장구 관계 급

여도 포함하는 ‘개별 예산(Individual Budgets)’ 및 보건의료 서비스 급여까지 확대하려고 시범 사업 등을 통하여 검토 중에 있다.

나. 케어자에 대한 지원

영국에서는 8명에 1명의 비율로, 또는 6세대에 1세대의 비율로 케어자가 있다고 하며, 이들 케어자가 재가 케어에 있어서 중대한 역할을 담당하고 있음을 고려하여 그 부담을 조금이라도 경감하기 위하여 케어자의 니즈에 맞추어 필요한 서비스를 케어자 본인에게도 제공하도록 하고 있다. 이와 같은 내용의 정책적 필요성은 오래전부터 인식되어 ‘1986년 장애자법(서비스, 상담 및 대리)(Disabled Persons Act (Services, Consultation and Representation))’이 제정되었지만, 당초 케어를 받는 자의 니즈 조사에 부수적으로 케어자의 케어 능력이 고려되는 정도에 그쳤다. 하지만 1995년, 2000년의 법 개정을 통하여 지방자치단체는 케어자의 신청을 통하여 케어 부담의 경감 등도 포함한 케어자 고유의 지원 니즈를 조사할 것을 법률상 규정함과 동시에, ‘2004년 케어자(평등기회)법(Carers (Equal Opportunity) Act 2004)’에서는 케어자에게 니즈 조사를 받을 권리가 있음을 통지하고 서비스 확보에 있어서 케어자의 교육, 훈련, 노동 및 여가 활동에의 참가가 가능하도록 배려할 것 등이 지방자치단체의 의무로 규정되었다. 이와 같이 개별 특별법에 의하여 단계적으로 확충되어 왔던 케어자 지원에 관해서, 2014년 케어법에서는 일반화되었으며 나아가 지방자치단체에 대하여 니즈가 인정된 케어자에게 필요한 지원 즉 급여 및 서비스를 제공할 것을 의무화하였다. 또한 정보 및 조언의 제공, 다양하고 질 높은 케어 서비스 시장의 형성 등도 지방자치단체의 일반적 의무로 규정하는 등 케어자를 케어의 대상자인 고령자와 동등

한 지위를 가지도록 규정하였다.

이와 같은 법률 정비와 함께 1999년에는 ‘케어자를 케어한다: 전국케어자전략(Caring about carers: a national strategy for carers)’이 수립되어 2008년에 신전략으로 개정되는 한편, 영국 정부는 케어자 지원 정책을 중시하여 2010년부터 4년간 새로운 케어자 전략을 제시하고 있다. 그 내용을 살펴보면, 케어자에 대하여 본인이 케어를 하는 사람으로서의 자기인식을 조기에 확립하여 케어 플랜 등에 참가하고 교육이나 고용에서 능력을 발휘할 수 있도록 하며 가정 및 지역생활이 가능하도록 개별 니즈에 맞추어진 지원을 실시하고 심신 모두 건강을 유지하도록 하는 4가지에 중점을 두고 있다. 또한 지역에서의 케어자 지원 사업의 추진을 촉진하기 위하여 예산 방면의 지원과 함께 국민보건서비스사업에 대해서 2011년부터 4년간 4억 파운드를 증액하기로 하였다. 한편 개호 수당(Attendance Allowance) 등의 급여를 받는 자를 주 35시간 이상 케어하는 자에 대해서는 케어자 수당(Carer’s Allowance)으로서 주 62.1 파운드(2015년도 기준)를 지급하고 있다.

다. 사회서비스법제 개혁

영국에서 성인에게 제공되는 사회서비스에 관한 법률은 기본법으로서 ‘1948년 국민부조법(National Assistance Act 1948)’이 제정된 이후 다수의 법률들이 시대의 요청에 따라 계속하여 제정되었다. 이를 통하여 행정기구의 변화, 케어 조사 체계의 정비, 케어자 지원의 추진, 사회복지와 보건의료의 연계, 개인 예산 방식의 보급 등 여러 정책의 변화가 있었다. 그 결과 옛 법률 용어와 새로운 개념의 불일치 등 법제도와 관련하여 이해가 어려워졌으며 서비스 이용자, 소셜 워커 및 법조인 등 관계자에게

도 많은 문제 인식이 존재하였다. 이에 이와 같은 현상 및 과제를 총괄적으로 검증하는 작업이 2008년부터 법률위원회(Law Commission)에서 개시되어 관계 법률을 간소화하고 단일의 법률로 정리하고자 하는 권고가 2011년에 발표되었다. 이를 통하여 제정된 2014년 케어법은 위의 개인 예산 및 새로운 케어 비용 부담 방식의 도입, 니즈 인정 기준의 전국 표준화, 케어자 지원의 확충 등을 내용으로 하는 사회 서비스에 관한 종합 법으로 제정되었던 것이다(Health and Social Care Information Centre, 2014).

〈표 4-4-2〉 영국의 2014년 케어법(Care Act 2014)

케어법은 성인 케어와 이에 관한 지원 및 건강에 관하여 규정하는 법률이다. 2014년 5월에 성립하였으며, 구체적으로는 케어와 이에 관한 지원에 관한 법 및 케어자 지원에 관한 법을 개정하여 학대나 방치로부터 케어를 받는 자의 보호 및 케어 수준(care standards)에 관한 규정 외에 의료 교육기관(Health Education) 및 의료 연구기구(Health Research Authority)에 관한 규정도 가지고 있다.

케어법은 전 4장으로 구성되어 있으며, 특히 성인에 대한 사회 서비스의 법적 구조를 규정하는 제1장에서 케어와 지원의 개혁을 제시한 백서 '케어의 미래(Caring for our future)'에서 목표로 하였던 입법 정책을 실행하기 위하여 케어와 지원에 관한 재정위원회(Commission on the Funding of Care and Support)가 제안한 변혁을 실시하고 기존의 케어와 지원에 관한 법률을 일원화 및 개혁하는 것을 목표로 하고 있다.

4. 고령자 케어

고령자는 지방자치단체에 의하여 케어 니즈가 있다는 인정을 받은 후에 케어 서비스를 이용할 수 있다. 본인 소유의 주거지나 고령자 전용 주택에 살고 있는 경우에는 재가 서비스를 이용하게 되는데 재가 서비스를 받는 고령자는 최근 증가하면서 전체 케어서비스의 80% 정도를 차지하고 있다. 반면 재가 케어 서비스를 받는 고령자에 관해서는 전체적으로 이용자 수는 감소하면서도 이용자의 중도화의 경향을 보이고 있다

(Health and Social Care Information Centre, 2014).

〈표 4-4-3〉 2013년 영국 케어 서비스의 이용자 수(종별, 65세 이상)

(단위: 천 명)

이용자 총수	재가 서비스		레지던스홈	너싱홈
854	672		161	77
	상세 내용			
	개인 급여	63		
	홈헬프	372		
	데이 케어	59		
	배식 서비스	30		
	단기 입소	54		
	전문적 지원	66		
	보장구	273		
	기타	39		

자료 Health and Social Care Information Centre(2014).

영국은 이와 같은 케어 니즈가 있는 고령자에 대한 지원과는 별도로 고령자의 자립 지원을 목적으로 하는 고령자를 위한 파트너십 프로젝트 (Partnership for Older People Projects, POPP)도 실시하고 있다. 고령자의 건강 상태에 관하여 조기에 개입하여 예방의 조치를 실시함으로써 긴급 입원을 방지하고 재가에서의 생활을 계속할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 하여, 2006년부터 2009년까지 전국 29개의 시범지역에서 여러 형태로 실시되어(146 프로젝트, 24만 6000명 참가), 그 결과로서 참가자의 생활의 질 향상, 입원 감소 등의 의료비 절감, 관계기관의 연계 개선 등의 효과가 있었다고 평가되고 있다(Personal Social Services Research Unit for Department of Health, 2010).

해당 프로젝트가 비교적 건강한 고령자에 대한 케어 예방적 사업이었던 것에 비하여, 최근에는 보다 케어 니즈 리스크가 높은 고령자가 요개

호 상태가 되는 것을 예방하는 재활력 사업이 많은 지방자치단체에서 실시되고 있다. 병원에서의 치료나 심각한 질병 후 등의 고령자를 직접 방문하여 조리, 세탁, 의류의 교환 등을 다시 본인 스스로 할 수 있도록 단기 집중적인 지원을 실시하는 사업이다(많은 경우 6주간 정도로 자기 부담이 없음). 지방자치단체에 대한 예산 제약이 심각해지는 중에도 기존의 케어 서비스를 이용하는 이전 단계에서 필요한 개입을 통하여 고령자의 자립을 지원한다는 새로운 수법을 취하고 있는 것이다(Department of Health, 2007).

한편 영국의 고령자 케어 대책 중에서 최근 특히 필요성이 대두되고 있는 것이 치매 케어 대책이다. 영국 전체의 치매 환자는 약 85만 명으로 추계되고 있으며, 2025년에는 100만 명 이상, 2051년에는 200만 명 이상이 될 것으로 추계되고 있다(Alzheimer's Society, 2014). 이를 대비하기 위하여 영국 정부는 2009년에 치매 국가 전략을 책정하였다.

5. 케어 비용에 대한 재검토

고령자는 지방자치단체에 의해 케어 니즈 인정을 받고 서비스를 이용하게 되는데, 해당 비용은 자력에 따라 본인이 부담한다. 앞서 설명한 것처럼 보건의료 서비스는 원칙적으로 무료인 것과 비교하여 이와 같은 케어 비용에 관한 부담 문제는 오랫동안 논의되어 왔으며, 최근 고령자 케어에 관해서는 고령화에 따라 커다란 정책 문제로 떠오르고 있다. 이와 같은 배경에는 기존의 비용 부담 제도에 내재하고 있는 다음과 같은 모순점이 있었다. 첫째, 케어 니즈의 인정, 인정 후의 서비스 내용, 비용 징수의 운용 등이 각 지방자치단체마다 상이하여 이른바 '우편번호 복권(postcode Lottery)'이라고 불리는 살고 있는 지역에 따라 격차가 발생

하는 점이다. 둘째, 비용 부담의 정도 특히 일정액 이상의 자산(저축 및 부동산 포함)을 보유하고 있는 고령자가 케어홈에 입소하는 경우에 공적 부담을 받지 못하기 때문에 입소 비용을 지불할 여유 자금이 없어서 살고 있던 주택을 매각하게 되는 문제이다. 셋째, 특히 최근의 문제로 떠오르고 있는 것으로 지방자치단체에 의해 케어 니즈 인정을 받아서 케어 서비스를 받고 있는 고령자가 위에서 설명한 것처럼 점점 중도화되어 가면서 케어 필요도가 낮은 고령자들이 서비스를 이용하기 어려워져 결국 필요한 서비스를 자력으로 구입해야 하는 고령자가 증가하고 있는 점이다. 이와 같은 케어 니즈 인정자의 중도화와 엄격한 소득 요건의 결과로서 케어 비용의 일정 정도를 스스로 부담하고 있는 고령자는 케어 서비스 이용자의 약 절반 정도로 추계되고 있다. 나아가 위와 같은 문제점들과 함께 영국 정부가 비용 부담의 방식을 재검토하게 된 사회적 배경으로는 영국도 동일하게 인구의 고령화 및 국민의 케어 의식에 대한 변화 등으로 케어 서비스 비용이 증대되고 언젠가는 재정난에 직면할 것이라는 국민들의 위기의식도 있다.

이에 영국 정부는 2009년 조세 방식으로 재원을 확보하면서 국가와 국민이 함께 비용을 부담하는 파트너십 방식, 민간 케어 보험 상품에 가입하도록 유도하는 임의적 보험 방식, 일정한 사회보험료를 강제적으로 징수하는 한편 케어 서비스 이용 시 부담을 무료로 하는 포괄적 방식 등 새로운 재정 방식을 검토한 ‘함께 만들어 가는 케어의 미래(Shaping the Future of Care Together)’(HM Government, 2009)를 제안하여, ‘국가 케어 서비스 구축(Building the National Care Service)(HM Government, 2010)’이라는 백서에서는 가장 지지가 많았던 포괄적 방식을 채택하기까지 이르렀지만 결국 정치적 이유로 현재는 답보 상태에 있다. 현재 영국 정부는 새롭게 설치한 ‘케어와 지원 재정에 관한 위원회

(Commission on Funding of Care and Support)’를 조직하여 2011년에 다음과 같은 내용의 안드레아 딜노트 위원장의 이름에서 유래한 이른바 딜노트 보고(The commission on Funding of Care and Support, 2011)를 발간하였다.

〈표 4-4-4〉 딜노트 보고의 내용

-
- ① 케어 서비스의 이용자가 생애에 부담하는 비용에 관하여 상한(위원장안: 35,000파운드)을 정하여 그 이상은 국가가 부담(캡 방식)
 - ② 케어 서비스의 비용이 전액 본인 부담이 되는 소득 요건의 상한액을 현행의 2만 3250파운드에서 10만 파운드로 인상
 - ③ 시설 서비스를 받는 경우의 본인 부담액에 관하여 자치단체로부터 저리의 용자를 받아 사후에 주택을 매각하여 상환하는 방식의 도입
 - ④ 지방자치단체마다 상이한 케어 니즈 인정 기준의 전국 통일화
-

영국 정부는 현재 딜노트 보고의 취지에 찬성하면서도 추가 재원이 필요하기 때문에 신중한 검토를 하고 있다. 이 외에도 2012년에는 케어 니즈 인정 기준의 전국 통일화, 시설 입소 비용의 조정 제도의 전국 실시, 개인 예산의 확대 등을 내용으로 하는 케어와 지원 재정에 관한 백서를 발표하였으며(HM Government, 2012), 2013년에는 캡 방식에 대한 본격적인 논의에 들어가 상한액 7만 2000파운드로 설정하고 전액 본인 부담이 되는 자산의 상한액도 11만 8000파운드로 인상되었다. 하지만 캡 방식에 관해서 2014년 케어법에 규정되었음에도 불구하고, 중앙정부 및 지방정부의 심각한 재정 사정에 의하여 2016년 실시하려던 것을 2020년으로 연기시켜 아직 시행이 불투명한 상황이다.

6. 보건의료와 복지의 연계

위에서도 언급한 것처럼 영국의 NHS 제도는 기본적으로 국가가 관리

하는 국영 사업 체제로 운영되는 반면에 사회 서비스는 지방자치단체가 실시하고 있다. 행정 체계 및 업무 운영이 상이한 것은 물론 보건의료 및 복지 부문에 종사하는 전문직의 가치관 차이 등도 기인하여 이른바 보건의료와 복지의 연계는 영국에서도 오랫동안 주요한 관심사였다. 이에 역대 영국 정부는 계획 수립 시의 보건의료와 복지 부문 간 협력 및 보조금에 의한 공동 사업의 실시 등 여러 수법을 강구하여 왔지만, 좀처럼 개선의 여지는 보이지 않았다. 1997년 영국 정부는 행정 운영에서의 파트너십 및 조인트에 역점을 두어 보건의료와 복지의 연계에 관해서도 새로운 수법을 도입하여 추진하려고 하였다. 각 서비스 체계의 장벽을 뛰어넘어 이용자 본위의 서비스를 제공하는 것을 목표로 하여, 구체적으로는 ‘파트너십에 의한 행동’이라는 제안을 발표하였고 나아가 ‘1999년 보건법(Health Act 1999)’을 제정하여 NHS와 지방자치단체 간의 협력 의무를 부과함과 동시에 보건의료와 복지의 연계에 제약이 되어 왔던 기존의 구조를 탄력화하는 조치(Partnership Arrangements)를 도입하였다(현재 2006년 보건법으로 통합).

파트너십 어레인지먼트로는 우선 NHS와 지방자치단체가 조직의 경계를 허물고 함께 활동할 수 있도록 하기 위한 공동 자금(Pooled Funds)을 설치하고, NHS와 지방자치단체 간의 협정을 기초로 서로 자금을 각출하여 합의된 서비스에 사용하고 있다. 이로써 어느 한쪽의 조직의 자금으로 케어를 실시할 것인지의 문제가 발생하지 않기 때문에 개인에 대한 맞춤형 케어 패키지를 만들 수 있게 되었다. 또한 사업 실시 권한을 어느 한쪽에 이관하는 방법으로, 예를 들어 정신장애자 내지는 지적장애자 관련 서비스를 NHS 또는 지방자치단체의 한쪽이 일괄적으로 실시하는 방법이다. 이와 같은 사업 실시 권한의 이관은 나아가 조직 통합의 형태로 케어 트러스트(Care Trust)로 발전하였다.

케어트러스트는 NHS의 기관이면서도 지방자치단체로부터 사회 케어에 관한 관련 기능을 위탁받아 보건의료와 간호 및 정신 케어 서비스를 통합적으로 해당 지방자치단체에 공급하고 있는데, 2000년의 NHS 플랜에서 처음으로 제시되었다. 케어 트러스트는 보건의료와 복지에 관한 케어 서비스의 현대화 및 환자와 이용자의 니즈에 맞춰진 종합적인 서비스를 확립하고 보다 나은 보건의료와 복지 서비스를 실시하는 등 지역 차원에서의 공동 합의에 기초한 협력 관계에서 출발하였다. 이에 2012년 보건 및 사회케어법(Health and Social Care Act)의 시행으로 이와 같은 자원 조달과 서비스 제공의 통합 모델에도 영향을 끼치어, 케어 트러스트의 가장 성공적인 사례로서 Torbay 케어 트러스트는 2012년 자원 조달 부문은 2개의 CCG로, 서비스 제공 부문은 Torbay and Saouthern Devon Health and Care Trust로 분리되었다.⁶⁷⁾

한편 위와 같은 행정조직 간의 파트너십과는 별도로, 구체적인 보건의료와 복지 서비스의 제공 현장에서 최근 주목받고 있는 것이 병원 퇴원시의 보건의료와 복지의 연계이다. 이를 강력하게 추진하도록 병원과 지방자치단체에 의무화하는 법률로서 2003년에 ‘2003년 지역케어(퇴원 조정 등)법[Community Care (Delayed Discharge etc.) Act 2003]’이 제정되었다. 동법의 목적은 지역의 케어 서비스 부족 또는 결핍으로 환자가 병원의 치료를 마치고도 퇴원할 수 없는 상황을 개선하기 위한 것으로, 퇴원 환자를 신속하게 수용하지 못하는 지방자치단체에 대하여 벌금을 부과할 수 있도록 하고 있다. 지역 케어와 연계하여 적절한 퇴원을 촉진하고 불필요한 입원을 방지하는 것으로 스웨덴의 정책에서 벤치마킹하였다.

67) Torbay and Sourthern Devon Health and Care NHS Trust.
<http://www.torbaycaretrust.nhs.uk>에서 2017. 10. 21. 인출.

그 결과 2003년부터 병원(특히 급성기 병원)은 입원 환자가 지방자치단체의 지역 케어 서비스(재가 또는 케어홈에서 생활하는 것을 지원하는 서비스)를 필요로 하는 경우에 지방자치단체에 퇴원 예정일을 통지하도록 하였다. 그리고 2004년부터는 지방자치단체가 서비스를 준비하지 않아서 퇴원이 지연된 경우에 지방자치단체가 병원에 비용을 지불하도록 하였다.

퇴원 지연에 대하여 이와 같은 벌칙을 부과하는 한편 지방자치단체에 특별 보조금을 주어 보건의료 및 복지 부문이 협동 및 연계하여 병원 케어를 대신하는 새로운 지역 케어 서비스를 개발하도록 하는 것도 촉진하고 있다. 이에 2001~2002년에는 ‘케어력 보장 구축(Building Care Capacity Grant)’이라는 보조금으로 3억 파운드, 2003~2007년에는 ‘퇴원 지연 벌칙 보장(Delayed Discharge Grant)’이라는 보조금으로 1억 파운드가 투입되었다. 이와 같은 퇴원 지연의 이유로는, 퇴원 후의 케어 시설 대기나 지역 서비스의 부족이 지적되고 있으며(National Audit Office, 2003) 특별 보조금은 지역 케어의 개발을 촉진하기 위한 것이다. 사회 케어의 개선을 위한 위원회(Commission for Social Care Inspection, CSCI)의 보고에 따르면(Commission for Social Care Inspection, 2006), 이와 같은 대책으로 퇴원 지연은 2001년 5396건에서 2005년 1804건으로 약 67% 감소하는 등 개선의 여지가 보인다고 한다.

7. 케어 서비스의 질 관리 및 향상

케어 서비스의 질 관리 및 향상에 관해서 영국 정부는 1998년에 ‘사회 서비스의 현대화(Modernizing Social Services)’를 발표한 이후 계속하여 추진하고 있다. 우선 케어 서비스의 기준 수립 및 준수, 감독 등에 관

해서는 보건성이 일정한 기준을 정하여 케어 서비스의 제공 사업자가 해당 기준을 만족하는지 Care Quality Commission(CCC)에 등록하도록 의무화하고 있다. 그리고 케어의 질위원회는 케어 서비스 사업자의 사업 실시 상황을 감독 및 조사하면서 상황에 따라 경고, 벌금 및 등록말소 등의 조치를 취할 수 있도록 하였다. 이와 같은 기준 및 감독은 과거 시설 케어에 관해서는 1984년 홈등록법(Registered Homes Act 1984)이 규정하고 있던 것을 동법 및 관련 규칙에서는 질 기준이 국가 차원에서 설정된 것이 아니었기 때문에 감독이 통일된 기준으로 실시되지 못하였다. 특히 고령자를 위한 케어 시설에서는 감독기관의 불연속성으로 인한 고령자의 보건의료 및 복지 분야의 분단 문제가 지적되었으며, 나아가 재가 서비스에 관해서는 시설과 같은 등록이나 감독 체제가 정비되어 있지 못하였다. 이와 같은 문제를 해결하기 위하여 2000년에 '2000년 케어기준법(Care Standards Act 2000)'을 제정하여 국가케어기준위원회(National Care Standards Commission, NCSC)라는 독립된 감독기관이 설치되어, 케어 서비스 전체에 관하여 일괄적인 감독이 실시되고 있다. 이후 국가케어기준위원회는 업무의 일부를 헬스케어위원회(Healthcare Commission)에 이관하면서 지방자치단체의 사회복지 부문을 감독 대상으로 하는 등 재편 및 통합이 반복되었지만, 2009년에 헬스케어위원회 및 정신보건법위원회(Mental Health Act Commission)와 함께 케어 질위원회로 재편되어 현재에 이르고 있다.

과거 CCC는 케어 서비스 사업자나 지방자치단체 사회 서비스 사업의 평가 활동(star rating)을 이어받아 수행하여 왔지만 현재 영국 정부는 이를 폐지하고, 그 대신에 지방자치단체의 서비스사업에 관해서는 자기 평가 및 상호 평가 활동이라고 할 수 있는 Towards Excellence in Adult Social Care라는 사업을 새롭게 시작하였으며 성인 사회 서비스의 실시

상황이 영국 전체의 9개 블록마다 각각 보고되고 있다.⁶⁸⁾ 또한 케어 서비스의 질에 대한 우려가 높아짐에 따라 케어 서비스 사업자에 대해서 NHS의 종합적인 IT 보건의료 정보 서비스인 웹사이트 NHS Choice에서 2013년부터 사업자에 관한 기본 정보 및 케어 질위원회의 감독 보고서 등의 열람이 가능해졌고, 이용자의 코멘트나 만족도의 기재도 가능해졌다.⁶⁹⁾ 나아가 개별 민간 사업자 등에 의한 평가 사업도 실시되었는데 병원이나 케어홈의 질에 대한 우려가 높아짐에 따라 보건성은 교육 및 보육 소나 아동홈 등의 아동, 청소년 관련 서비스, 사업을 대상으로 하는 ‘교육, 아동 서비스 및 기술기준국(Office for standards in Education, Children’s Services and Skills, Ofsted)’을 참고로 하여 동일한 중립적이고 종합적인 평가사업 등을 케어 질위원회가 실시하는 방침을 발표하였다. 이에 관해서는 2013년 보건대신의 보고서(Nuffield Trust, 2014)가 발표되어, 2016년부터 본격적으로 실시될 예정이었다.

위와 같은 감독 및 평가 활동과는 별도로 사회 서비스 부문에서도 NHS에서의 NICE와 동일한 조직으로서 2001년에 SCIE(Social Care Institute for Excellence)가 설립되었다. SCIE는 우수한 케어에 관한 가이드라인 제작, 우수한 케어 추진에서의 서비스 이용자, 제공자 및 정책 입안자의 코디네이트, 소셜 케어 종사자의 기술 및 전문성 향상 등의 역할을 담당하고 있다.⁷⁰⁾ 또한 소셜 케어와 보건의료의 연계가 필요한 영역에서 NICE 등과 협력하고 있는데, 예를 들어 SCIE와 NICE가 공동으로 치매 환자 케어 개선을 위한 가이드라인을 작성하여 2006년에 발표하

68) Local Government Association
http://www.local.gov.uk/web/guest/media-centre/-/journal_content/56/10180/3374265/NEWS에서 2017. 10. 25. 인출.

69) <https://www.gov.uk>에서 2017. 10. 25 인출.

70) <http://www.scie.org.uk/about/>에서 2017. 10. 25 인출.

였다(SCIE/NICE, 2006). 해당 가이드라인은 NHS의 의료 종사자가 소셜 케어 종사자와 동일한 가이드라인에 따르고 있다는 점에서 새로운 도전이라 할 수 있다. 한편 2012년 보건의로 및 소셜케어법에 의하여 NICE는 사회 서비스에 관해서도 질의 표준을 작성하게 되었다.⁷¹⁾

사회 서비스에서의 연수, 능력 개발 및 인적자원의 계획 및 정보를 통하여 서비스 수준의 향상을 목표로 하는 Skills for Care라는 조직도 있는데, 이는 소셜 케어의 인적자원 전략 단체 Topss를 전신으로 하여 2005년에 발족하였다. Skills for Care도 SCIE와 연계하여 소셜 케어와 관련한 단체 등과 협력하고 있으며, 공공 부문에서는 ADASS(Association of Directors of Adult Social Services), 민간 부문에서는 ECCA(English Community Care Association), UKHCA (United Kingdom Homecare Association), ACEVO(Association of Chief Executives of Voluntary Organizations) 등이 참가하고 있다. 2004년부터 SCIE와 Skills for Care가 공동으로 소셜 케어의 제공자에 대하여 질 높은 서비스 제공방법에 관한 정보를 제공하고 있다.

8. 회복기 케어

회복기 케어(Intermediate Care)는 환자의 조기 회복, 불필요한 입원 방지, 적절한 시기의 퇴원, 자립적인 생활을 촉진하는 서비스 등을 종합한 것으로, 최근 영국 정부와 NHS에서 주목하고 있는 부분의 하나이다. 이는 고령자의 건강과 보다 나은 생활의 증진 및 고령자가 받는 서비스의 질을 향상시키기 위한 기본 요소로 평가받고 있으며, 이와 같은 회복기 케어의 발전에 관한 중요 사항과 가이드라인을 정리한 'Intermediate

71) <http://www.nice.org.uk>에서 2017. 10. 27. 인출.

Care: Moving Forward'에 의하면 고령자의 국가 서비스 체계(National Service Framework, NSF)는 다음의 네 가지 기본 방침으로 구성되며 회복기 케어는 그 한 부분을 담당하고 있다.

〈표 4-4-5〉 고령자의 국가 서비스 체계의 기본 방침

-
- ① 고령자 개인의 니즈, 환경 및 우선도에 따른 사람 중심의 케어를 실시하는 것
 - ② 신체적, 정신적, 사회적으로 연결되며 조직이나 전문 영역과도 맞닿아 있는 포괄적인 시스템으로서 기능하는 것
 - ③ 전문가의 케어를 적시에 받을 수 있는 것
 - ④ 건강하고 활동적인 생활을 증진하는 것
-

9. 치매 국가 전략

영국 보건성은 2009년 치매 케어의 개선을 목표로 하여, 치매에 대한 의식 향상, 조기 진단과 조기 개입, 질 높은 케어에 관한 지원의 중요성을 강조한 '치매와 함께 생활하기: 치매 국가 전략(Living well with dementia: A National Dementia Strategy)'을 발표하였다(Department of Health, 2009). 해당 전략은 다음과 같은 17개 항목을 5년간 실현하는 것을 목표로 하고 있다.

〈표 4-4-6〉 치매와 함께 생활하기: 치매 국가 전략

-
- ① 치매에 관한 일반 시민 및 전문직의 지식과 이해의 향상
 - ② 모든 사람에 대한 질 높은 조기 진단과 조기 개입
 - ③ 치매로 진단 받은 사람과 케어자에 대한 질 높은 정보
 - ④ 진단 후의 케어, 지원 및 조언에 대한 간편한 접근성 정비
 - ⑤ Peer Support와 학습 네트워크 형성
 - ⑥ 재가 지원 서비스의 향상
 - ⑦ '케어자 전략' 실시
 - ⑧ 치매 환자에 대한 종합병원에서의 케어 질 향상
 - ⑨ 치매 환자에 대한 회복기 케어 향상
 - ⑩ 치매 환자와 케어자에 대한 주택 지원, 주택 관련 서비스 및 텔레 케어의 가능성 검토
-

-
- ⑪ 케어홈에서의 치매 케어 질 향상
 - ⑫ 치매 환자에 대한 호스피스 케어 향상
 - ⑬ 치매에 관한 지식을 가지고 효과적인 인재 육성
 - ⑭ 치매에 관한 보건의료 및 케어 예산의 공동 관리 및 서비스 위탁
 - ⑮ 치매환자와 케어자에 대한 보건의료 및 케어 서비스와 그 기능에 관한 평가와 규제 개선
 - ⑯ 조사 연구에 기초한 증거와 니즈 제시
 - ⑰ 국가 전략 실시를 위한 효과적인 국가적, 지역적 지원
-

치매 국가 전략에서 설정한 목표 중에 처음 3년간에는 치매 전문 서비스의 이용자 증가, 항정신성약품의 처방 현상, 치매대책동맹(Dementia Action Alliance, DAA)의 조직화 등에서 좀처럼 진전이 보이지 않았다. 이에 영국 정부는 2012년에 ‘수상의 치매에 대한 도전(Prime Minister’s Challenge on Dementia: Delivering Major Improvements in Dementia Care and Research by 2015)’ 프로그램을 발표하여 치매 대책의 촉진을 한층 더 신속하게 실시하고자 하였다(Department of Health, 2012a). 치매 환자와 그 가족 및 케어자의 생활 질을 근본적으로 변화시키기 위하여 ①보건의료 및 케어 개선 추진, ②지원 방법을 이해한 치매에 적절한 커뮤니티 창조, ③보다 나은 조사 연구의 3분야에 관하여 다음과 같은 14항목으로 구성된 목표를 제시하였다. 나아가 해당 목표의 달성 시기를 치매 국가 전략보다 1년 연장하여 2015년까지로 정하고 치매 대책에 많은 투자를 하고 있다.

〈표 4-4-7〉 수상의 치매에 대한 도전 프로그램

-
- ① 65세 이상 고령자에 대한 정기 검사를 통한 진단을 향상
 - ② 질 높은 치매 케어를 제공하는 병원에 대한 장려금
 - ③ NHS 직원의 치매에 대한 혁신적 도전에 대한 총액 100만 파운드의 상금
 - ④ 주요 케어홈 및 재가 케어 사업자에 의한 치매에 대한 케어 지원 협정 체결
 - ⑤ 치매서비스에 관한 지역정보의 보급
 - ⑥ 치매에 적절한 커뮤니티의 전국적인 전개
 - ⑦ 수상의 ‘치매에 대한 도전’에 주요 산업으로부터 지원
 - ⑧ 치매에 관한 계몽 캠페인
-

-
- ⑨ 산업계, 학회, 공공 부문의 리더를 모아서 이벤트 개최
 - ⑩ 치매 연구 예산을 2배 이상 확충하여 2015년까지 6600만 파운드 이상 인상
 - ⑪ 뇌 스캔에 대한 대폭적인 투자
 - ⑫ 1300만 파운드를 치매에 관한 사회과학 연구에 투자
 - ⑬ 국립의료연구소(NIHR)의 새로운 치매 협동 연구 연계에 5년간 3600만 파운드 예산
 - ⑭ 질 높은 연구에 대한 연구자 참가 촉진
-

위와 같은 목표에 관해서는 2012년에 중간보고가 발표되었으며(Department of Health, 2012b), 최근 영국 알츠하이머협회(Alzheimer's Society)에서 전면적으로 주도하여 적극적인 행동에 나선 결과, 민간 기업, 비영리단체 및 지방자치단체 등 약 140여 단체가 치매 대책 동맹에 가입하여 각각 직장이나 지역에서 치매 환자에 대한 대책을 강구하였다(Department of Health, 2012c).

10. 호스피스 케어

영국에서는 연간 50만 명 이상의 성인이 사망하고 있으며, 종말기에 관해서는 재가 서비스 및 자택에서 죽음을 희망하는 국민이 50%를 넘고 있음에도 불구하고 실제로 자택에서 사망하는 사람은 약 20% 정도에 그치고 있다. 영국 정부는 이와 같은 종말기 케어에 관한 개선의 필요성을 인식하여 완화 케어(Palliative Care)를 포함한 예산 투입을 실시하고 있다. 보건성은 '종말기 케어 네트워크(End-of-Life Care Networks)'를 개설하여 1차 케어, 병원 케어, 소셜 케어, 호스피스 케어, 완화 케어 등도 연계를 도모하고 있으며, 환자의 질병 상태와 본인 의사, 가족의 의향 등 정보 공유를 추진하여 2009년까지 종말기 케어 니즈에 대응하고자 하는 방침을 세웠다.

2008년에 보건성이 발표한 '종말기 케어 전략(End of Life Strategy)'

에 의하면(Department of Health, 2008), 우선 종말기 케어에 관한 자문위원회(Advisory Board)가 설치되어 해당 위원회에 대하여 정책 전체의 발전과 NHS 및 지방의회에서 이용 가능한 최적의 수단이 무엇인가를 보건대신에게 조언하는 권한을 부여하였다. 해당 위원회 산하에는 워킹 그룹을 설치하여 서비스 모델의 제시, 모델 분석 및 질과 결과의 측정 등의 업무를 실행하고 2008년 말까지 그 결과를 위원회에 보고하도록 하였다.

제3절 일본

1. 개요

일본에서는 고령화가 진전됨에 따라 건강보험 및 공제조합에서 고령자의 의료 비용에 재정 지원하는 부담금 규모가 증대되는 등 재정 문제가 심각해지고 있다.⁷²⁾ 한편 후기 고령자 의료제도에 관해서는 75세 이상 노인을 따로 구분하여 제도를 설계하는 것 등에 대한 국민의 이해 및 설득의 부족으로 2008년의 제도 실시부터 ‘연령에 의한 차별’ 또는 ‘노인 죽이기’ 등의 비난을 받아 왔다. 앞으로 고령자의 의료비가 더욱 증가할 것이 예상되는 상황 속에서 후기 고령자 의료제도를 안정적으로 운영해 가기 위해서는 ①보험료, 공비 부담 및 고령자 본인 부담의 적절한 조화, ②세대 간 또는 세대 내 부담의 공평, ③의료비 증가의 적정화 등이 과제로 떠오르고 있다.

이에 일본에서는 이와 같은 고령자 의료비 문제의 대응 및 보건의료 및 복지 서비스 제공 체계의 개선을 위하여 2014년 2월 12일 ‘지역에서 의

72) 일본의 의료보장법제의 개관 및 문제분석에 관해서는 홍성민, 가타기리유키(2016)를 참조.

료 및 간호의 종합적인 확보를 추진하기 위한 관계 법률의 정비 등에 관한 법률'73), 2015년 5월 27일 '지속가능한 의료보험제도를 구축하기 위한 국민건강보험법 등 일부를 개정하는 법률'74) 및 2017년 5월 26일 '지역포괄케어시스템의 강화를 위한 개호보험법 등의 일부를 개정하는 법률'75)을 각각 개정 및 제정하여, 다음과 같은 의료보장법제 및 개호보장법제의 종합적인 개혁을 도모하고 있다.

〈표 4-4-8〉 일본의 의료·개호보장법제 개혁

의료 제공 체계의 개혁	자원 조달 체계의 개혁
<ul style="list-style-type: none"> ① 병상의 기능 분화·연계, 재택 의료의 추진 등 <ul style="list-style-type: none"> • 병상의 기능 분화와 연계를 추진하여 초기 증상부터 입원, 회복기(재활), 퇴원까지의 흐름을 자연스럽게 하고, 신속한 재택·사회복귀가 가능하게 함 • 재택의료·개호를 추진하여 지역생활을 계속하도록 함 • 의사, 간호사 등의 의료 종사자를 확보함 (새로운 기금의 창설, 진료 보수에 관한 적절한 대응을 검토하고 필요한 조치를 취함) ② 지역포괄케어시스템의 구축 <ul style="list-style-type: none"> • 개호가 필요하게 되어도 익숙한 지역에서 생활할 수 있도록 개호·의료·예방·생활지원·거주가 일체적으로 제공되는 지역포괄케어시스템을 구축하기 위해 	<ul style="list-style-type: none"> ① 의료보험제도의 재정 기반의 안정화 <ul style="list-style-type: none"> • 저소득자가 많이 가입한 국민건강보험의 재정 지원 확충(국민건강보험의 보험자, 운영 등의 방식에 관한 개혁을 전제로 재정 지원의 확충을 포함) • 직장 가입자에 대한 정부 지원 ② 보험료에 관한 국민부담의 공평성 확보 <ul style="list-style-type: none"> • 국민건강보험 등의 저소득자 보험료 경감 조치의 확충 • 후기 고령자 지원금에 관하여 전면 총보수비율제도의 도입 ③ 보험급여 대상인 요양 범위의 적정화 등 <ul style="list-style-type: none"> • 저소득자의 배려와 함께 고액 요양비의 개선 • 의료 제공시설 상호 간 기능 분담과 재택 요양과의 공평성 관점에서 외래·입원에 관한 급여 개선

73) 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律 (平成二十六年二月十二日法律第八十三号)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-07.pdf>에서 2017. 9. 21. 인출.

74) 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律 (平成二十七年五月二十七日法律第三十一号)
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000087814.pdf>에서 2017. 9. 21. 인출.

75) 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成29年法律第52号)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/193-06.pdf>에서 2017. 9. 21. 인출.

의료 제공 체계의 개혁	자원 조달 체계의 개혁
아래 대응을 실시 i) 의료와 간호의 연계 ii) 생활지원·간호예방의 기반 정비 iii) 치매 대책 iv) 지역의 실정에 맞도록 요지원자의 지원 개선 v) 인력의 확보 등	④ 간호 급여의 증점화·효율화 • 일정 이상 소득자의 이용자 부담 개선 ⑤ 개호보험 제1호 보험료에 관한 저소득자 경감 강화

자료: これからの医療保険制度の在り方を考える研究会(編). 持続可能な医療保険制度の構築に向けて—平成27年改革の奇跡とポイント—. 第一法規(2016年) 21頁

한편 위의 개혁에서는 의료보장법제와 개호보장법제의 종합적인 개정이 함께 이루어졌으나, 의료보장법제에 관해서는 필자의 다른 연구(홍성민, 가타기리유키, 2016)에서 이미 다루었으므로 이하에서는 주로 고령자 의료제도와 개호보장법제를 다루기로 한다(필요에 따라 기타 법령도 언급함).

2. 고령자 의료제도

가. 개요

일본의 고령자 의료제도는 후기 고령자 의료제도와 전기 고령자에 관한 보험자 간 비용 부담의 조정 제도로 구성되어 있으며, 2006년 건강보험법 등 일부를 개정하는 법률76)에 의하여 전면적으로 개정된 고령자의 의료 확보에 관한 법률77)에 근거하여 2008년부터 시행되고 있다.

일본의 후기 고령자 의료제도는 고령화가 진전됨에 따라 의료비가 계속하여 증가할 것이 예상되는 가운데 고령자와 현역 세대 간의 부담의 명

76) 健康保険法等の一部を改正する法律 平成18年法律第83号(2006).

77) 高齢者の医療の確保に関する法律 昭和57年法律第80号(1982).

확화 등을 도모하는 관점에서 75세 이상의 고령자 등을 피보험자로 하는 독립된 의료보험제도로써 만들어졌다.

65세 이상 75세 미만 고령자의 약 80%가 국민건강보험에 가입하고 있는 상황을 고려하여 이와 같은 편재로 인하여 발생하는 보험자 간 부담의 불균형을 조정하기 위하여 전기 고령자에 관한 보험자 간의 비용 부담의 조정 제도도 함께 만들어졌다.

후기 고령자 의료제도의 전신인 노인보건제도는 일본의 의료보험제도가 피용자보험과 지역건강보험이라는 2원적 구조로 이루어져 있는데 피용자가 퇴직 후에 지역 보험인 국민건강보험제도로 갈아타면서 고령자가 국민건강보험에 집중되게 되는 문제로부터 보험자의 공동 사업이라는 구성을 취함으로써 의료보험제도 간의 부담의 불균형을 조정하고자 하는 것으로 1983년 제도 시행 이후 고령자의 의료비를 국민 전체가 부담하기 위한 중요한 역할을 담당해 왔다.

한편 고령자의 의료급여비용을 충당하기 위한 고령자와 현역 세대 간의 부담 비율이 불명확하고, 보험료를 납부하는 곳(건강보험조합 등의 보험자)과 이를 사용하는 곳(시정촌)이 분리되어 있어 재정운영 책임이 불명확하며, 개개의 고령자는 피용자보험 및 국민건강보험에 가입하게 되어 있어서 동일한 소득의 경우에도 보험료 금액에 차이가 있는 등 문제가 지적되었다.

이와 같은 문제에 대하여 후기 고령자 의료제도는 고령자의 의료급여비 부담 비율을 공비 5, 현역 세대 4, 고령자 1로 명확히 하고, 도도부현 단위의 후기고령자의료광역연합을 운영 주체로 하여 재정과 운영 책임을 명확히 하였으며, 원칙적으로 동일한 도도부현에 동일한 소득이 있는 경우에는 동일한 보험료로 하는 등의 개선 조치를 취하였다.

제도 초기에는 앞에서 설명한 것처럼 연령 도달로 인하여 그동안의 의

료보험제도로부터 일률적으로 분리 및 구분되는 구조가 ‘연령에 의한 차별’이라고 인식되어 비판을 받아서, 후기 고령자 진료비, 후기 고령자 종합말기 상담 지원비 등 75세 이상의 연령에 착안한 진료 보수 17개 항목의 폐지, 보험료 납부 방법에 관하여 계좌 이체와 연금에서의 원천징수의 선택제 도입, 보험료 체납자의 자격 증명서에 관한 엄격한 운용, 고령자가 희망하면 건강진단 등을 받을 수 있도록 시정촌에 재정 지원을 충실히 하는 등 운용 면에서 많은 개선을 강구하였다.

또한 제도의 원활한 시행을 위하여 70세 이상 75세 미만의 고령자 환자 부담 비율을 법정 20%에서 10%로 동결하고, 저소득자에 대한 보험료 경감 조치를 확충하고, 피용자보험의 피부양자였던 고령자의 보험료 부담을 90% 경감하는 등의 특례 조치도 함께 취하였다.

이와 같은 조치와 후기고령자의료광역연합 및 시정촌을 포함한 관계자 등의 노력으로 일본의 후기 고령자 의료제도는 이제는 정착하였다고 평가되고 있다. 제도 시행 당시와 2017년도의 상황을 비교해 보면, 피보험자수는 1320만 명에서 1690만 명으로 약 370만 명(28%) 증가하였고, 의료급여비도 10조 4000억 엔에서 16조 8000억 엔으로 약 6조 4000억 엔(61.5%) 증가하였다.

나. 사회보장제도 개혁 추진법

2009년에 설치된 후생노동대신 산하의 고령자 의료제도 개혁회의에서는 고령자 의료제도의 구체적인 방향에 관해서 검토가 이루어져, 2010년의 최종 보고서에서 후기 고령자 의료제도를 폐지하고 75세 이상의 고령자도 현역 세대와 동일하게 국민건강보험이나 피용자보험에 가입하면서 공비, 현역 세대, 고령자의 비용 부담 비율을 명확히 하고, 도도부현 단위

의 재정 운영이라고 하는 현행 제도를 유지하려고 하였다.

2012년에 각의 결정된 ‘사회보장·조세 일체개혁 대강’에서는 고령자 의료제도의 재검토에 관해서 “고령자 의료제도 개혁회의의 최종 보고서 등을 고려하여 고령자 의료제도의 개선을 실시”하고 “구체적인 내용에 관해서 관계자의 이해를 구한 후에 2012년 통상국회에서 후기 고령자 의료제도의 폐지를 위한 개정법안을 제출한다”고 하였다.

이후 2012년에 자민당, 공명당, 민주당 3당 간에 ‘사회보장·조세 일체 개혁에 관한 확인서’가 체결되어 3당이 공동으로 제180회 통상국회에 사회보장제도 개혁 추진법을 제출하여 같은 해에 성립 및 시행되었다.

사회보장제도 개혁 추진법에 기초하여 사회보장제도개혁국민회가 설치되었으며, 사회보장제도 개혁을 추진하기 위하여 필요한 사항을 심의하도록 하였다. 그리고 일본 정부는 법률 시행 후 1년 이내에 해당 회의의 심의 결과 등을 고려하여 법제상의 조치를 강구하도록 하였다.

다. 사회보장제도개혁국민회의

사회보장제도개혁국민회의는 2012년부터 20회의 회의를 거쳐 2013년에 보고서를 발표하였다. 해당 보고서에서는 개혁의 전체상을 제시하면서 예를 들어 ‘21세기형(2025년) 일본 모델’의 사회보장에서 주로 고령자 세대를 급여 대상으로 하는 사회보장에서 생애맞춤형 전 세대를 대상으로 하는 사회보장으로의 전환을 목표로 해야 하며, ‘21세기형 일본 모델’의 사회보장은 모든 세대를 급여와 서비스의 대상으로 하여 전 세대가 연령이 아닌 부담 능력에 따라 부담하고 상부상조하도록 한다는 입장을 표명하였다.

후기 고령자 의료제도에 관해서는 제도 시행으로부터 이미 5년이 경과

되어 현재에는 충분히 정착되어 있다고 판단되며, 이후에는 현행 제도를 기본으로 하면서도 실시 상황 등을 고려하여 후기 고령자 지원금에 대한 전면 총보수 비율 제도의 도입을 시작으로 필요한 개선 조치를 실시하는 것이 적당하다고 보았다.

또한 후기 고령자 지원금 부담 방법에 관해서 지원금의 3분의 2가 가입자 수에 따라 부담되며 이 때문에 부담 능력이 낮은 피용자보험자의 부담이 상대적으로 무거워지고 있어 건강보험조합 중에서도 3배 정도 보험료율의 차이가 있다며, 2015년까지는 피용자보험자 간의 부담 배분 방법을 전면적으로 총보수 비율 제도로 하여 피용자보험 간 구체적으로는 협회건보와 건보조합, 나아가서는 공제조합의 보험료 부담의 평준화를 목표로 해야 한다고 판단하였다.

나아가 건강보험법 등 일부개정법 부칙의 검토 규정에 따라, 고령자의 의료에 필요한 비용 부담의 방법을 포함한 검토를 실시할 필요가 있다고 제언하였다.

잠정적으로 10% 부담으로 되어 있는 70세 이상 74세 미만의 의료비 중 본인부담에 관해서 해당 특례조치는 세대 간의 공평을 도모하는 관점에서 폐지하고 대신에 저소득자의 부담을 배려하면서 이미 특례조치의 대상이 되고 있는 고령자의 본인 부담 비율이 크게 변화하지 않도록 새롭게 70세가 된 고령자부터 단계적으로 추진하는 것이 적당하다고 보았다.

라. 프로그램법

지속가능한 사회보장제도의 확립을 도모하기 위한 개혁 추진에 관한 법률⁷⁸⁾(이른바 프로그램법)은 국민회의에서의 심의 결과 등을 고려하여

78) 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律 平成25年法律第112号

사회보장제도 개혁의 추진 방법 등을 규정한 것으로, 2013년에 각의 결정된 '사회보장제도 개혁 추진법 제4조의 규정에 기초한 법제상의 조치의 골자에 관하여'를 기초로 작성되어 제185회 임시국회에서 성립, 같은 해에 시행되었다.

의료보험제도의 각 항목에 관해서 2014년부터 2017년까지를 목표로 하여 단계적으로 개선해 나가는 것으로 하였으며, 고령자 의료와 관련한 내용에 관해서는 저소득자의 보험료 부담 경감, 70세 이상 74세 미만의 환자 본인 부담 비율의 재검토, 후기 고령자 지원금의 전면 총보수 비율 제도 도입, 고령자 의료에 대한 비용 부담 방법 등을 검토하여 그 결과에 기초하여 필요한 조치를 취하기로 하였다. 또한 고령자 의료제도 자체에 관해서도 의료보험제도 개혁의 실시 상황 등을 고려하여 필요에 따라 재고를 위한 검토를 실시하는 것으로 결정하였다.

이에 70세 이상 74세 미만의 환자 본인 부담 비율에 관해서 2008년의 제도 시행 당시부터 법정 20%인 부분을 예산조치를 통하여 10%로 하여 왔지만 이를 시정하여 2014년부터는 새롭게 70세에 도달하는 고령자부터 20%로 하고 그 이전에 70세에 도달한 고령자에 관해서는 10%를 유지하기로 하였다. 이와 동시에 저소득자 등의 부담을 배려하여 고액 요양비에 관해서는 10% 본인 부담에 대한 부담 한도액을 두기로 하였다.

마. 의료보험제도개혁법

지속가능한 의료보험제도를 구축하기 위한 국민건강보험법 등의 일부를 개정하는 법률⁷⁹⁾(이른바 의료보험제도개혁법)은 위의 프로그램법에

(2013).

79) 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律 平成27年法律31号(2015).

이어서 지속가능한 의료보험제도를 구축하기 위한 조치를 강구하기 위한 것으로, 제189회 통상국회에서 2015년에 성립 및 시행되었다.

고령자의료와 관련한 내용에 관해서는 후기 고령자 의료제도를 보다 안정적으로 운영하기 위하여 건보조합, 협회건보, 공제조합 등의 피용자 보험자가 부담하는 후기 고령자 지원금을 보다 부담 능력에 따라 부담이 가능하도록 하여 피용자보험자의 상부상조를 강화하는 관점에서 2014년까지 3분의 1로 되어 있던 총보수 비율 부분을 2015년에 2분의 1, 2016년에 3분의 2로 인상하고 2017년부터는 전면 총보수 비율 제도를 실시하도록 하였다. 한편 2017년부터 각출금 부담이 무거운 보험자에 대한 부담 경감 대책의 대상을 확대하였으며 확대분에 해당하는 보험자의 부담을 보험자 모두가 각출하고 그 절반을 일반 조세로 부담함으로써 경감하는 제도를 마련하였다.

의료보험제도개혁법을 통하여 고령자의 의료 확보에 관한 법률 제125조의 규정을 개정하여, 2016년부터 후기고령자의료광역연합은 고령자의 심신의 특성에 따라 보건 지도를 실시하도록 노력 의무를 명확하게 규정함과 동시에 개호보험에서의 지역 지원 사업을 실시하는 시정촌이나 기타 보험자와의 연계를 도모하도록 새롭게 개정하였다. 이와 같은 규정에 근거하여 2016년부터 후기고령자의료광역연합에서 영양, 구강, 복약 등의 면에서 고령자의 심신 특성에 맞는 효과적인 보건사업으로서 전문직에 의한 지원을 모델사업으로 실시하고 있다.

나아가 2016년부터 고령자의 보건 사업의 방법 검토 워킹 그룹을 설치하여 고령자의 보건사업에 관한 방법에 대하여 검토를 실시하고 있으며 2017년의 모델 사업에서 참고할 수 있도록 '고령자의 특성을 고려한 보건 사업 가이드라인(高齢者の保険事業のあり方検討ワーキンググループ, 2017)을 발표하였다. 이후에도 2018년에 전국적인 사업을 전개할 수 있

도록 가이드라인의 개정 등도 추진하고 있다.

3. 개호보험제도

가. 개요

최근 일본의 개호보험제도는 이른바 ‘지역포괄케어시스템’이라는 개념이 주요 목표이자 개혁의 아이콘으로 떠오르고 있다. 지역포괄케어시스템은 지역 밀착형 서비스와 지역포괄지원센터가 창설된 2005년 개호보험법 개정을 시작으로, 재가 서비스의 질과 양을 확보하고 기타 보건의료 서비스 등과의 연계를 위하여 2011년과 2014년에 개호보험법을 개정하여 지역포괄케어시스템의 구축에 관해서 지방자치단체의 의무로 규정하고 있다(개호보험법 5조 3항, 이하 동법이라고 함). 한편 프로그램법 4조 4항과 의료개호종합확보추진법 2조 1항에 의하면, 지역포괄케어시스템이란 지역의 실정에 따라 고령자가 가능한 한 살아 왔던 지역에서 본인의 능력에 따라 자립된 일상생활을 영위할 수 있도록 보건의료, 개호, 개호 예방, 주거 및 일상생활 지원이 포괄적으로 확보된 체제를 의미한다. 이와 같은 지역포괄케어시스템은 법률상으로는 고령자를 대상으로 하고 있는데, 이는 고령화로 인하여 복수의 만성질환이나 치매를 앓고 있으면서도 지역에서 생활하는 고령자가 증가하고 있으며 따라서 개호 서비스만으로는 고령자의 지역생활을 지원할 수 없다는 인식에 기반한 것이다.

1) 살아 왔던 지역에 구축되는 체제

지역포괄케어시스템을 구축하는 주체는 시정촌으로, 보험자로서 개호

보험사업을 실시할 책임을 가지며(동법 3조), 개호보험사업계획과 노인 복지계획의 수립을 통하여 개호보험사업의 대상이 되는 서비스의 제공체제를 정비할 책임도 가지고 있다(동법 117조, 노인복지법 20조의8). 한편 개호보험사업 지원계획을 수립하는 도도부현은 광역적 관점에서 시정촌을 지원하도록 규정하고 있다(동법 5조 2항, 118조). 개호보험 사업 중에서 지역 지원 사업은 개호예방과 생활 지원을 대상으로 하고 있으며, 이에 개호보험의 보험자인 시정촌은 개호보험 급여의 지급과 개호보험료의 징수는 물론 지역의 복지 및 보건사업을 담당하고 있다. 그리고 지역 포괄케어시스템에서는 개호 서비스와 보건의료 서비스의 연계가 중요하기 때문에 개호보험 사업계획을 수립하는 시정촌과 보건의료 계획을 수립하는 도도부현의 연계가 필요하다.

2) 포괄적 지원이 제공되는 체제

지역포괄케어시스템을 구성하는 지원에는, 주거, 생활 지원, 개호예방, 개호 서비스 및 보건의료 서비스가 있으며, 고령자의 주거를 확보한 후에 살아 왔던 지역에서의 생활이 계속될 수 있도록 생활 지원, 개호예방, 개호 서비스 및 보건의료 서비스를 조합하여 제공하는 체제를 추구한다. 다양한 지원을 조합하여 제공하기 위해서는 지원을 제공하는 다양한 주체간의 연계가 중요하며, 이러한 의미에서 지역포괄케어시스템은 시스템보다 네트워크라 할 수 있다(二木立, 2015, 6頁).

고령자의 니즈에 따른 지원을 제공하기 위한 사회적 자원은 지역마다 다르기 때문에, 지역포괄케어시스템의 구축도 시정촌마다 각각의 행정계획 수립이 중요하다. 즉, 시정촌이 일상생활 권역마다 고령자의 니즈와 지역의 사회적 자원을 파악하여 살아 왔던 지역에서의 생활이 계속될 수

있도록 하는 목표와 해당 목표 달성을 위한 구체적 계획을 수립하여 해당 계획을 실시하고 평가 및 개선하는 것을 통하여 지역 실정에 맞는 지역포괄케어시스템을 구축하게 된다. 지역포괄케어시스템의 구축에 있어서는 시정촌이 고령자의 지역생활 지원을 위하여 지역의 사회적 자원을 효율적으로 활용할 수 있도록 지역실정의 파악과 과제 분석, 지역의 공통 목표 설정 및 계획의 작성, 실시, 평가 및 개선을 반복함으로써 목표 달성을 위한 활동을 계속적으로 개선하는 이른바 지역 매니지먼트가 중요하며, 특히 해당 계획 과정에 있어서의 지역 주민 참가가 필요불가결하다(동법 117조 9항).

3) 핵심 기관으로서의 지역포괄지원센터

지역포괄케어시스템의 핵심기관으로서 시정촌은 지역포괄지원센터를 일상생활 권역마다 설치하도록 규정하고 있으며(동법 115조의 46), 지역포괄지원센터는 지역 지원 사업으로서 개호예방 케어 매니지먼트 사업, 종합 상담 지원 사업, 권리 옹호 사업, 포괄적 계속적 케어 매니지먼트 사업을 실시(동법 115조의 45 1항 1호, 2항)한다. 그중에서도 포괄적 계속적 케어 매니지먼트 사업은 지역에서의 포괄적 계속적 케어를 실시하기 위하여 관계자 간 연계 체제를 구축하고 개호지원전문원을 지원하는 것으로, 이를 위하여 시정촌은 개호지원전문원, 보건의료 및 개호전문직, 지역의 지원자들로 구성되는 ‘지역케어회의’를 설치하도록 노력하여야 하며(동법 115조의 48), 지역포괄지원센터에서 다직종 간의 협동에 의한 개별 사례를 검토하여 개호지원전문원에 의한 케어 매니지먼트를 지원하고 지역의 과제를 파악한다.

나. 주거

지역포괄케어시스템에 있어서의 주거의 종류는 일반 주택, 고령자용 주택, 시설로 구분되며, 일반 주택에서는 외부로부터 지원이 제공되는 반면 특별 양호 노인홈 등의 시설에서는 주거와 서비스가 미리 세팅되어 내부에서 서비스가 완결적으로 제공되고, 나아가 이들의 중간 형태로 그룹홈, 유료 노인홈 및 고령자용 임대주택 등 다양한 고령자용 주택이 있다. 지역포괄케어시스템이란 살아 왔던 지역에서 생활이 계속될 수 있도록 하는 것이기 때문에 고령자의 니즈에 따라 주거를 바꾸는 것이 아니라 지원을 외부로부터 추가로 제공하는 것을 기본으로 하며, 이에 시설에서도 내부에서 제공되는 서비스가 불충분한 경우에 외부로부터 제공되는 것이다(地域包括ケア研究会, 2014).

고령자의 주거에 관한 정책은 고령자용 주택을 정비하여 서비스를 외부로부터 제공하는 한편 시설에 관해서는 중증도의 요개호 고령자를 지원하는 기능으로 중점화하는 방향(기능분화)을 가지고 있다. 이에 개호 및 보건의료 서비스를 연계한 고령자용 주택의 공급을 촉진하기 위하여 2011년 고령자주거법을 개정하여, 서비스 있는 고령자용 주택이 도입되었으며, 고령자용 임대주택 및 유료 노인홈 중의 서비스 있는 고령자용 주택은 일정한 주거 면적과 배리어프리 구조를 갖추거나 적어도 안부 확인 및 생활 상담을 제공하는 등 소정의 입주 계약에 관한 기준에 적합한 경우에 도도부현 지사의 등록을 받도록 규정하고(고령자주거안정법 5조, 7조) 이로써 서비스 있는 고령자용 주택은 도도부현 지사의 지도 감독 및 각종의 지원 조치 대상이 되었다. 한편 2014년 개호보협법 개정을 통하여 특별 양호 노인홈의 신규 입원자는 원칙적으로 주택 생활이 곤란한 요개호도 3 이상의 고령자로 한정되었지만, 요개호도 1, 2의 고령자에 관해

서도 주택 생활에 현저하게 곤란이 있어서 어쩔 수 없는 사유가 있는 경우에 한하여 특례적으로 입원이 가능하도록 하였다(동법 8조 22항, 동규칙 17조의 9 및 17조의 10). 이를 통하여 일반적인 고령자에 관해서는 고령자용 주택의 확보와 재가 서비스의 충실화가, 중증도의 요개호 고령자에 관해서는 특별 양호 노인홈이 생을 마감하는 주거가 되도록 시설에서의 개호 및 호스피스 등의 대응이 실시되고 있다.

주거에 관한 비용은 고령자의 자기 부담으로, 시설의 거주비도 원칙적으로는 개호보험 급여의 대상이 되지 않으며 소득 상황에 따라 개호보험의 보충 급여로서 특정 입주자 개호 서비스비가 지급되었는데, 2014년 개호보험법 개정을 통하여 주택에서 생활하는 고령자와의 공평성을 확보하기 위하여 보충 급여가 개편되어 일정 금액 이상의 예금 및 적금을 가지고 있는 고령자는 해당 대상에서 제외되었다(동법 51조의3, 동규칙 83조의5). 이와 달리 저소득 고령자에 대해서는 조세 재원에 의한 주택수당을 지급하는 것을 주거 보장의 문제로서 검토 중이다.

다. 생활 지원과 개호예방

요지원 고령자는 지역포괄케어시스템에서 생활 지원과 개호예방에 관한 서비스를 이용하면서 지역에서의 생활을 계속하게 되는데, 생활 지원이란 돌봄, 안부 확인, 배식, 외출 지원, 사회 참가의 기회 제공 등 일상생활의 지원을 의미한다. 생활 지원에 관한 서비스는 개호 서비스 사업자 및 개호 전문직에 의하여 제공되는 개호 서비스와 달리 민간 사업자, NPO, 자원봉사자 및 지역 주민 등 다양한 주체에 의하여 제공되며, 개호 예방에 관한 서비스는 요개호 상태 및 요지원 상태의 예방 또는 경감 및 악화 방지를 위한 것으로 생활 기능의 유지 및 향상을 위한 재활의 기능

을 가진다. 개호보험법은 특히 개호예방을 중시하고 있으며(동법 2조 2항), 개호보험의 급여로서 예방급여와 지역 지원 사업으로서 개호예방 사업을 통하여 보장하고 있다.

개호예방 사업은 경도의 요지원 고령자에 대한 개호예방을 강화하여 중도화되는 것을 예방하기 위하여 2005년 개호보험법 개정을 통하여 도입되었으며, 시정촌이 예방급여의 범위를 넘어서 개호예방 사업을 실시하도록 하였다. 하지만 혼자 사는 요지원 고령자가 지역에서 생활을 계속할 수 있도록 하기 위해서는 생활 지원도 필요하다고 판단하여, 개호예방과 생활 지원을 일체적으로 제공하도록 하기 위하여 2011년 개호보험법 개정을 통하여 개호예방 및 일상생활 지원종합사업이 도입되었으며, 시정촌이 개호예방사업 또는 일상생활 지원종합사업을 중 어느 하나를 실시하도록 하였다. 나아가 개호예방을 위해서는 예방서비스의 제공만이 아니라 고령자의 사회참가도 중요하므로 고령자의 사회참가를 생활 지원의 형태로 제공하도록, 시정촌에 의한 생활 지원과 개호예방의 기반정비를 도모하면서 예방 급여의 중점화 및 효율화를 위한 2014년 개호보험법의 개정을 통하여 개호예방사업을 일상생활 지원종합사업으로 개편하여 예방 급여 중에 개호예방 방문 개호와 개호예방 통소 개호를 일상생활 지원 종합사업으로 이행하였으며 시정촌이 해당 종합사업을 실시하도록 하였다.

위와 같은 일상생활 지원종합사업의 재원 구성은 개호보험 급여의 재원 구성과 동일하여, 제1호 피보험자의 보험료가 22%, 제2호 피보험자의 보험료가 28%, 국가 25%, 도도부현 12.5% 및 시정촌 12.5%로 구성되어 있다(동법 112조의2, 123조의 3, 126조). 한편 일상생활 지원 종합사업의 내용은 개호보험 급여처럼 일본 전국이 동일한 것이 아니라 다양한 주체에 의하여 다양한 서비스의 제공이 가능하도록 시정촌이 다양한

선택지 중에서 결정할 수 있기 때문에 지역 실정에 맞는 생활 지원과 개호예방을 강화하면서 개호보험의 비용 증가를 억제할 수 있다. 또한 일상 생활 지원 종합 사업은 지역포괄지원센터에 의한 개호예방 케어 매니지먼트에 기초하여 요지원 고령자에 대해서 방문형 서비스, 통원형 서비스, 기타 생활 지원 서비스를 제공하는 개호예방 및 생활 지원 서비스 사업과 모든 고령자에 대해 서비스를 제공하는 일반 개호예방 사업으로 구분된다(동법 115조의45 1항). 개호예방 및 생활 지원 서비스는 개호 서비스 사업자와 개호 전문직 이외의 다양한 주체에 의하여 제공될 수 있는 것으로, 시정촌은 생활 지원 체제 정비 사업으로서 생활 지원 코디네이터 및 협의회를 설치하도록 규정하였다(동법 115조의45 2항 3호).

라. 개호 및 보건의료 서비스

1) 개호 및 보건의료 서비스의 연계

지역포괄케어시스템에서는 요개호 고령자가 상태가 악화되어도 자택에서 생활을 계속할 수 있도록 하기 위해서는 정기적 순회 및 긴급 시 대응 등 24시간 365일 전부 재가에서 필요한 개호 서비스를 이용할 수 있어야 하는데, 특히 일상생활상의 케어를 중심으로 하는 개호 서비스는 개호보험 급여로 보장하고 있다. 한편 요개호 고령자는 동시에 보건의료 서비스도 필요로 하는데, 지역포괄케어시스템에서의 보건의료 서비스는 치료로는 개선되지 않는 장애를 가진 고령자의 생활수준을 개선하기 위한 지원을 핵심 요소로 하기 때문에, 치료 니즈가 높은 환자에게 고도의 의료 서비스를 집중적으로 제공하는 병원이 아니라 재가에서 제공하도록 하고 있으며 즉 의사가 고령자의 주거지를 정기적으로 순회하면서 방문

진료를 실시하여 긴급 시에 고령자 요청에 따라 왕진을 실시하는 형태이다. 그러나 보건의료 서비스는 개호 서비스를 위한 개호보험이 아닌 의료보험제도를 통하여 의료기관에서 의사를 중심으로 한 의료 전문직에 의하여 제공되기 때문에 개호보험제도를 통하여 개호 서비스 사업 시설에서 개호 전문직에 의하여 제공되는 개호 서비스와의 연계가 매우 중요하다. 이에 개호보험법은 개호 서비스와 보건의료 서비스의 연계를 배려하도록 규정하였다(동법 2조 2항).

2) 지역 밀착형 서비스

개호보험급여의 대상이 되는 개호 서비스 중에 지역 밀착형 서비스는 고령자에게 친근한 시정촌에서 제공되는 것이 적절한 서비스로, 고령자가 살아 왔던 지역에서의 생활을 지원하기 위하여 2005년 개호보험법 개정을 통하여 도입되었다. 이에 지역 밀착형 서비스 사업자를 지정하는 권한은 지역포괄케어시스템을 구축하는 시정촌에게 있다(동법 78조의2). 지역포괄케어시스템에서의 지역 밀착형 서비스로는 정기순회 및 수시대응형 방문 개호간호, 야간대응형 방문간호, 지역 밀착형 통원 개호, 인지증 대응형 통원 개호, 소규모 다기능형 거택 개호, 인지증 대응형 공동생활 개호, 지역 밀착형 특정시설 입주자 생활개호, 지역 밀착형 개호노인 복지시설 입주자 생활개호 및 복합형 서비스가 있다(동법 8조 14항). 이 중 소규모 다기능형 거택개호는 방문, 통원, 숙박을 함께 제공하는 서비스이며(동조 19항), 2011년 개호보험법 개정을 통하여 지역포괄케어시스템 구축을 위하여 정기순회 및 수시대응형 방문 개호간호와 복합형 서비스가 추가 되었는데 정기순회 및 수시대응형 방문 개호간호는 혼자 사는 요개호 고령자가 재가에서 필요한 타이밍에 필요한 서비스가 이용 가

능하도록 주중 및 야간을 통틀어 방문개호와 방문간호를 일체적 또는 연계하여 정기적으로 순회방문과 수시 통보에 의한 대응을 제공하는 서비스이고(동조 15항), 복합형 서비스는 의료 니즈가 높은 요개호 고령자를 대응하기 위하여 방문간호와 소규모 다기능형 거택 개호를 함께 제공하는 서비스이다(동조 23항). 한편 이와 같은 서비스 유형의 개호 보수는 요개호도에 따라 1개월을 기준으로 정액제로 지급되므로 사업자는 필요에 따라 임기응변적으로 대응이 가능하다. 그리고 앞에서 언급한 것처럼 지역 밀착형 서비스 사업자를 지정하는 권한은 지역포괄케어시스템을 구축하는 시정촌이 가지는데(동법 78조의2), 시정촌은 사업자가 지역에서 이용자를 확보할 수 있도록 하기 위하여 공모를 통한 선고를 통하여 사업자를 지정하는 것이 가능하다(동법 78조의13). 이와 같은 새로운 유형의 서비스는 기존의 개호 서비스 유형의 정리 및 개편을 수반하지 않기 때문에 급여의 복잡화를 초래한다고 비판받고 있기는 하지만, 재가 개호 서비스를 통합하여 유연한 제공이 가능하기 때문에 지역포괄케어시스템에서의 중심적 서비스로 자리 잡고 있다(地域包括ケア研究会, 2014, p. 31).

3) 재가의료 서비스

방문진료와 방문간호로 이루어진 재가의료 서비스는 병원으로부터의 퇴원 지원, 의사, 간호사 및 재활 전문직 등 다직종 간의 연계에 의한 일상에서의 요양 지원, 병 상태의 급변 시의 대응, 임종 시의 완화의료 등의 기능을 수행하고 있으며(厚生労働省, 2016, p. 153), 최근 의료보험제도에서의 진료 보수 개정으로 의료기관에 대하여 재가의료 서비스의 제공을 유도하도록 추진하고 있다. 이에 질 높은 재가의료 서비스를 확보하기 위하여 2014년과 2016년 의료보험의 진료 보수 개정으로 주치의제도와

재가의료 서비스의 평가를 강화하였다. 또한 요개호 고령자가 병원에서 재가로 순조롭게 이행되도록 하기 위해서는 의료 전문직과 개호 전문직 간의 상호 이해와 협동이 필요하기 때문에 정부가 2011년부터 재가의료 연계 거점 사업을 모델 사업으로 실시하고 있으며, 2014년 개호보험법 개정을 통하여 지역포괄케어시스템을 구축하는 시정촌은 지역 지원 사업으로서 재가의료 및 개호 연계 추진 사업을 실시하도록 규정하였다(동법 115조의45 2항 4호). 이와 같은 사업을 통하여 시정촌은 지역 의사회와 협력하여 지역의 보건의료 및 개호 서비스 자원의 파악, 재가의료 및 개호 연계에서의 과제발굴과 대응책 검토 및 맞춤형 재가의료 및 개호 서비스 제공체제의 구축 등을 실시하고 있다.

4) 지역의료개호종합확보기금

위에서의 재가의료 서비스의 확보와 지역 밀착형 서비스를 포함한 개호 서비스 제공 체제를 정비하기 위하여 2014년 의료개호종합확보추진법에서 지역의료개호종합확보기금을 도입하도록 규정하였다. 즉, 도도부현은 지역에서의 보건의료 서비스와 개호 서비스의 종합적인 확보를 위한 사업의 실시에 관한 계획을 작성하고, 해당 사업에 필요한 비용의 3분의 2를 소비세 증액분을 재원으로 하는 지역의료개호종합확보기금으로 하고 나머지 3분의 1은 도도부현이 부담하도록 규정한 것이다(의료개호종합확보추진법 4조, 6조, 7조). 이와 같이 도도부현에 설치된 지역의료개호종합확보기금은 의료기관의 정비, 재택의료 서비스의 확보, 개호 서비스 제공 체제의 정비 및 의료 종사자와 개호 종사자 확보에 필요한 비용으로 사용되며, 기존에 진료 보수 및 개호 보수로는 불충분한 투자적 경비를 조세 재원으로 보전하는 데 그 의미가 있다(尾形裕也, 2016, p. 107).

4. 보건의료 및 개호 연계 정책

가. 개요

일본은 이른바 ‘단카이 세대’가 모두 75세 이상이 되는 2025년을 대비하고 있는 가운데, 고령화의 진행에 따른 질병 구조의 변화와 질병과 공존해 가면서 생활의 질(QOL)의 유지 및 향상을 도모하는 것이 중요한 정책 과제로 떠올랐다.

또한 개호 니즈에 관해서도 보건의료 니즈를 동시에 갖고 있는 중도의 요개호자나 치매 노인이 증가하는 등 보건의료와 개호의 연계 필요성이 증대되고 있다.

이에 일본 정부는 2025년을 대비하여 보건의료 및 개호가 필요한 상태가 되어도 가능한 한 살아 왔던 지역에서 안심하고 생활을 계속하고 해당 지역에서 인생의 마지막을 맞이할 수 있도록 환경을 정비하는 것을 목표로 하였다.

이러한 상황에서 보건의료와 개호의 종합적인 개혁에 관해서 사회보장제도개혁 국민회의에서의 논의를 거쳐 프로그램법에서 검토해야 할 과제를 규정하였고 이에 따라 지역에서의 보건의료 및 개호의 종합적 확보를 추진하기 위한 관계 법률의 정비 등에 관한 법률⁸⁰⁾을 통하여 의료법, 의료보험법 및 개호보험법 등 관계 법령을 개정하였다.

80) 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律 平成26年法律第3号(2014).

나. 보건의료 및 개호 서비스 종합적 확보를 위한 조치

보건의료와 개호 서비스의 종합적인 확보를 위해서 ‘지역에서의 보건의료 및 개호를 종합적으로 확보하기 위한 기본 방침(이른바 종합확보방침)’⁸¹⁾을 발표함과 동시에 지역의료개호종합확보기금을 설치하였다.

우선 지역에서의 보건의료 및 개호를 종합적인 확보의 촉진에 관한 법률⁸²⁾에 근거하여 보건의료 및 개호 서비스의 일체적 종합적인 확보를 도모하기 위하여 보건의료 및 개호 관계자 등으로 구성된 ‘보건의료개호 종합확보 촉진회의’를 개최하여 해당 회의의 논의를 거쳐 2014년에 종합확보방침이 발표되었다.

도도부현은 이와 같은 종합확보방침에 따라, 또한 지역의 실정에 따라 지역에서의 보건의료 및 개호를 종합적으로 확보하기 위한 사업의 실시에 관한 계획을 작성하도록 하였다.

또한 이와 같은 도도부현 계획에 기재된 사업의 실시를 지원하기 위하여 소비세의 증가분 등을 활용한 지역의료개호종합확보기금을 도도부현에 설치하였다. 해당 기금의 사업 범위로는 지역의료 구상의 달성을 위한 의료기관의 시설 또는 설비의 정비에 관한 사업, 주택 등에서의 의료 제공에 관한 사업, 지역 밀착형 서비스 등 개호시설 등의 정비에 관한 사업, 의료 종사자 확보에 관한 사업 및 개호 종사자 확보에 관한 사업 5가지로, 2017년 당초 예산에서는 보건의료분 904억 엔, 개호분 724억 엔을 계상하였다. 지역의료개호종합확보기금에는 소비세 증가분이 충당되는 것을 고려하여 그 효과적 효율적 활용이 중요하다고 보았다.

이에 도도부현이 해당 기금 사업의 실시 상황의 사후 평가를 실시함과 동

81) 平成26年9月12日告示地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針.
(総合確保方針)

82) 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 平成元年法律第64号(1999).

시에 국가에서도 목표의 달성 상황 및 사업의 실시 상황을 검증하여 도도부현에 대하여 필요한 조연을 실시하는 등 PDCA (Plan-Do-Check-Act) 사이클을 운용하고 있다. 나아가 도도부현에 의한 정밀도 높은 사후 평가의 실시를 지원하기 위하여 가능한 한 결과물에 착안한 목표 설정 및 평가가 이루어지도록 ‘평가 지표’의 수립을 위한 검토를 진행하고 있다.

다. 촉진회의 및 종합확보방침의 일부개정

일본은 진료 보수와 개호 보수의 개정 및 제7차 의료계획과 개호보험 사업 지원계획의 수립을 2018년에 실시할 예정이다. 이와 같은 중요한 사항을 고려하여 2016년 종합확보방침을 일부 개정하여 새롭게 다음과 같은 사항을 추가하였다(표 4-4-9).

〈표 4-4-9〉 2016년 종합확보방침의 개정 사항

-
- ① 의료계획과 개호보험사업 지원계획의 일체적 종합적인 수립
 - ② 재가의료와 개호의 연계 추진
 - ③ 퇴원 시나 재택 등에서의 간병에서의 맞춤형 의료개호의 제공 체제 및 다직종 간의 연계
 - ④ 보건의료와 개호의 연계의 중심이 되는 인재 등
-

위와 같은 개정은 의료개호 종합확보 촉진회의에서 2015년부터 계속적으로 논의를 실시하여, 이와 같은 논의를 고려하여 정리한 결과물이었다. 해당 개정에서는 의료계획과 개호보험사업 지원계획의 정합성을 확보하기 위하여 도도부현이나 시정촌의 관계자에 의한 협의의 장을 설치하는 것과 시정촌이 실시하는 재가의료 및 개호 연계추진 사업 중에 시정촌 단독으로는 곤란한 것을 도도부현이 광역적으로 지원한 것으로 보건의료와 개호의 연계 추진을 도모하는 것 등을 명시하였다.

라. 개호의료원의 창설

일본은 개호요양형 의료시설(介護療養型医療施設)과 의료요양병상(医療療養病床)에 대해서 의료법상의 간호사 및 준간호사의 인원 배치가 4대 1 미만인 병상에 관하여 2017년까지 설치 기한을 두고 있었는데, 이에 이들 병상의 의료 및 개호 니즈를 동시에 가지는 경우를 앞으로 어떻게 수용할 것인가가 과제로 남아 있었다.

이에 만성기 의료 니즈에 대응하는 앞으로의 의료 및 개호 니즈 제공 체제에 관하여, 요양병상의 방법을 시작으로 구체적인 개혁의 선택지 정비 등을 실시하기 위하여 2015년부터 '요양병상 방법 등에 관한 검토회(療養病床の在り方等に関する検討会)'를 개최하여 2016년에 보고서를 발표하였다.

해당 보고서에서는 개호요양병상을 대신하여 새로운 서비스 제공 유형으로 다음과 같은 2가지 안을 제시하였다.

- ① 의료를 포함한 시설 유형(환자 상태에 맞추어 유연한 인원 배치, 자원 설정 등이 가능하도록 2가지 패턴 검토)
- ② 의료를 외부로부터 제공하는 '주거'와 의료기관의 병설 유형

2016년부터는 '사회보장심의회 요양병상의 방법 등에 관한 특별부회(社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会)'를 개최하여 해당 검토회에 의한 정리안을 고려한 개호요양병상의 구체적인 제도 설계의 검토가 실시되었다. 같은 해의 최종 보고서에서는 개호요양병상의 일상적인 의학 관리가 필요한 중도의 요개호자의 수용과 간호 및 임종 등의 기능을 유지하면서 생활시설로서의 기능을 겸비한 새로운 시설 유형을

도입하는 것으로 기본적인 방향성이 제시되었다.

이에 2017년에 성립한 지역포괄케어시스템의 강화를 위한 개호보험법 등의 일부를 개정하는 법률⁸³⁾에서 요개호자에 대하여 장기요양을 위한 의료와 일상생활상의 개호를 일체적으로 제공하는 ‘개호의료원(介護医療院)’이 새로운 개호보험 시설로서 도입되었다. 추후에 2018년 동법의 시행을 위하여 사회보장심의회 개호급여비 분과회 등에서 개호의료원에 관한 개호 보수, 기준, 전환 지원책에 관한 검토를 진행 중이다.

마. 진료 보수와 개호 보수 동시개정 등

위에서 언급한 것처럼, 일본은 2018년에 진료 보수와 개호 보수의 동시개정 및 제7차 의료계획과 제7기 개호보험사업 지원계획 등 보건의료와 개호의 종합 개혁을 실현하기 위한 중요한 단계에 있다.

의료 계획은 지역의 실정에 따라 의료 제공 체제를 구축하기 위한 시책인 지역의료구상이 담겨져 있다. 2025년에 필요로 하는 병상수를 기능별로 고도급성기, 급성기, 회복기, 만성기로 추계하여 앞으로 목표로 하는 내용을 정리한 후에 이를 위하여 각 구상구역(원칙 2차 의료권)에서 의료기간 등과 함께 논의하여 자주적으로 실천하도록 되어 있다.

이미 일본 전국에서 지역의료구상은 수립되어 있으며 2015년 현재 병상수가 133만 1000개(고도급성기 16만 9000개, 급성기 59만 3000개, 회복기 12만 9000개, 만성기 35만 4000개, 휴면 등 8만 7000개)가 있으며, 2025년의 필요 병상수는 110만 1000개(고도급성기 13만 1000개, 급성기 40만 1000개, 회복기 37만 5000개, 만성기 28만 4000개,

83) 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律 平成29年法律第52号(2017).

개호시설 및 재가의료 등에서의 대응이 약 30만 명)로 추계되었다.

지역마다 상황이 다르지만 일본 전국을 보면 고도급성기와 급성기 병상이 약 30% 감축, 회복기 병상이 약 3배 확충, 만성기 병상이 약 20% 감축, 기타 개호시설 및 재가의료 등으로 전환되는 것으로 예상되어지며, 기능 분화 및 연계를 위한 진료 등의 데이터제공, 지역의료개호종합확보기금에 의한 지원, 진료 보수 및 개호 보수 개정에 의한 대응으로 지역의료구상의 달성을 위하여 끊임없이 노력하고 있다.

일본 정부는 2018년 동시개정에 관하여 질 높고 효율적인 보건의료 및 개호 서비스의 제공 체제의 정비를 추진하는 것을 목표로, 지역포괄케어 시스템의 구축과 보건의료 및 개호의 연계 강화, 의료 기능의 분화 및 연계 추진, 효율적인 의료 제공 체제의 구축, 질 높고 효율적인 서비스에 의한 고령자의 자립 지원 등을 주요 과제로 정하였다(표 4-4-10).

〈표 4-4-10〉 2018년 진료 보수 개정을 위한 주요 검토 항목

-
- (1) 의료 기능의 분화 및 연계 강화, 지역포괄시스템의 구축 추진
- ① 입원 의료
 - 의료 기능, 환자의 상태에 따른 평가
 - DPC 제도에서의 조정계수, 기능평가계수Ⅱ의 재검토 등
 - 의료 종사자의 부담 경감 및 팀 의료의 추진 등에 관한 노력
 - ② 외래 의료
 - 주치의 기능과 치과 주치의 기능
 - 주치의 기능과 주치 약제사 및 약국 기능 연계
 - 생활습관병 치료약 등의 처방
 - 소개장 없이 대형병원 수진 시의 정액 부담
 - ③ 재가의료
 - 중증도, 거주 형태 및 환자의 특성에 따른 평가
 - 방문진료, 치과 방문진료, 방문간호, 재가약제 관리지도 등
 - 방문재활지도 관리
 - ④ 보건의료와 개호의 연계
 - 요양병상 및 시설계 서비스에서의 의료
 - 재가 등에서의 의료(방문진료, 방문간호, 치과 방문진료, 약제사 업무 등)
 - 유지기의 재활
-

-
- (2) 환자의 가치 중심의 안심 안전하고 질 높은 의료의 실현
 - 결과에 기초한 평가
 - 환자나 가족 등에의 정보 제공 및 상담 지원
 - 의료기능 등에 관한 정보 제공 및 공표
 - 환자 선택에 기초한 서비스 제공

 - (3) 중점 분야, 개별 분야에 관한 질 높은 의료 제공의 추진
 - 완화 케어를 포함한 암환자에 대한 질 높은 의료
 - 치매 환자에 대한 질 높은 의료
 - 정신질환자에 대한 의료 제공, 지역 이행 및 지역생활 지원
 - 외래 및 입원에서의 재활
 - 구강질환의 증증화 예방, 구강 기능 저하에 대한 대응, 생활의 질을 배려한 치과 의료
 - 약제 사용의 적정화에 관한 약제 관리 업무

 - (4) 지속가능성을 높이는 효과적 효율적인 의료에의 대응
 - ① 의약품, 의료기기 등의 적절한 평가
 - 약가제도의 발본개혁(보험의료재료평가제도의 재검토를 포함)
 - 의료기술의 비용 대 효과의 관점을 반영한 평가
 - 새로운 의료기술의 보험 적용
 - 후발 의약품의 지속적인 사용 촉진
 - ② 차세대 의료를 담당할 서비스 혁신의 추진
 - 바이오테크놀로지, ICT, AI(인공지능) 등 새로운 기술에 대응
 - ICT를 활용한 의료 정보의 공유 방법
 - 보다 효율적인 공유 및 활용을 추진하기 위한 의료 정보화 등에 기여하는 노력 추진
-

바. 재정적 인센티브 제도

일본의 의료보험에서는 후생노동대신의 지정⁸⁴⁾을 받아 보험의료기관, 보험 약국 및 방문가호 스테이션이 의료 서비스를 제공하고 있다. 개호보험에서는 다양한 재가 서비스 및 시설 서비스가 마련되어 있으며, 서비스 사업자 및 시설은 원칙적으로 서비스의 종류 및 사업소마다 도도부현지사 등의 지정을 받아 개호 서비스를 제공하고 있다. 특히 고령자의 경우 의료 서비스와 동시에 개호보험의 서비스까지 복수의 서비스를 이용하고 있는 점을 고려할 때 보건의료 및 개호 서비스의 관계자와 관계기관 간의

84) 일본의 보험의료기관지정제도에 관해서는 홍성민(2017)을 참조.

정보 제공, 공유 및 상호 이해를 중심으로 하는 연계가 매우 중요하다.

1) 의료기관과 재가개호 지원 사업자 등의 연계

의료보험에서는 퇴원 지원이나 관계자 및 관계기관의 연계의 관점에서, 예를 들어 보험 의료기관에서 다음과 같은 서비스를 실시하고 있다(표 4-4-11).

(표 4-4-11) 퇴원 지원이나 관계자 및 관계기관의 연계를 위해 제공하는 서비스(의료보험)

-
- 환자가 안심 및 납득하고 퇴원하여 그동안 살아 왔던 지역에서 요양 및 생활을 계속할 수 있도록, 입원 초기부터 퇴원이 곤란한 요인을 가지고 있는 환자를 찾아 내어 퇴원 지원을 실시하고 있다: 퇴원 지원 가산(인센티브 수가, 이하 동일)
 - 퇴원 후에 개호 서비스를 도입하는 것이 적당하다고 판단되고 환자 본인도 이를 희망하는 경우에, 퇴원 후에 보다 적절한 서비스를 받을 수 있도록 입원 중부터 재가개호 지원 사업자 등의 개호지원전문원과 연계하여 퇴원 후의 케어 플랜을 작성하도록 한다: 개호 지원 연계 지도료
 - 환자의 동의를 얻어 재가개호 지원 사업자, 개호노인 보건시설 등에 진료 정보를 제공한다: 진료 정보 제공료(I)
 - 입원 중인 환자에 대하여 보험 의료기관이 해당 환자의 동의를 얻어 퇴원 후의 재가요양을 담당할 보험 의료기관 및 보험 약국, 방문간호 스테이션, 개호지원전문원 등과 함께 재가에서의 영양상 필요한 설명 및 지도를 실시한다: 퇴원 시 공동 지도료
-

개호보험에서는 입퇴원 시나 재가요양 시 개호지원전문원과 의료기관 등의 관계기관 및 관계자 간 연계의 관점에서 다음과 같은 재가개호 지원 서비스를 실시하고 있다(표 4-4-12).

(표 4-4-12) 퇴원 지원이나 관계자 및 관계기관의 연계를 위해 제공하는 서비스(개호보험)

-
- 개호 서비스 이용자가 병원 또는 진료소에 입원하는 경우에 병원 또는 진료소의 직원에 대하여 이용자의 심신 상황 및 생활환경 등의 정보를 제공한다: 입원 시 정보 연계 가산
 - 병원 또는 진료소에 입원하고 있는 자가 퇴원하는 경우에 입원 담당의와의 회의 등을 실시하여 이용자에 관한 정보를 얻은 후에 케어 플랜을 작성한다: 퇴원 퇴소 가산
-

-
- 병원 또는 진료소의 요구로 의사 또는 간호사 등과 함께 이용자의 거주지를 방문하여 회의를 실시하고 이용자에게 필요한 재가 서비스 또는 지역 밀착형 서비스의 이용에 관한 조정을 실시한다: 긴급 시 등 재가 회의 가산
-

기타 관계자 및 관계기관에서는 진료 보수 및 간호 보수로 인센티브가 제공되지 않아도 필요에 따라 각각의 방법으로 조정 및 연계하여 정보 제공 및 공유를 실시하고 있다.

2) 치과 의료기관과 개호시설과의 연계

구강질환과 심신질환의 관계에 관해서는 중도의 치주병이 당뇨병의 리스크 팩터가 되는 점이나 치과 의료 전문직의 개입에 의한 구강위생관리가 요개호자 등의 오연성 폐렴의 발증을 저하시킨다고 보고되고 있다. 이에 개호시설 등의 입소자에 대한 치과 의료에 관해서는 의료보험에 의한 인센티브가 제공되고 있으며 치과 의료기관의 약 20%가 재가의료 서비스(개호시설 등에 대한 치과 방문진료를 포함)를 제공하고 있다. 특히 시설에의 방문진료는 매년 증가하고 있으며 치과 방문진료를 산정하고 있는 의료기관의 절반 이상이 1일에 복수의 동일 건물 거주자에 대하여 치과 방문진료를 실시하고 있다. 또한 치과 방문진료를 실시한 치과 의사의 지시에 따라 치과위생사 등이 요양상 필요한 지도도 실시하고 있으며 이에 대하여는 인센티브로서 방문 치과위생사 지도료를 제공하고 있다.

개호보험 시설에서는 약 90% 정도 협력치과 의료기관을 정하고 있지만 치과 의료기관과 개호보험 시설과의 연계 내용은 치과 방문진료의 실시가 대부분이다. 치과 의사 및 치과위생사와 연계하고 있는 개호보험 시설의 구강 위생관리에 대한 개호 보수는 치과 의사 또는 치과 의사의 지시를 받은 치과위생사가 개호 직원에 조언 지도 등을 실시하면 구강위생 관

리체제가산을, 치과의사의 지시를 받은 치과위생사에 의한 구강 케어를 실시하면 구강위생 관리 가산을 인센티브로 제공하고 있다.

3) 재가개호 지원 사업자와 의료 관계 직종과의 연계

개호지원전문원은 케어 플랜을 작성함에 있어서 이용자, 가족 및 재가 서비스(의료 서비스를 포함) 등의 담당자를 소집하여 서비스 담당자 회의를 개최하고 그 담당자로부터 전문적인 견해를 요구하도록 하고 있다. 이용자가 방문간호나 통원 재활 등의 의료 서비스를 희망하는 경우에는 이용자의 동의를 얻어 주치의나 주치 치과의사의 의견을 요구하도록 하고 있다. 또한 재가에서의 약제 관리에 관해서는 의사가 필요하다고 인정하는 경우에 의사의 지시에 의하여 약국 및 약제사가 실시하고 있다.

제 5 장

소결 및 입법적 제언

제1절 소결

제2절 입법적 제언

5

소결 및 입법적 제언 <<

제1절 소결

1. 우리나라는 노인이 향유하는 건강권에 관해서 헌법상 이를 명시적으로 규정하고 있지는 않지만, 국가의 보전에 관한 의무를 규정하는 헌법 제36조 제3항을 중심으로 하여 그 근거를 도출해낼 수 있다. 이는 건강이 누구에게나 중요하며, 다른 여러 기본권들을 실질적으로 향유하기 위한 선결 요건이기도 하다는 점에서 건강권은 누구에게나 중요한 의미를 가진다. 그러므로 노인의 건강권에 관해서도 우리나라 의료보장법제 및 사회복지법제 전반을 통해서 보장되고 있음을 인식하여야 한다. 다만 무엇보다도 비교적 건강이 취약한 노인들에게는 이 기본권이 더욱 중요하게 작용할 것이며, 고령 인구의 가파른 증가세로 인하여 노인들의 건강권이 갖는 의미는 더욱 커지고 있다(표 4-5-1).

〈표 4-5-1〉 건강권과 관련한 헌법상의 기본권 목록

조항	내용
제10조 행복추구권	모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.
제12조 자유권	모든 국민은 신체의 자유를 가진다. (이하 생략)
제21조 알 권리	① 모든 국민은 언론·출판의 자유와 집회·결사의 자유를 가진다. ② 언론·출판에 대한 허가나 검열과 집회·결사에 대한 허가는 인정되지 아니한다. ③ 통신·방송의 시설기준과 신문의 기능을 보장하기 위하여 필요한 사항은 법률로 정한다. ④ 언론·출판은 타인의 명예나 권리 또는 공중도덕이나 사회윤리를 침

조항	내용
	해하여서는 아니된다. 언론·출판이 타인의 명예나 권리를 침해한 때에는 피해자는 이에 대한 피해의 배상을 청구할 수 있다.
제34조 생존권	모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다. (이하 생략)
제36조 보건권	모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다. (이하 생략)
제37조 기타 권리	국민의 자유와 권리는 헌법에 열거되지 아니한 이유로 경시되지 아니한다. (이하 생략)

자유권으로서의 건강권은 국가에 의한 건강 침해의 배제를 주된 내용으로 한다. 한편 사회권으로서의 건강권은 국민 건강을 위한 국가의 적극적 정책을 요구한다. 이에 특히 노인에게 중요한 것은 결국 노인들이 건강한 노후를 보낼 수 있는 다양한 여건 조성을 요구할 사회권의 측면이다. 그러나 다른 여타의 사회권과 마찬가지로 이 권리는 재정적 상황 기타 국가의 각종 여건에 크게 영향을 받을 수밖에 없으며, 따라서 입법자가 넓은 재량을 가지고 노인의 건강권을 형성하게 된다. 물론 헌법재판소 결정들을 살펴보면 사회·경제적 여건을 고려하여 보건의료 및 복지 서비스와 이와 관련한 보건의료 및 복지 자원 등을 통해 의료보장법제 및 사회복지법제와 같은 다양한 내용의 건강권이 균등하게 보장되도록 해야 할 의무가 건강권에 대응하는 국가의 의무로서 인정된다고 보인다. 그렇지만 결국 건강권의 사회권적 측면을 침해하였는가 여부도 우리 헌법재판소는 대체로 과소보호금지의 원칙이라는 완화된 기준을 통하여 심사하고 있다. 다시 말해 사회적 기본권 보장이라는 영역에서 사법권과 입법권의 역할 비중을 어떻게 설정해야 할 것인가에 대한 예상 가능한 입장 차이에도 불구하고, 노인의 건강권을 구체화하는 데에는 입법 및 정책 결정의 역할이 매우 커다란 비중을 차지하며 이때 건강권이라는 기본권 보장의 취지를 가능한 적극적으로 실현할 수 있도록 해야 할 것이다.

한편 노인의 건강권 논의에는 UN 경제적·사회적·문화적 권리위원회

의 일반 의견 제14호에서 제시하는 건강권의 요소 중 노인 등 사회적 약자를 고려하고 있는 접근 가능성 요소와 생애주기를 고려하는 허용성 요소를 특별히 참조할 수 있을 것이다. 그 밖에 노인의 신체적 특성에 맞는 방식도 고민해 볼 필요가 있다. 건강과 경제적 측면에서 취약한 노인의 특성상 무엇보다도 건강 침해를 사전에 예방하는 것이 중요할 것이며, 건강 유지와 회복을 위해 보건의료 및 복지 서비스를 필요로 하는 경우에 경제적 부담도 최소화할 수 있도록 해야 한다. 나아가 최근 문제가 심각해지는 치매나 노후의 정신적 고통과 육체적 고통을 최소화할 수 있는 방안도 함께 강구해야 할 것이다(장영수, 2014, p. 782-283).

현재 추상적 수준에서 논의되고 있는 사회권으로서의 노인의 건강권 논의를 구체화하는 데에 법학 밖의 논의 또한 경청할 만하다. 예컨대 노인의 건강권을 건강에 관한 교육이나 상담 등을 내용으로 하는 건강증진권, 목욕·세탁이나 식사 등을 제공하는 위생 및 영양권, 의료 서비스나 의료비 급여를 지원하는 건강급여권, 재활치료 기타 진료 및 치료를 제공하는 재활서비스 이용권, 방문요양이나 각종 돌봄을 제공하는 요양보호권, 그리고 요양시설 등의 시설에 대한 시설입소권으로 세분화하여 살펴보는 것이 이에 해당한다(권중돈 등, 2014). 나아가 입법·정책적 관점에서 노인의 건강권 보장과 서비스 제공자가 아닌 수급자·이용자 본위의 법제 설계를 위하여 이와 같은 의료보장법제상의 보건의료 서비스와 복지관련법제상의 기타 복지 서비스 등을 연계하는 방안이 중요하다.

2. 앞에서 설명한 것처럼 우리나라는 노인의 건강권에 관해서 의료보장법제 및 사회복지법제 전반을 통해서 보장되고 있음을 인식하여야 한다. 이에 개별 법령을 살펴보면, 우리나라 의료보장법제는 사회보험 방식에 의한 공적 의료보험제도를 기본으로 하며, 가장 큰 특징은 국민 모두

가 의무적으로 가입하는 전 국민 개보험 체제를 이루고 있고, 노인을 포함한 국민 모두에게 보편적 보건의료 서비스를 제공하고 있다는 점이다. 한편 이를 보완하는 제도로써 저소득자 및 국가유공자 등을 대상으로 하는 공비의료제도를 함께 운영하고 있다. 이에 특별히 노인만을 대상으로 하는 별도의 보건의료제도는 마련하고 있지 않다.

이와 같은 의료보장제도를 규율하고 있는 법은 기본법으로서의 보건의료기본법을 주축으로 크게 의료 제공 체계에 관한 법제와 재원조달체계에 관한 법제로 구분할 수 있다. ① 의료 제공 체계를 규율하는 법제로는 의료기관 및 의료 종사자(의사 및 간호사 등)에 관해서는 의료법, 약국 및 약제사에 관해서는 약사법이 있으며, 공공 보건의료의 기본적인 사항을 규정하고 있는 공공 보건의료에 관한 법률, 지역 내의 주민을 위한 보건의료 및 공중위생을 담당하고 있는 지역보건법, 군인 등 군 보건의료 체계와 정책을 규정하고 있는 군 보건의료에 관한 법률, 보건의료 취약 지역에 관한 대책으로서 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법(이하 ‘농어촌보건법’이라 함) 및 기타 치매관리법과 호스피스·완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 등이 있다. ② 재원 조달 체계를 규율하는 법제로는 전 국민 개보험 체제를 규정하고 있는 국민건강보험법과 저소득자 및 국가유공자 등에 관한 의료급여법이 있으며, 기타 국민건강증진법에서도 담뱃세를 재원으로 국민건강증진기금에서 재원을 지원하도록 규정하고 있다.

〈표 4-5-2〉 보건의료 및 복지 서비스와 관련한 법률 체계

사회보장기본법		
보건의료기본법		
의료 제공 체계관련 - 의료법 - 약사법 - 공공 보건의료에 관한 법률 - 지역보건법 - 농어촌보건법 - 암관리법 - 치매관리법 - 호스피스·완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의 료결정에 관한 법률 등	자원 조달 체계 관련 - 국민건강보험법 - 의료급여법	- 사회복지사업법 - 사회서비스 이용 및 이용 권 관리에 관한 법률 - 노인복지법 - 노인장기요양보험법 등

3. 이에 비교법 연구를 통하여 얻은 시사도 크게 서비스 제공 체계에 관한 법제와 자원 조달 체계를 규율하는 법제로 나누어 살펴보는 것이 우리나라 개별 법령에의 적용에 효과적이라 할 수 있다. 우선 자원 조달 체계에 관한 법제에서는 보건의료 및 복지 서비스의 통합을 위한 새로운 자원 조달 방법으로 기존의 수가 제도의 한계를 극복하기 위하여 기금의 설치를 고려할 수 있겠다. 영국의 경우 NHS와 지방자치단체가 조직의 경계를 허물고 함께 활동할 수 있도록 하기 위한 공동 자금(Pooled Funds)을 설치하고 있으며, 일본에서도 최근 법 개정을 통하여 보건의료와 개호 서비스의 종합적인 확보를 위해서 지역의료개호종합확보기금을 설치하였다. 나아가 고령화가 심각해지면서 노인의 의료 비용 및 복지 비용의 증대를 위하여 새로운 자원 확보 수단으로서의 재검토는 모든 국가에서 고민하고 있는 문제라고 할 수 있다. 영국의 경우 ‘케어와 지원 재정에 관한 위원회(Commission on Funding of Care and Support)’를 조직하였고, 이 외에도 2012년에는 케어 니즈 인정 기준의 전국 통일화, 시설 입소 비용의 조정 제도의 전국 실시, 개인 예산의 확대 등을 내용으로 하는

케어와 지원 재정에 관한 백서를 발표하였으며, 이에 일정한 결론을 2014년 케어법에 규정하는 등의 노력을 기울이고 있다. 일본의 경우 역시 1983년 고령자 의료제도 시행 이후 고령자의 의료비를 국민 전체가 부담하도록 하였으며, 그 이후에도 많은 법 개정을 통하여 의료보험법제를 포함한 보건의료 및 복지에 관한 자원 조달 체계의 지속적이고 안정적인 운영을 도모하고 있다. 한편 서비스 제공 체계에 관한 법제에서는 구체적 제도 개혁 요소들은 별론으로 하고 다음과 같은 몇 가지 중요한 포인트를 도출할 수 있었다. 우선 영국과 일본에서 공통적으로 보건의료와 복지 서비스의 연계를 통한 통합적 제공을 위하여 정부는 계획을 수립하여 단계적으로 진행하고 있으며, 이를 위해서 많은 관련 전문가의 의견을 수렴하고 회의를 통하여 사회적 합의 하에서 이루어지고 있음을 알 수 있었다. 나아가 다양한 모델 사업 또는 시범 사업을 통하여 각 지역마다 환경적 요소와 차이를 반영하여 지역사회 내에서의 보건의료 및 복지 서비스 제공 체계 구축을 목표로 하고 있는 것이다. 마지막으로 세세하고 면밀한 서비스 제공 체계의 비교법 연구를 통하여 알 수 있었던 것은, 사회적, 문화적, 경제적 차이를 가지고 확립된 영국과 일본의 보건의료 및 복지 서비스 제공 체계에서 고령화라는 공통된 사회적 문제에 대응하는 데 있어서 서로 간에 법제 비교를 통하여 많은 유사한 제도 개혁 및 새로운 도전이 이루어지고 있었다. 이는 국가마다 의료보장법제가 서로 다르다고 하여도 목표와 평가기준이 동일하고, 법제를 평가하는 절대적 기준이 존재하지 않는 이상 상대평가를 통하여 과제를 명확히 할 수 있으며, 나아가 고령화 등 공통된 문제를 안고 있는 상황에서 서로 간에 시사를 얻을 수 있다(홍성민, 가타기리유키, 2016, p. 109)는 교훈의 반영이라 하겠다.

제2절 입법적 제언

위와 같은 연구를 통하여 마지막으로 개인적 차원의 접근과 공동체적 차원의 접근으로 나누어 입법 및 정책적 개선 방안을 제시하고자 한다.⁸⁵⁾ 노인의 보건의료 및 복지 서비스의 제공 체계와 관련하여 개인적 차원의 문제는 생애 말기 또는 임종기 완화의료의 제공과 밀접하게 관련된다.⁸⁶⁾ 한편 공동체적 차원의 문제는 보건의료와 복지 서비스를 통합적으로 전달하는 것, 특히 노인이 생활하는 활동 영역을 중심으로 지역사회 내에서 이루어지는 보건의료 복지 서비스의 제공 체계와 관련된다. 이처럼 노인의 보건의료 복지와 관련한 문제를 포함한 고령사회의 문제는 개인적 차원과 사회적 차원에서 다각적으로 접근하여야 한다. 다시 말해 노인은 신체적인 노쇠함으로 인해 의존성이 현저해진 개인을 전제한다는 점에서, 그리고 고령화는 사회 전체의 돌봄 자원으로 부담되어야 하는 고령 인구를 전제한다는 관점에서 의료보장법제 및 사회복지법제상의 규범적 접근을 필요로 한다.

결론적으로 노인의료복지 서비스 제공을 위한 법적 제도화는 헌법상의 기본권 보장 측면에서 보건의료기본법 및 의료보장법제, 사회복지법제 전반의 상호 연계와 조정 속에서 이루어져야 할 것이다. 그리고 이러한 목표를 달성하는 과정은 세대 간의 형평을 보장하면서 전개되어야 할 것이다. 이번 보고서에서는 특히 장래에 있어서의 입법적 제언으로서 거시적으로는 ‘지역사회’ 중심의 보건의료 및 복지 서비스 체계의 기반 구축을 목표로 하는 방향성을, 미시적으로는 현행법 중 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률⁸⁷⁾(이하 정신건강증진 및 지원법

85) 이하의 내용에 관해서는 김남순 등(2016), p. 353 참조.

86) 완화의료 및 호스피스에 관해서는 김남순 등(2016), pp. 323-330 참조.

87) 법률 제14224호, 2016. 5. 29.

이라 함)’과 ‘장애인 건강권 및 의료 접근성 보장에 관한 법률⁸⁸⁾(이하 장애인건강보장법이라 함)’을 벤치마킹하는 것을 제안하고자 한다. 즉, 정신건강증진 및 지원법 제2조 기본이념에서 ‘정신질환자는 원칙적으로 자신의 신체와 재산에 관한 사항에 대하여 스스로 판단하고 결정할 권리를 가진다. 특히 주거지, 의료 행위에 대한 동의나 거부, 타인과의 교류, 복지 서비스의 이용 여부와 복지 서비스 종류의 선택 등을 스스로 결정할 수 있도록 자기결정권을 존중 받는다’와 제37조의 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원,⁸⁹⁾ 장애인건강보장법 제9조의 방문진료 사업,⁹⁰⁾ 제14조의 건강권 교육⁹¹⁾ 및 제16조의 주치의 제도⁹²⁾ 등이다. 다만 연구진의

88) 법률 제13661호, 2015. 12. 29.

89) 제37조(지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원) ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 지역사회 거주 및 치료를 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

② 국가와 지방자치단체는 정신건강증진시설에서의 퇴원 및 퇴소(이하 "퇴원 등"이라 한다)가 필요한 정신질환자에 대한 지역사회 재활 지원 등 지역사회 통합 지원을 위하여 노력하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원을 위하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

90) 제9조(장애인의 의료기관등 접근 및 이용 보장 등) ① 국가와 지방자치단체는 장애인이 진료, 재활 등을 위하여 「의료법」 제3조에 따른 의료기관, 「지역보건법」에 따른 보건소, 「농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법」에 따른 보건진료소, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원(이하 "의료기관등"이라 한다)을 이용하는 경우 그 접근을 보장하기 위한 이동 편의 및 의료기관등 이용 시 장애인의 장애 유형 및 정도, 모성보호, 성별 등의 특성에 따른 적절한 편의를 제공할 수 있다.

② 국가와 지방자치단체는 의료기관등을 직접 이용하기 어려운 장애인을 위하여 장애인의 거주지를 방문하여 진료 등을 행하는 방문진료사업을 수행할 수 있다.

③ 제1항에 따른 이동 및 이용 편의 제공과 제2항에 따른 방문진료사업의 대상·기준 및 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

91) 제14조(장애인 건강권 교육) ① 국가와 지방자치단체는 장애인 건강권 관련 인식 향상을 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람을 대상으로 장애인 건강권에 관한 교육을 실시할 수 있다.

1. 장애인의 진료·재활 등을 담당하는 의료인.
2. 장애인 관련 시설 종사자 및 장애인 관련 보조인력.
3. 여성장애인의 임신, 출산 등을 담당하는 의료인.
4. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 장애인 관련 업무 담당자.

② 제1항에 따른 교육의 실시 시기·내용·방법 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

92) 제16조(장애인 건강 주치의) ① 국가 및 지방자치단체는 장애 정도가 심하여 건강에 대

공통된 의견은 노인과 관련하여 정신질환자나 장애인과 같이 개별 법령을 제정하는 것에는 반대의 입장이며 보건의료기본법에 위의 법령에서의 구체적 내용을 수용하여 노인을 포함한 모든 국민이 보건의료 및 복지 서비스를 통합적으로 이용할 수 있는 기반 구축을 제안하는 바이다.

한 특별한 보호가 필요한 장애인(이하 "중증장애인"이라 한다)에 대하여 장애인 건강 주치의 제도를 시행할 수 있다.

② 제1항에 따른 장애인 건강 주치의 제도의 대상이 되는 중증장애인의 범위 및 내용 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 5 부

제언

제 1 장

진단과 과제

제1절 진단

제2절 핵심 제언과 과제

제1절 진단

1. 들어가며

이 과제에서는 고령화 시대에 적합한 ‘지역사회와 의료기관의 노인 친화적 보건의료 서비스 제공 방안’을 제시하기 위해 다양한 접근을 시도하였다. 연구의 초점은 지역사회 거주 노인의 건강관리, 의료기관의 노인 친화적 의료 서비스, 노인의 보건의료 관련 법체계 분석에 두었다.

내실 있는 연구를 수행하기 위해서 건강보험 자료를 이용해 65세 이상 노인을 5세 간격으로 세분하여 질병 현황을 분석하였다. 지역사회와 급성기 의료기관에서 제공하는 노인 친화적 서비스란 무엇인지에 대해서 영국, 일본, 캐나다, 호주 등의 해외 사례를 고찰하였다.

지역사회 거주 노인에게는 질병과 노쇠에 대한 인식과 의료 및 돌봄 서비스 이용 현황을 조사하였다. 이를 근거로 지역사회 노인의 만성질환 관리는 물론 노쇠 관리에 초점을 둔 방안을 모색하고자 하였다.

급성기 의료기관에서 복합적 건강 문제를 가진 노인 환자에게 적합한 의료 서비스를 제공하는 시범 사업을 수행하였다. 대퇴부 골절로 입원한 노인 환자에 대한 표준 진료를 제공하기 위해 진료 지침을 개발하였으며 수술을 담당하는 의료진과 노인건강에 대한 전문성을 가진 노년내과 진료팀이 협력해서 진료하였다. 시범 사업 종료 이후 환자와 의료진에 대한 질적 면담 조사, 자문회의 등을 통해 노인 친화적 진료 제공 모형을 제

시하고자 노력하였다.

이 장에서는 연구 결과를 근거로 하여 지역사회와 급성기 병원을 필드로 하여 노인 친화적 보건의료 서비스 현황과 문제점을 종합적으로 정리하고 향후 추진 과제를 도출하고자 한다.

2. 현재 상황에 대한 종합적 진단

가. 건강노화의 초점과 전략

고령화 시대를 맞아 노인건강 문제는 매우 복잡적이며 75세 이상 후기 노인은 전기 노인에 비해 복합 만성질환이 많고 내적 역량(intrinsic capacity)이 감소하는 노쇠 현상을 보이게 된다. 따라서 건강노화를 달성하기 위해서는 노인의 신체적, 정신적 역량 단계에 따라 지역사회와 의료기관 모두에서 적합한 보건의료 서비스를 제공할 필요가 있다.

다른 말로 하면 지역사회에서 노인 대상 서비스는 신체적, 정신적 역량 감소를 나타내는 노쇠를 예방하고 관리하는 데 초점을 두어야 한다는 것이다. 노쇠 예방 및 관리는 신체 활동과 영양, 사회 참여를 포함한 복합적 프로그램을 지속적으로 제공하는 것을 말한다. 또한 최대한 노인 스스로가 익숙한 집과 동네에서 독립적 생활을 할 수 있도록 지원해야 한다.

노인의 신체적, 정신적 역량이 급격히 악화되었을 때 급성기 의료기관에 입원하고 진료를 받고 질병 치료와 함께 지역사회로 돌아갈 때 최대한 신체적, 정신적 역량을 보존한 상태로 회복되어야 한다. 따라서 급성기 의료기관에서도 노인 친화적 방식으로 의료 서비스를 제공해야 한다.

노인 보건의료 서비스 관련 정책과 법제도는 지역사회에서 노인을 대상으로 한 포괄적 보건의료 서비스 제공과 의료기관에서 노인 친화적 의

료 서비스 제공에 초점을 맞추도록 해야 한다.

나. 노인의 질병 현황

노인은 단일한 집단이 아니라는 것을 인식해야 한다. 노인 안에서도 연령군별로 신체적, 정신적 역량은 물론 주요한 질병에도 차이가 존재한다. 이 연구에서 의료 이용 자료를 분석한 결과, 50~60대 중장년층에서는 추간판장애, 어깨병변, 무릎관절증 등의 근골격계 질환, 백내장이 다빈도 질환이었으며, 70대 노인에서는 뇌경색증, 협심증이 다빈도 질환에 포함되었다. 반면 80대 이상의 초고령 노인에서는 백내장, 근골격계 질환보다 치매, 폐렴, 대퇴골 골절이 상위 다빈도 질환으로 나타났다. 한편 주요 질환에 대한 지난 11년간 유병률 변화를 살펴본 결과 노인에서 치매, 뇌출혈, 뇌경색증, 뇌혈관질환, 파킨슨병의 유병률이 지속적으로 상승하였으며, 특히 80세 이상 노인에서 유병률이 2~3배 증가하였다.

노인 질병 현황을 분석한 결과, 초고령 노인에서 의료 및 보건복지서비스 수요가 증가하는 것에 대한 사회적 관심이 필요하다. 전통적으로는 80세 이상 노인에게는 침습적 수술(시술)과 같은 치료에 대해서는 소극적 경향을 보였다. 최근에는 노인의 신체적 역량이 좋아짐에 따라 적극적 치료를 고려하는 경우가 증가하고 있으며, 이에 대해서 환자와 가족은 물론 의료인 내부에서도 적극적인 치료에 대한 긍정적 시각이 존재한다. 향후 초고령 노인에게 적극적 치료가 가지는 효과성에 대한 논의, 노인 스스로 의료 서비스를 선택할 권리에 대한 문제, 경제적 부담 등에 대한 방안을 마련해야 할 것이다.

다. 지역사회 노인의 건강과 서비스 이용 문제

이번 과제에서 지역사회 거주 노인을 대상으로 노쇠에 대한 인식과 보건의료 및 돌봄 서비스 이용 현황을 조사하였다. 예상한 바와 같이 노쇠한 노인이 전노쇠 및 비노쇠 노인들에 비해 만성질환 유병률이 더 높았다. 노쇠한 노인들은 정신건강 측면에서도 좋지 못한 결과를 보였으며 ADL과 IADL로 측정된 일상생활 수행 능력에도 차이를 보였다.

지역사회 거주 노인들은 지금의 건강 상태를 유지하기 위해서 노력해야 한다고 생각하고 있지만 실제로 이를 실천하는 경우는 드물었으며, 노쇠 상태가 좋아질 것이라는 기대를 하는 경우는 적었다. 의료 이용의 경우, 여성의 외래 방문 경험을 제외하고는 남성과 여성 모두에서 노쇠할수록 의료 서비스 이용 경험의 비율이 높은 것으로 나타났다. 돌봄 서비스에 관해서는 요양기관이 아닌 가족이 제공하는 경우가 대부분이었다.

질적 면담 조사에서도 지역사회 거주 노인은 노쇠나 건강 수준, 연령에 따라 다른 양상을 보이고 있었다. 건강한 노인은 경로당을 이용하지 않고 개별적으로 자신이 원하는 프로그램들을 이용한다. 반면에 노쇠와 질환으로 인해 이동이 어려운 노인들은 주로 지역사회 내 경로당에 모여 있으며, 거동이 더욱 불편한 노인들은 집에서 요양 서비스를 받거나 가족의 돌봄을 받으며 살아가고 있다. 따라서 노쇠 정도에 따라 다양한 접근이 필요한 것으로 나타났으며 좀 더 다양한 건강관리 서비스와 돌봄 서비스 제공이 필요하고 이들 서비스가 상호 연계되어야 할 것으로 나타났다.

- 외국의 지역사회 노인 건강관리 사업

외국에서는 노쇠에 관한 연구가 활발히 수행되고 있으며 지역사회에서

가능한 노쇠 중재 사업을 개발하고 효과를 모니터링하고 있다. 일본 군마 현에서는 65세 이상 재가노인을 대상으로 노인포괄평가 후 신체 활동, 영양, 사회참여 서비스를 제공하고 있으며, 노쇠군 등을 대상으로 장기요양 예방 프로그램을 실시하고 있다. 호주에서는 70세 이상 지역사회 노쇠 노인을 대상으로 하는 노쇠 중재 사업을 수행하고 있으며, 유럽연합에서는 SPRINTT 프로젝트⁹³⁾를 추진하고 있다.

영국에서는 블레어 정부 시절부터 NHS 현대화를 통해 ‘통합 돌봄(integrated care)서비스 시스템’을 구축하는 노력을 기울여 왔다. NHS 다이렉트에서는 간호사가 24시간 전화 상담을 제공하고 있다. 지역의 외과의사와 일반의(GP)의 치료와 조언을 받을 수 있도록 하고 돌봄 서비스 제공자와 긴밀히 협업하도록 했다. 2017년 현재 보건과 복지 서비스 예산을 하나로 통합하고 지역에 맞는 다양한 통합 모형을 제시하고 시범 사업을 진행하고 있다.

- 국내 지역사회 노인 건강관리 사업 현황과 문제점

현재 국내에서 수행되고 있는 지역사회 노인 건강증진 프로그램은 주로 경로당, 보건소, 주민자치센터 중심으로 이루어지는 사업이 많기 때문에 사업 대상이 중복되고 사업의 효율성이 떨어진다는 지적이 계속되고 있다. 방문건강관리 사업의 경우, 지역에 따라 사업에 대한 수요가 높고, 지역 내 사회 참여를 하지 못하는 노쇠 노인을 발굴하여 서비스를 제공할 필요성이 있음에도 불구하고 지역에 따라 운영되지 못하는 경우도 많다.

노쇠 관리라는 관점에서 지역사회 노인 건강관리 사업은 다음과 같은

93) SPRINTT: Sarcopenia and physical frailty in older people: multi-component treatment strategies.

방향성을 가지고 추진할 필요가 있다. 첫째, 지역사회 노인 전체를 대상으로 한 보편적 서비스 제공을 지향해야 한다. 둘째, 노인의 여가활동 개념이 아니라 노쇠 예방을 위해 체계적으로 사업을 수행한다는 분명한 목표를 가져야 한다. 셋째, 단기 프로그램이 아니라 노인의 노쇠 예방 및 건강증진을 위한 지속적 관리를 제공해야 하며 복지를 포함한 다른 서비스와 연계되지 않고 있다는 점을 극복해야 한다. 또한, 노인에게는 교육이나 서비스 제공 자체보다는 정서적 지지를 필요로 하는 경우가 많기 때문에 프로그램 설계 시 서비스 제공자나 참여자들 간의 정서적인 지지를 고려하거나 사회적 활동이 결합된 형태가 될 수 있도록 해야 한다.

종합하면 노인의 질병과 노쇠 현황을 파악하고 지역사회 노인 건강증진 서비스를 재설계(re-design)하는 것이 필요하다. 즉 건강한 노인부터 노쇠한 노인까지 다양한 건강 상태와 건강 문제를 가지고 있는 노인의 노쇠 예방 및 관리를 위해서는 통합적이고 지속적인 사례 관리의 형태로 서비스가 제공될 수 있도록 정책과 사업을 재조직해야 한다는 것이다.

라. 급성기 의료기관의 노인 친화적 의료 서비스 제공

급성기 의료기관도 복합적인 건강 문제를 가진 노인 환자에게 필요하다고 예상되는 효율적 진료 서비스 제공 체계를 구축하기 위해 재설계(re-design)될 필요가 있다.

- 외국 사례

캐나다 온타리오 주 병원에서 노인 친화적 진료의 질 향상을 위한 프로그램이 확산되고 있다. 노인 입원 환자에게 자주 나타나는 섬망에 대한

관리, 근력을 유지하고 독립생활을 영위하는 데 필요한 신체적 기능 저하를 예방하기 위한 운동 프로그램(Move On Project) 등이 대표적 사업이다. 또한 병원 내 각 부서 전반에서 모든 의료진이 환자를 움직이도록 조기 개입하고, 응급 상황 발생 시 대처하는 방법을 지침으로 마련하고 있다. 또한 전원에 따른 진료의 연속성과 관련해서는 병원에서 퇴원한 후 지역사회 전원 시 지역의 의료기관과 조직적 차원의 협력 증진을 위하여 파트너십을 구축하였다고 한다.

일본의 고령자 의료센터를 중심으로 한 노인 친화적 서비스의 특징은 노인 환자를 포괄적으로 평가하는 팀을 구성하여 평가하고 이를 진료에 반영한다는 점이다. 최종 평가서의 항목이 환자의 인지 기능, 일상생활 능력, 노년증후군, 다질환 병존 치료 상황 등 의료적인 부분과 함께 정신 및 사회적 상황에 대한 평가까지 이루어진다. 노쇠와 다약제(poly-pharmacy)에 대한 평가 내용은 각 진료과와 주치의에게 전달되어 반영되도록 하고 있다.

- 노인 친화적 의료 서비스 제공 모형

노인 대퇴골 골절 환자를 대상으로 시범 사업을 실시하였다. 이를 위해 ‘급성기 노인 대퇴골 골절 환자의 표준 진료 지침’을 개발하였다. 대퇴골 골절로 입원한 환자 31명을 연구대상으로 선정하였고, 노년내과가 포함 되어 다학제적 진료를 제공받은 실험군과 전통적 진료를 받은 대조군을 비교하였다. 시범 사업 결과, 노인에게 포괄적 평가 및 진료를 제공한 환자들은 대조군과 비교하여 입원 기간은 길었으나 다른 의료기관으로 전원되지 않고 집으로 퇴원한 환자 비중이 높았다. 또한 1개월 후 노인 환자의 신체 기능을 평가한 결과 자가 활동이 가능한 경우도 높게 나타났다.

며, 재입원율은 낮았다. 결과적으로, 노인의 신체적, 정신적 기능에 대한 포괄적 평가를 포함한 다학제적 진료는 노인의 신체적 기능과 삶의 질 개선에 기여하였으며, 노인 환자의 만족도가 높은 것으로 나타났다.

시범 사업 결과를 고려할 때, 노인 환자의 경우 단순히 질환 중심적 접근이 아니라 포괄적 접근과 함께 복합적 건강 문제를 관리하는 다학제적 의료 서비스가 필요하다는 점을 확인하였다. 이를 근거로 ‘노인 친화적 의료 서비스 제공 모형’을 개발하였다. 이 모형은 노인 환자가 내원하여 퇴원하기까지 시간의 흐름에 따라 구성되었다. 노인 친화적 의료 서비스 제공 과정에서 1단계는 노인 환자에 대한 포괄적 평가를 수행하고, 2단계는 노쇠 관리를 포함한 다학제적 의료 서비스를 제공하며, 마지막으로 일반 성인과 비교하여 퇴원을 준비하고 전환 의료를 제공하는 것이다. 노인 친화적 의료 서비스를 제공하는 과정에서 지켜야 할 원칙으로 1) 의료기관 차원의 조직적 지원, 2) 환자 중심 진료, 3) 다학제적 협진, 4) 근거 기반 서비스 제공이 필요함을 명시하였다. 또한 노인 대상 진료가 성공하는 조건으로는 1) 노인 진료에 관한 전문 인력, 2) 의사소통, 3) 적절한 의료 기술 활용, 4) 평가 체계를 통한 관리가 필요하다는 점을 강조하였다.

- 향후 과제

시범 사업 과정에서 환자를 면담하였으며, 전문가 의견을 수렴한 결과를 종합하여 급성기 의료기관에서 노인 친화적 의료를 제공하는 데 문제가 되는 사항과 개선이 필요한 과제 등을 다음과 같이 정리하였다.

환자 면담에서는 노인 환자들이 과거 병력으로 의료기관을 이용한 경험이 많아 진료 정보가 있는 의료기관을 선호한다는 점을 발견하였다. 복합적 건강 문제를 가진 노인 환자에게는 ‘의료기관 간 진료정보 교류 사

업'이 중요하다는 것을 의미한다. 다음으로 노인 환자에 대한 배려와, 조직 환경의 준비가 부족하여 소외된 느낌을 받는 경우가 많아서 이에 대한 개선이 필요한 것으로 나타났다. 또한 노인의료에 대한 전문성을 갖춘 진료팀이 제공하는 서비스에 대한 만족감을 표현하였으며, 한곳에서 포괄적 케어를 받기를 원하였다. 마지막으로 환자의 보호자들은 퇴원 후 관리와 치료에 대한 두려움을 갖고 있었으며 퇴원 후에도 정보 제공과 함께 통증 관리와 재활치료가 연계되기를 원하였다.

의료인과 정책 전문가들은 의료기관 내에서 노인 친화적 서비스를 제공하는 인력의 역할을 구체화하고, 모든 의료기관 종사자 전반에 걸쳐 노인 진료 제공 체계로의 개선이 필요하다는 인식을 가져야 한다고 하였다. 역할의 구체화란 고령 환자에 대한 포괄적 평가, 진료 과정에 따른 노인의 기능 저하 등의 문제 평가와 재활 계획, 퇴원 후 관리를 전담하는 인력이 필요하다는 것을 의미한다.

노인의료 관련 정책적 측면에서는 다음 세 가지 내용이 핵심적으로 언급되었다. 첫째, 생활수준의 향상, 의료기술의 발전, 평균수명 연장이 지속되고 있는 상황에서 국가 정책에서 65세 이상을 노인으로 분류했던 것을 재고해야 한다. 둘째, 현재 의료비 지불 제도는 노인 친화적 진료 행위에 따른 보상을 하지 못하고 있어서 외국의 노인 친화적 서비스에 대한 지불 정책을 고찰하고 개선 방안을 제시할 필요가 있다고 하였다. 마지막으로 노인 친화적 서비스에 대한 인식 개선이다. 시범 사업에 제공한 노인포괄평가의 경우 환자와 보호자들이 이를 단순한 치매 검사로 오해하는 경우가 많았다. 병원을 이용하는 고령 환자를 대상으로 노인포괄평가, 퇴원 계획과 같은 노인 친화적인 서비스들에 대하여 지속적으로 홍보할 필요가 있으며 이 점은 공중보건 인력, 정책 전문가 모두에게 해당되는 사항이다.

마. 보건의료 복지 서비스 통합을 위한 법제도 개선

고령화 사회에서 노인의 건강 문제에 대한 사회적 관심이 증가하면서 전과 다른 다양한 문제가 출현하고 있다. 이 같은 문제를 개선하기 위해서는 의료 서비스 관련 현황을 파악하는 것만으로는 부족하다. 이 연구에서는 좀 더 근본적으로 노인과 건강 문제를 어떻게 바라보아야 할 것인지에 초점을 맞추어 관련 법제도를 고찰하고 개선 방향을 정리하는 것에 의미를 부여하였다.

- 노인 건강권 논의에 대한 고찰

가장 근본적인 점은 노인의 건강권을 어떻게 해석하고 어떤 근거로 그 같은 해석을 할 수 있는가에 대한 문제이다. 헌법을 고찰한 결과, 건강은 누구에게나 중요하며, 다른 여러 기본권들을 실질적으로 향유하기 위한 선결 요건이다. 노인에게는 자유권으로서의 건강권도 중요하지만 사회권으로서 국가의 적극적 정책에 의해 건강권을 보장받는 것이 중요하다.

노인의 건강권 논의에는 UN 경제적·사회적·문화적 권리위원회의 일반의견 제14호에서 제시하는 건강권의 요소 중 노인 등 사회적 약자를 고려하고 있는 접근 가능성 요소와 생애주기를 고려하는 허용성 요소와 함께 노인의 신체적 특성에 맞는 방식도 고민해야 한다.

사회권으로서의 노인의 건강권 논의를 구체화하는 데에 고려해야 할 요소들로는 건강에 관한 교육이나 상담 등을 내용으로 하는 건강증진권, 목욕·세탁이나 식사 등을 제공하는 위생 및 영양권, 의료 서비스나 의료비 급여를 지원하는 건강급여권, 재활서비스 이용권, 방문요양이나 각종 돌봄을 제공하는 요양보호권, 요양시설 등에 대한 시설입소권 등이 있다

(권중돈 등, 2014). 또한 노인의 건강권 보장과 서비스 제공자가 아닌 수급자·이용자 본위의 법제 설계를 위하여 의료보장법제상의 보건의료 서비스와 복지관련법제 등을 연계하는 방안이 중요하다.

- 외국 사례에 대한 고찰

재원 조달 체계에 관한 법제에서는 보건의료 및 복지 서비스의 통합을 위한 새로운 재원 조달 방법으로 기존의 수가 제도의 한계를 극복하기 위하여 기금의 설치를 고려할 수 있겠다. 영국의 경우 NHS와 지방자치단체가 조직의 경계를 허물고 함께 활동할 수 있도록 하기 위한 공동 자금(Pooled Funds)을 설치하고 있다. 영국은 ‘케어와 지원 재정에 관한 위원회(Commission on Funding of Care and Support)’를 조직하였다. 2012년에는 케어 니즈 인정 기준의 전국 통일화, 시설 입소 비용의 조정 제도의 전국 실시, 개인 예산의 확대 등을 내용으로 하는 케어와 지원 재정에 관한 백서를 발표하였으며, 2014년 케어법에 규정하였다. 일본에서도 최근 법 개정을 통하여 보건의료와 개호 서비스의 종합적인 확보를 위해서 지역의료개호종합확보기금을 설치하였다. 1983년 고령자 의료제도 시행 이후 고령자 의료비를 국민 전체가 부담하도록 하였으며, 이후에도 많은 법 개정을 통하여 의료보험법제를 포함한 보건의료 및 복지에 관한 재원 조달 체계의 지속적이고 안정적 운영을 도모하고 있었다.

서비스 제공 체계에 관한 법제에서는 몇 가지 중요한 포인트를 도출할 수 있었다. 우선 영국과 일본에서는 공통적으로 보건의료와 복지 서비스의 연계를 통한 통합적 제공을 위하여 정부가 계획을 수립하고 단계적으로 진행하고 있었다. 또 다양한 모델 사업 또는 시범 사업을 통하여 각 지역마다 환경적 요소와 차이를 반영하여 지역사회 내에서의 보건의료 및

복지 서비스 제공 체계 구축을 목표로 하고 있었다.

- 추진 방향

영국과 일본에서 고령화라는 공통된 사회적 문제에 대응하는 데 있어 유사한 제도 개혁 및 새로운 도전이 이루어지고 있으며, 국내에서도 이와 같은 노력이 필요하다고 판단하였다. 하지만 국내에는 지역사회와 의료기관, 의료와 복지를 망라한 서비스 제공 체계에 대한 논의가 진행되는 중이어서 구체적 내용보다는 전반적 법 개정 방향성을 제시하였다. 결론적으로, 노인 의료복지 서비스 제공을 위한 법적 제도화는 헌법상의 기본권 보장 측면에서 보건의료기본법 및 의료보장법제, 사회복지법제 전반의 상호 연계와 조정 속에서 이루어져야 할 것이다. ‘지역사회’ 중심의 보건의료 및 복지 서비스 체계의 기반 구축을 목표로 하되 개별 법령을 제정하는 것보다는 보건의료기본법에 그 내용을 수용하는 것이 바람직하다.

제2절 핵심 제언과 과제

1. 핵심 정책 제언

건강노화 정책의 핵심은 노인의 신체적, 정신적 역량을 보존하고 ‘ageing in place’가 가능하도록 지역사회와 의료기관 모두에서 노인 친화적 보건의료 복지 서비스를 제공하는 것이다. 연구 결과를 근거로 국내 지역사회와 급성기 의료기관의 노인건강 관련 서비스에서 개선이 필요한 9대 과제를 다음과 같이 제안하였다.

- 첫째, 건강노화가 가지는 의미와 노쇠 관리를 포함한 노인 친화적 보건의료 서비스에 대한 인식을 개선해야 한다.
- 둘째, 지역사회 노인 건강관리 서비스는 노쇠 단계에 따른 보편적 서비스 제공을 원칙으로 하여 재설계해야 한다. 또한 지역사회에서 노쇠 관리 시범 사업을 추진해야 한다.
- 셋째, 급성기 의료기관에는 노인 친화적 의료 서비스를 제공할 수 있도록 서비스 내용과 조직, 환경을 개혁하여 제공해야 한다. 이를 위해 국가적 수준에서 노인 친화적 서비스 제공 병원 시범사업을 추진해야 한다.
- 넷째, 지역사회의 의료기관 모두 노인 친화적 서비스를 제공할 전문 인력이 부족하다. 노인 건강관리 전문 공중보건 인력과 의료 인력을 양성하기 위해 교육훈련 프로그램과 제도를 마련해야 한다.
- 다섯째, 급성기 의료기관에서 퇴원 환자의 추적 관리와 함께 다른 의료기관 및 시설과의 연계를 전담하는 조직과 인력을 두어야 한다.
- 여섯째, 지역 노인건강 포괄관리센터를 시군구별로 설치하여 노쇠 관리에 초점을 둔 노인 건강관리 서비스 제공을 관리하고 의료 서비스, 돌봄 서비스 연계 및 조정을 담당하도록 해야 한다.
- 일곱째, 노인건강 관련 정보와 이용 기관, 시설 등에 대한 정보 시스템을 구축한다(예: NHS Direct).
- 여덟째, 지역사회와 의료기관 모두 노인 친화적 서비스에 대한 정책 관리 시스템을 구축하고 관련 재원을 마련해야 한다.
- 아홉째, 지역사회 중심의 보건의료 및 복지 서비스 체계의 기반구축을 목표로 하여 법 개정을 추진해야 한다.

2. 노인 친화적 서비스 제공을 위한 정부, 지자체, 의료기관의 역할

노인건강 정책은 건강노화를 기본 패러다임으로 하여 노쇠 관리가 결합된 노인 친화적 서비스 제공과 함께 ‘ageing in place’가 가능하도록 정책 방향을 수립해야 한다. 앞서 제시한 정책 제언을 중심으로 중앙정부와 지방자치단체, 의료기관이 담당해야 할 역할을 기술하였다.

중앙정부는 노인건강에 대한 정책 주체를 명확히 하여 건강노화, 노쇠 관리, ‘aging in place’를 기본 틀로 하는 정책을 수립해야 한다. 또한 지역사회와 의료기관을 대상으로 한 노쇠 관리가 포함된 건강관리 사업, 노인 친화적 병원에 대한 시범 사업을 추진해야 한다. 노쇠 관리를 포함한 노인 친화적 서비스에 대한 인식을 개선하기 위한 홍보 및 교육 사업을 추진해야 한다. 지역사회 노쇠 관리 서비스 전문 인력을 양성하고 교육훈련 프로그램을 제공하며, 노인건강 관련 정보와 이용 기관, 시설 등에 대한 정보 시스템을 구축한다. 노인 친화적 서비스 제공을 장려하기 위해 법과 제도를 개선한다.

지방자치단체에서는 지역 노인의 건강노화 증진 계획을 수립하게 한다. 노인건강에 대한 포괄적, 보편적 서비스를 제공하기 위해 시군구 단위 보건소에 지역 노인건강 포괄관리센터를 수립한다. 이를 중심으로 노인의 건강상태를 포괄적으로 평가하고 케어 플랜을 세우며, 전노쇠 및 노쇠 단계 노인에게는 관련 서비스를 제공한다. 또한 노인 대상 건강관리 서비스, 의료 서비스 및 돌봄 서비스를 연계하고 조정하고 이를 위해 지역 공중보건과 일차의료, 병원 간 복지 서비스 네트워크를 구축한다.

의료기관은 노인의 복합적 건강 문제를 고려한 서비스를 제공하고 환경을 조성하도록 노력해야 한다. 정부와 협력하여 시범 사업을 추진하고 노인 친화적 서비스 제공에 필요한 진료 지침 등을 개발하고 전문 인력

양성과 교육을 수행해야 한다.

3. 향후 연구 과제

이 연구에서 추진하고 있는 지역사회와 의료기관의 노쇠 관리를 포함한 노인 친화적 보건의료 서비스 관련 시범 사업은 지속할 예정이다. 또한 2018년에는 2단계 연구로서 노쇠 관리와 돌봄 서비스 연계에 대해서도 검토할 예정이다.

장기적으로는 노인의 신체적, 정신적 건강 수준에 따른 서비스 지속성과 연계적 측면에서 다루지 못한 영역에 대한 연구가 필요하다. 서비스 제공 체계와 관련해서는 한 지역사회를 중심으로 급성기 병원과 재활·요양병원, 요양시설, 지역사회 보건복지 서비스를 포괄적으로 연계하는 연구와 시범 사업이 해당된다.

장기적 과제로서 정책적으로는 노인 친화적 보건의료 서비스는 기존 서비스와 비교하여 노인에게 특수한 신체적, 정신적 기능 유지를 위한 서비스와 조정이 요구되며, 필연적으로 더 많은 재정 투입이 동반될 수밖에 없다. 따라서 외국에서와 같이 노인건강에 대한 포괄적 서비스 제공 체계와 재원에 대한 연구가 필요하며, 이에 대한 사회적 합의를 도출하는 연구가 필요할 것으로 본다.

< 1부 >

- 건강보험심사평가원. (2016). 2016년 3분기 진료비통계지표. <http://opendata.hira.or.kr/op/opc/selectStcPblc.do?sno=11302&odPblcTpCd=001&searchCnd=&searchWrd=&pageIndex=1>에서 2017. 3. 11. 인출.
- 보건복지부. (2013. 5. 2.) 2012년 치매 유병률 9.18%, 치매환자 수 20년마다 2배씩 증가. http://www.mohw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=286138에서 2017. 3. 10. 인출.
- 이미란. (2012). 노인의 건강성과 자아통합감의 영향경로에서 가족지지 매개효과-연령집단에 따른 차이를 중심으로-. 한국콘텐츠학회논문지, 12(10), 280-290.
- 통계청. (2016. 9. 29.) 2016 고령자 통계. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/1/index.board에서 2017. 2. 23. 인출.
- Manini, T. (2011). Development of physical disability in older adults. *Current aging science*, 4(3), 184-191.
- WHO. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO
- WHO. (2016. 6. 29.). Healthy life expectancy(HALE) Data by country. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HALE?lang=en>에서 2017. 3. 16. 인출.

〈 2부 〉

〈국문자료〉

- 강창현. (2013). 지역 보건복지 통합접근의 연계수단-영국 커미셔닝을 중심으로. 보건사회연구, 33(1), 417-450.
- 국민건강보험공단. (2016). 2016 비만백서. p. 389.
- 권상민, 박정숙. (2010). 거주유형별 노인의 허약정도, 건강증진 행위 및 주관적 건강상태 비교. 한국농촌의학지역보건학회, 35, 1-12.
- 김남순, 박은자, 김대중, 서제희, 전진아, 윤도흠 등. (2016). 노인 건강에 대한 새로운 비전과 보건의료 서비스 모형 개발. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김창오, 선우덕. (2015). 기능장애, 장기요양 필요 및 사망 예측을 위한 허약측정 도구의 개발. 한국노년학, 35, 451-474.
- 김창오, 이희연, 호승희, 박현숙, 박철우. (2010). 허약노인을 위한 방문재활 프로그램의 장애발생예방 효과에 대한 연구. 한국노년학, 30(4), 1293-1309.
- 박소영. (2017. 8. 8.). 건보공단, '부실한' 건강백세 운동교실 지적. 운동강사 각사 작성 및 평가 누락 등 지적. 의협신문. <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=112005>에서 2017. 10. 24. 인출.
- 박승민. (2015). 영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 통합의 복지정치, 1948~2010. 정부학연구, 21(3), 121-161.
- 박은옥, 유미. (2016). 취약계층 노인의 연령별 허약정도와 관련 요인. 대한간호학회지, 46(6), 848-857.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2016a). 2017년 지역사회 통합건강증진사업 안내(총괄). 세종: 보건복지부.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2016b). 2017년 지역사회 통합건강증진사업 안내(신체활동). 세종: 보건복지부.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2016c). 2017년 지역사회 통합건강증진사업 안내(영양). 세종: 보건복지부.

- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2017a). 2016년 지역사회 통합건강증진사업 우수사례집. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2017b). 2018 건강생활지원센터 사업 안내. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2017). 2017년 노인보건복지 사업안내(II). 세종: 보건복지부.
- 서민지. (2017. 1. 17.) 건보공단에 사업권한 대폭 늘려준 법안, 부작용 없나? 건강증진사업 확대, 범안소위서 쟁점없이 통과..논란과 비판 증폭. 메디파나 뉴스. http://medipana.com/news/news_viewer.asp?NewsNum=194136&MainKind=A&NewsKind=5&vCount=12&vKind=1에서 2017. 10. 24. 인출.
- 서울특별시. (2017). 찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼(건강).
- 서정환. (2016. 12. 21.). 일본 노인인구 26% 세계 최고...일손 부족·사회보장비 급증. 한국경제. <http://news.hankyung.com/article/2016122008131>에서 2017. 9. 20. 인출.
- 석재은. (2000). 영국의 지역사회보호와 사례관리를 통한 보건·복지서비스 통합. 보건복지포럼, 10, 51-62.
- 선우덕, 오영희, 이수형, 오지선, 이석구. (2009). 노인건강정책의 현황과 향후 추진과제-일상생활기능의 자립향상을 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 선우덕, 이소영, 김동진, 김철웅, 윤종률, 남효정. (2014). 노인 보건사업의 현황과 개선방안. pp. 159, 161. 한국보건사회연구원.
- 양금덕. (2016. 5. 27.). 연간 147억 투입 건강백세교실, 업무부실 반복. 공단, 내부 감사보고서 공개... 강사 선정부터 사후모니터링 부실 지적 잇따라. 청년의사. <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=203612>에서 2017. 10. 24. 인출.
- 양금덕. (2017. 8. 28.). “공단 건강증진사업, 타 부처와 중복 여전... 전면 재검토해야” 복지위, 2016 회계연도 결산보고에서 또 지적... 사업대상자 선정 형평성 문제제기도. 청년의사. <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1045964>에서 2017. 10. 23. 인출.

- 오정희. (2006). 노인복지의 보건·복지서비스 연계 방안. *교정복지연구*, 4, 149-173.
- 원장원. (2017). 노쇠의 평가와 관리. *대한의사협회지*, 60(4), 314-320.
<https://doi.org/10.5124/jkma.2017.60.4.314>
- 이윤환. (2015). 근거중심의 노쇠 예방. *대한노인병학회지*, 19(3), 121-129.
- 이주열. (2017). 지역통합건강증진사업의 개선 방안. *보건복지포럼*, 32-40.
- 황환식, 권인순, 박병주, 조비룡, 윤종률, 원장원. (2010). 한국형 노쇠측정도구 개발 및 타당도 조사. *대한노인병학회지*, 14, 191-202.

〈영문자료〉

- Akiyama, H. (2010). *Choju Jidai No Kagaku To Shakai No Koso. Kagaku*, 80, 61-63. (In Japanese.)
- Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S., Karunanathan, S., & Wolfson, C. (2007). Frailty: an emerging research and clinical paradigm?issues and controversies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 731-737.
- British Geriatrics Society. (2014). *Fit for frailty-Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings*. London: British Geriatrics Society.
- British Geriatrics Society. (2017). *Fit for frailty part1-Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings*. London: British Geriatrics Society.
- Cameron, I. D., Fairhall, N., Langron, C., Lockwood, K., Monaghan, N., Aggar, C., et al. (2013). A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial.

- BMC medicine*, 11(1), 65, 1-10.
- CDC. (2015). *PREVENTING FALLS: A Guide to Implementing Effective Community-Based Fall Prevention Programs*. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Cesari, M. (2012). Frailty and Aging. *Journal of Frailty and Aging*, 1(1), 3-6.
- Chen, S., Honda, T., Chen, T., Narazaki, K., Haeuchi, Y., Supartini, A., & Kumagai, S. (2015). Screening for frailty phenotype with objectively-measured physical activity in a west Japanese suburban community: evidence from the Sasaguri Genkimon Study. *BMC geriatrics*, 15.
- Chen, X., Mao, G., & Leng, S. X. (2014). Frailty syndrome: an overview. *Clinical interventions in aging*, 9, 433-441.
- Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 60:1487-1492.
- Curry, N., Harris, M., Gunn, L., Pappas, Y., Blunt, I., Soljak, M., ... & Ignatowicz, A. (2013). Integrated care pilot in north west London: a mixed methods evaluation. *International journal of integrated care*, 13(3), 1-16.
- Da Mata, F. A. F., da Silva Pereira, P. P., de Andrade, K. R. C., Figueiredo, A. C. M. G., Silva, M. T., & Pereira, M. G. (2016). Prevalence of Frailty in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one*, 11(8), e0160019.
- Department of Health(Australia). (2017). *Your guide to home care package services*. p. 9.

- DHSS(Department of Health and Social Security). (1988). *Community Care: An Agenda for Action*. London: HMSO.
- Fairhall, N., Aggar, C., Kurrle, S. E., Sherrington, C., Lord, S., Lockwood, K., et al. (2008). Frailty intervention trial (FIT). *BMC geriatrics*, 8(1), 27, 1-10.
- Frank, J. (2001). Chapter 1 How Long Can I Stay? The Dilemma of Aging in Place in Assisted Living. *Journal of Housing for the Elderly*, 15(1-2), 5-30.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A(3).
- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). Insearchof anintegral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 338-343.
- Greaves, F., Pappas, Y., Bardsley, M., Harris, M., Curry, N., Holder, H., et al. (2013). Evaluation of complex integrated care programmes: the approach in North West London. *Int J Integr Care*, 13(8), 1-10.
- Hubbard, R. E., Lang, I. A., Llewellyn, D. J., Rockwood, K. (2010). Frailty, Body Mass Index, and Abdominal Obesity in Older People. *Journal of Gerontology: medical science*, 65(4), 377-381.
- Janssen, I., Shepard DS, Katzmarzyk PT, Roubenoff, R., (2004) The healthcare costs of sarcopenia in the United States. *J AmGeriatr Soc*, 52, 80-5.
- Jung, H. W., Yoo, H. J., Park, S. Y., Kim, S. W., Choi, J. Y., Yoon, S. J., Kim, C. H., Kim, K. I. (2016). The Korean version of the FRAIL

- scale: clinical feasibility and validity of assessing the frailty status of Korean elderly. *Korean J Intern Med*, 31, 594-600.
- Kojima, G., Iliffe, S., Taniguchi, Y., Shimada, H., Rakugi, H., & Walters, K. (2017). Prevalence of frailty in Japan: A systematic review and meta-analysis. *Journal of epidemiology*, 27(8), 347-353.
- Landi, F., Cesari, M., Calvani, R., Cherubini, A., Di Bari, M., Bejuit, R., ... & Vellas, B. (2017). The “Sarcopenia and Physical frailty IN older people: multi-component Treatment strategies”(SPRINTT) randomized controlled trial: design and methods. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(1), 89-100.
- Local Government Association. (2013. 10.) *North West London: 2 million reasons to get integrated care right*. <https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/north-west-london-2-million-484.pdf> 에서 2017. 5. 26. 인출.
- Morley, J. E., Haren M. T., Rolland, Y., & Kim, M. J. (2006). Frailty. *Medical Clinics*, 90(5), 837-847.
- My Aged care(2017. 7. 2) Getting started. <https://www.myagedcare.gov.au/> 에서 2017. 8. 2. 인출.
- Pahor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., Blair, S., Bonds, D. E., Church, T. S., et al. (2014). Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*, 311(23), 2387-2396.
- Robinson, T. N., Wu, D. S., Stiegmann, G. V., Moss, M. (2011). Frailty predicts increased hospital and six-month healthcare cost following colorectal surgery in older adults. *Am J Surg*, 202, 511-514.
- Rockwood, K., Howlett, S. E., MacKnight, C., Beattie, B. L., Bergman,

- H., Hébert, R., & McDowell, I. (2004). Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(12), 1310-1317.
- Roe, L., Normand, C., Wren MA, Browne, J., O'Halloran AM. (2017). The impact of frailty on healthcare utilisation in Ireland: evidence from the Irish longitudinal study on ageing. *BMC Geriatrics*, 17:203.
- Santos-Eggimann, B., Cuenoud, P., Spagnoli, J., & Junod, J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 64A:675-681.
- Shimada, H., Makizako, H., Lee, S., Doi, T., Tsutsumimoto, K., Harada, K., ... & Suzuki, T. (2016). Impact of cognitive frailty on daily activities in older persons. *The journal of nutrition, health & aging*, 20(7), 729-735.
- Shinkai, S. (2012). Prevention of frailty and healthy aging. A 10-year community intervention and outcomes. *Social Innovation for Healthy Ageing* 발표 자료.
- Shinkai, S., Taniguchi, Y., Murayama, H., Nishi, M., Amano, H., ... & Fujiwara, Y. (2016). Public health approach to preventing frailty in the community and its effect on healthy aging in Japan. *Geriatrics & gerontology international*, 16(S1), 87-97.
- Shinkai, S., Yoshida, H., Fujiwara, Y. et al. (2013). Process and outcomes of the 10-years community intervention for disability prevention in Kusatsu, Gunmma Prefecture. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 60, 596-605. (In Japanese)

- Song X, Mitnitski A, Rockwood K. (2010). Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. *J Am Geriatr Soc*, 58, 681-687.
- SPRINTT. (2017. 7. 12). *Work Package 1: Project Management and Oversight*. <http://www.mysprinnt.eu/en/wp>에서 2017. 9. 21. 인출.
- WHO. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO
- Wiles, J., Wild, K., Kepa, M., & Peteru, C. (2011). *Resilient Ageing in Place: Project Recommendations & Report*. Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland.
- Xie B, Larson J. L, Gonzalez R., Pressler S.J., Lustig C., Arslanian-Engoren C. (2017) Components and Indicators of Frailty Measures: A Literature Review. *J Frailty Aging*, 6(2). 76-82.
- Xue, Q. L. (2011). The frailty syndrome: definition and natural history. *Clinics in geriatric medicine*, 27(1), 1-15.

〈 3부 〉

〈국문자료〉

- 강창현. (2011). 한국과 대만의 건강보험제도 연구. *사회과학연구*, 27(1), 351-374.
- 고영지, 이주희. (2015). 고관절 골절로 인공고관절 수술을 받은 노인의 신체적 기능에 대한 의료인의 인식 분석. *근관절건강학회지*, 22(2), 67-77.
- 김남순, 박은자, 김대중, 서제희, 전진아 등. (2016). 노인 건강에 대한 새로운 비전과 보건의료서비스 모형 개발. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김영미, 박영숙, 정영숙, 최미애. (2000). 골절노인환자의 가족지지, 자가간호 이행행위정도와 삶의 만족정도. *임상간호연구*, 6(1), 5-22.
- 김이석. (2016). 노령 고관절 골절 예방을 위한 노력, *Journal of Korean*

Medical Association, 59(8), 631-636.

- 박성배, 조경희, 이상현, 최영은, 김태종, 이재우 등. (2015). 복합만성질환자 의료이용 분석 통한 관리 체계모형 개발 및 시범사업, 임상진료 지침/가이드 라인 개발(1차년도). 일산: 국민건강보험 일산병원
- 박은영, 최혜란. (2016). 노년내과와 정형외과의 협진 여부에 따른 노인의 고관절 골절 수술 후 합병증 발생 위험 요인 분석. *기초간호자연구학지*, 18(4), 193-202.
- 안진권, 임진명. (2015). 초고령사회 진입에 대비한 지역정책 발전방향. 서울: 대통령직속 지역발전위원회.
- 양현미. (2013). 고관절 골절 수술을 받은 노인과 가족 주 돌봄자를 위한 퇴원교육 자료 개발. 석사학위논문, 연세대학교.
- 오윤섭, 윤석준. (2015). 국민의료비 추이와 지속가능한 의료정책 방향: 의료비의 적정 통제 하의 의료의 질 향상방안. 서울: 감사연구원.
- 오희영, 임영미. (2003). 낙상 후 대퇴골절 수술 노인의 신체기능, 의료이용 및 낙상의 두려움. *성인간호학회지*, 15(3), 432-440.
- 유승흠, 박은철. (편). (2009). *의료보장론*. 서울: 신광출판사
- 전영국. (2017). 질적 연구에서 사용되는 면담 및 심층면담에 관한 비교 고찰. *열린교육연구*, 25, 147-168.
- 최의성, 손현철, 김용민, 김동수, 박경진, 임채욱 등. (2016). 한국에서의 고관절 골절 빈도는 여전히 증가 추세인가? : 건강보험 데이터 베이스를 이용한 역학 연구. *대한정형외과학회지*, 51(6), 447-454.
- 통계청. (2016. 9. 29.). 2016 고령자 통계.
- 한국보건사회연구원·연세대학교 의료원. (2017. 8. 30.). 노인친화적 보건의료서비스와 노쇠 관리에 관한 국제심포지엄(자료집). 세종: 한국보건사회연구원
- 황연희. (2011). 한국의료패널로 본 한국 노인들의 의료이용 및 의료비 지출. *보건복지포럼*. 51-59.

〈영문자료〉

- Agency for Clinical Innovation (ACI). (2017). *Minimum Standards for the Management of Hip Fracture in the Older Person*, Chatswood: Author.
- Agency for Clinical Innovation (ACI). (2013). *Understanding the process to develop a Model of Care An ACI Framework*. Chatswood: Author.
- NSW government of Health. (2015). *NSW Rehabilitation Model of Care*.
<https://www.aci.health.nsw.gov.au/resources/rehabilitation/rehabilitation-model-of-care/rehabilitation-moc/NSW-Rehabilitation-MOC.pdf>
- Boddaert, J., Raux, M., Khiami, F., & Riou, B. (2014). Perioperative management of elderly patients with hip fracture. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 121(6), 1336-1341.
- Bodenheimer, T. S., Grumbach, K. (2016). *Understanding Health Policy: A Clinical Approach 7th Edition*. United States of America: McGraw-Hill Companies, Inc
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., et. al., (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England journal of medicine*, 324(6), 370-376.
- Cain, C. H., Neuwirth, E., Bellows, J., Zuber, C., & Green, J. (2012). Patient experiences of transitioning from hospital to home: an ethnographic quality improvement project. *Journal of Hospital Medicine*, 7(5), 382-387.
- Cameron, I., Crotty, M., Currie, C., Finnegan, T., Gillespie, L., &

- Gillespie, W., et al. (2000). Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 4(2), 1.
- Choi, J. Y., Cho, K. J., Kim, S. W., Yoon, S. J., Kang, M. G., Kim, K. I., ... & Kim, C. H. (2017). Prediction of Mortality and Postoperative Complications using the Hip-Multidimensional Frailty Score in Elderly Patients with Hip Fracture. *Scientific Reports*, 7, 1-8.
- Coulter, A. & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, education, and involving patients. *BMJ: British Medical Journal*, 335(7609), 24-27.
- Covinsky, K. E., Pierluissi, E., & Johnston, C. B. (2011). Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". *Jama*, 306(16), 1782-1793.
- Gullberg, B., Johnell, O., & Kanis, J. A. (1997). World-wide projections for hip fracture. *Osteoporosis International*. 7(5), 407-413.
- Koval, K. J. & Cooley, M. R. (2005). Clinical pathway after hip fracture. *Disability and Rehabilitation*, 27(18-19), 1053-1060.
- Langford, D. P., Fleig, L., Brown, K. C., Cho, N. J., Frost, M., Ledoyen, M., et al. (2015). Back to the future - feasibility of recruitment and retention to patient education and telephone follow-up after hip fracture: a pilot randomized controlled trial. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1343-1351.
- Lau, T. W., Fang, C., & Leung, F. (2013). The effectiveness of a geriatric hip fracture clinical pathway in reducing hospital and rehabilitation length of stay and improving short-term mortality rates. *Geriatric orthopaedic surgery & rehabilitation*, 4(1), 3-9.
- Olsen, C. F., & Bergland, A. (2014). The effect of exercise and

- education on fear of falling in elderly women with osteoporosis and a history of vertebral fracture: results of a randomized controlled trial. *Osteoporosis International*, 25(8), 2017-2025.
- Pedersen, S. J., Borgbjerg, F. M., Schousboe, B., Pedersen, B. D., Jørgensen, H. L., Duus, B. R., & Lauritzen, J. B. (2008). A comprehensive hip fracture program reduces complication rates and mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10), 1831-1838.
- Pugely, A. J., Martin, C. T., Gao, Y., Klocke, N. F., Callaghan, J. J., & Marsh, J. L. (2014). A risk calculator for short-term morbidity and mortality after hip fracture surgery. *Journal of orthopaedic trauma*, 28(2), 63-69.
- Riemen, A. H., & Hutchison, J. D. (2016). The multidisciplinary management of hip fractures in older patients. *Orthopaedics and trauma*, 30(2), 117-122.
- Schiller, C., Franke, T., Belle, J., Sims-Gould, J., Sale, J., & Ashe, M. C. (2015). Words of wisdom—patient perspectives to guide recovery for older adults after hip fracture: a qualitative study. *Patient preference and adherence*, 9, 57.
- Tricco, A. C., Antony, J., Ivers, N. M., Ashoor, H. M., Khan, P. A., Blondal, E., et al. (2014). Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 186(15), E568-E578.
- Tsui, K., Fleig, L., Langford, D. P., Guy, P., MacDonald, V., & Ashe, M. C. (2015). Exploring older adults' perceptions of a patient-centered education manual for hip fracture recovery: "everything in one place". *Patient Preference and Adherence*, 9,

1637-1645.

Wong, K. S., Ryan, D. P., & Liu, B. A. (2014). A System-Wide Analysis Using a Senior-Friendly Hospital Framework Identifies Current Practices and Opportunities for Improvement in the Care of Hospitalized Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(11), 2163-2170.

〈 4부 〉

〈국문자료〉

국회 보건복지위원회. (2006. 9.). 노인수발보험법안(정부)·국민장기요양보험법안(정형근 의원 대표 발의)·국민요양보장법안(안명옥 의원 대표 발의)·국민장기요양보험법안(김춘진 의원 대표 발의)·장기요양보장법안(현애자 의원 대표 발의)·장기요양보험법안(장향숙 의원 대표 발의) 국회검토보고서.

국회 보건복지위원회. (2014. 12.). 치매관리법 일부개정법률안(대안).

권중돈, 이은영, 박현주, 이은주, 정희남. (2014). 노인 인권 길라잡이. 국가인권위원회.

김나경. (2012). 의료보험의 법정책 -기초법 이념과 법실무. 서울: 집문당.

김남순, 박은자, 김대중, 서제희, 전진아, 윤도흠 등. (2016). 노인 건강에 대한 새로운 비전과 보건의료 서비스 모형 개발. 세종: 경제·인문사회연구회.

김상겸, 권영복. (2003). 수돗물불소화사업에 관한 헌법적 고찰. 헌법학연구, 9(3), 315-349.

김성률. (2016). 헌법상 건강권의 내용과 식품안전의 보장. 헌법학연구, 22(3), 147-172.

김용하. (2017. 3. 22.). 악화되는 건강보험 재정, 급격한 지출 증가 막을 방안 찾아야. 한국경제, A33.

김주경. (2013). 건강권의 헌법학적 내용과 그 실현. 법학연구, 23(4), 89-131.

김현정. (2017). 노인의 보건의료 및 복지 통합서비스 제공을 위한 법제연구 위

- 크숍 자료집(내부자료). 세종: 한국법제연구원.
- 박종준, 김정순. (2015). 고령사회의 노인복지 관련법제의 개선방안 연구. 세종: 한국법제연구원.
- 성낙인. (2016). 헌법학(제16판). 경기: 법문사.
- 손덕현. (2016. 1. 6). 위기의 한국의료 지속 가능한가? ⑦ 노인의료복지체계 재정립. 의협신문.
- 이준일. (2015). 헌법학강의(제6판). 경기: 홍문사.
- 이태수. (편). (2011). 사회복지전달체계의 개편과 민관협력. 서울: 학지사.
- 장병연. (2015). 기본권보장을 위한 헌법개정의 방향-건강권을 중심으로. 대한정치학회보, 23(4), 1-13.
- 장영수. (2014). 고령화 사회와 사회국가의 미래-노인복지의 발전방향을 중심으로. 안암법학, 43(단일호), 761-796.
- 장영수. (2015). 헌법학(제9판). 경기: 홍문사.
- 정종섭. (2015). 헌법학원론(제10판). 서울: 박영사.
- 한국보건의료관리연구원. (1997). 의료법규체계 정비방안 기초연구. 서울: 한국보건의료관리연구원.
- 홍성민, 가타기리유키. (2016). 한일 양국의 지속가능한 의료보장법제 연구. 세종: 한국법제연구원.
- 홍성민. (2017). 한일 의료보험법제의 동질성과 차이. 법학연구, 28(1), 327-356.

[법률]

- 공공 보건의료에 관한 법률, 법률 제13982호 (2016).
- 국민건강보험법, 법률 제14084호 (2016).
- 국민건강증진법, 법률 제14057호 (2016).
- 국민기초생활보장법, 법률 제13987호 (2016).
- 군 보건의료에 관한 법률, 법률 제13502호 (2015).
- 노인복지법, 법률 제13474호 (2015).

470 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

농어촌보건법, 법률 제13989호 (2016).
보건의료기본법, 법률 제13649호 (2015).
보건의료기본법, 법률 제14216호 (2016).
사회보장기본법, 법률 제13426호 (2015).
약사법, 법률 제13598호 (2015).
의료급여법, 법률 제14003호 (2016).
의료법, 법률 제13658호 (2015).
의료법, 법률 제14084호 (2016).
지역보건법, 법률 제14009호 (2016).
치매관리법, 법률 제11013호 (2011).
치매관리법, 법률 제13112호 (2015).

[판례]

대법원 2013. 4. 26. 선고 2012두8038 판결[과징금부과처분취소·요양급여비
 용환수처분취소].
헌재 1992. 12. 24. 92헌가8.
헌재 1995. 4. 20. 91헌바11.
헌재 1998. 7. 16. 96헌마246.
헌재 2002. 12. 18. 2001헌마370.
헌재 2005. 3. 31. 2001헌바87.
헌재 2009. 11. 26. 2007헌마734, 판례집 21-2하.
헌재 2010. 4. 29. 2008헌마622.
헌재 2015. 4. 30. 2012헌마38.
헌재 2015. 9. 24. 2013헌마384.

〈일어문헌〉

홍성민, (2016). 医療供給体制における国家統制—保健医療機関の指定を中心に
一. 社会保障法 第31号.

- 尾形裕也. (2016). 케어의財源調達に関する考察」社会保障研究第1卷1号.
- 厚生労働省編. (2016). 平成28年版厚生労働白書.
- 高齢者の保険事業のあり方検討ワーキンググループ . (2017). 高齢者の特性を踏
まえた保健事業ガイドライン 暫定版.
- これからの医療保険制度の在り方を考える研究会(編). 持続可能な医療保険制度の
構築に向けてー平成27年改革の奇跡とポイントー. 第一法規(2016年) 21頁
- 地域包括ケア研究会. (2014). 地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に
関する調査研究事業報告書.
- 二木立. (2015). 地域包括ケアと地域医療構想. 勁草書房.

[법률]

- 健康保険法等の一部を改正する法律 平成18年法律第83号(2006).
- 高齢者の医療の確保に関する法律 昭和57年法律第80号(1982).
- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に
関する法律 平成26年法律第3号(2014).
- 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 平成元年法律第64
号(1999).
- 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律 平成29
年法律第52号(2017).
- 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律 平成25年法
律第112号(2013).
- 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法
律 平成27年法律31号(2015).

<영문자료>

- Alzheimer's Society. (2014). *Dementia 2014: Opportunity for change*.
alzheimers.org.uk/dementia2014에서 2017. 5. 23. 인출.
- Commission for Social Care Inspection. (2006). *Living Well in Later*

Life: a Review of Progress against the National Service Framework for Older People.

<https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide15/files/livingwellinlaterlife-fullreport.pdf>에서 2017. 8. 1. 인출.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (Aug. 11, 2000).

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/C.12/2000/4에서 2017. 5. 21. 인출.

Department of Health. (1998). *Modernising Social Services*, London: DOH.

Department of Health. (2007). *Homecare re-ablement: Retrospective longitudinal study*. London: Department of Health.

Department of Health. (2008). *End of Life Care Strategy*.

http://www.cpa.org.uk/cpa/End_of_Life_Care_Strategy.pdf에서 2017. 6. 7. 인출.

Department of Health. (2009). *Living Well with Dementia: A National Dementia Strategy*.

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168220/dh_094051.pdf에서 2017. 6. 11. 인출.

Department of Health. (2012a). *Prime Minister's Challenge on Dementia: Delivering Major Improvements in Dementia Care and Research by 2015*.

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/200030/9535-TSO-2900951-PM_Challenge_Dementia_ACCESSIBLE.PDF에서 2017. 6. 11. 인출.

Department of Health. (2012b). *Government announces next steps on Dementia Challenge*.

<https://www.gov.uk/government/news/government-announces->

next-steps-on-dementia-challenge

Department of Health. (2012c). *The Prime Minister's Challenge in Dementia: Delivering major improvements in dementia care and research by 2015: A report on progress.*

<http://www.ncpc.org.uk/news/prime-ministers-challenge-dementia-report-progress>에서 2017. 7. 21. 인출.

Health and Social Care Information Centre. (2014). *Community Care Statistics: Social Services Activity, England 2013-14, Final release.*

<https://digital.nhs.uk/media/25871/Community-Care-Statistics-Social-Services-Activity-England-2013-14-Final-release-Report/Any/comm-care-stat-act-eng-2013-14-fin-rep>에서 2017. 7. 21. 인출.

HM Government. (2009). *Shaping the Future of Care Together.* UK: TSO.

HM Government. (2010). *Building the National Care Service.* UK: TSO.

HM Government. (2012). *Caring for Our Future: reforming care and support-white paper.* UK: TSO.

Lee. S. M., Park. K. D., Hong. S. M., Eum. S. P., Choi S. H., Lee G. H.. (2015), *Current Issues in Korean Law.* Sejong: Korea Legislation Research Institute.

National Audit Office. (2003). *Ensuring the effective discharge of older patients from NHS acute hospitals.* London: TSO.

Nuffield Trust. (2014). *Rating providers for quality; A policy worth pursuing? A report for the Secretary of State for Health: summary.*

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/rating-providers-2013-summary-web-final.pdf>에서 2017. 6. 25. 인출.

Personal Social Services Research Unit for Department of Health.
(2010). *National Evaluation of Partnerships for Older People
Projects: final report.*

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130104222714/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_111353.pdf에서 2017. 6. 22. 인출.

SCIE/NICE. (2006). *Dementia-Supporting people with dementia and their carers in health and social care.*

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>에서 2017. 7. 8 인출.

The commission on Funding of Care and Support. (2011). *Fairer Care Funding: The report of the commission on Funding of Care and Support.*

<http://www.dilnotcommission.dh.gov.uk/>에서 2017. 8. 23. 인출.

The Queen's Nursing Institute. (2014). *District Nurse Education in England, Wales and Northern Ireland 2012/13.* https://www.qni.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/DN_Education_Report_2012-13.pdf에서 2017. 9. 20. 인출.

관련자료 목록

[국문문헌]

황도경 등. (2016). 노인 의료와 요양 서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구
- 공급의 통합적 연계 체계 구축. 세종: 한국보건사회연구원.

[일어문헌]

解説医療機能の分化・連携を推進、週刊社会保障2922号 (2017)

健康保険法の解釈と運用平成29年度版、法研 (2017)

これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編. (2016). 持続可能な医療保
険制度の構築に向けてー平成27年改革の奇跡とポイントー. 第一法規.

社会保障読本2016年版ー医療・介護・年金・少子化の現状と将来ー、週刊社会
保障・2887号 (2016)

社会保障読本2017年版ー医療・介護・年金・少子化の現状と将来ー、週刊社会
保障・2936号 (2017)

부록1 설문조사지

지역사회 노인의 노쇠 및 의료·돌봄 서비스 이용 현황 조사

안녕하십니까?

본 조사는 국무총리 산하의 한국보건사회연구원의 **[고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료 / 복지 서비스 제공 모형]** 과제 하에 실시되는 것으로서, 65세~84세 어르신들을 대상으로 건강 수준, 노쇠 정도, 의료 및 돌봄 서비스 이용 경험 등을 파악하는 데 목적을 두고 있습니다.

본 조사가 진행되는 도중에 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 됩니다. 또한 언제라도 동의를 철회하고 연구 참여를 중단하시더라도 이에 따른 어떠한 불이익이나 차별도 없을 것입니다.

조사 내용은 노인의 노쇠와 건강 수준에 따른 적절한 의료 및 돌봄 서비스 이용을 위한 정책 대안 수립과 연구의 학술적 목적 이외에 다른 목적으로는 사용하지 않을 것입니다. 귀하께서 응답해 주신 모든 내용과 **개인 정보는 통계법 33조(비밀의 보호)에 의거하여 비밀이 보장됨**을 약속드립니다.

연구와 관련하여 궁금한 사항이 있으시면 아래의 연락처로 연락주시길 바라며, 바쁘시더라도 본 설문에 협조하여 주시면 대단히 감사하겠습니다.

- 주관기관: 한국보건사회연구원 김남순 보건의료연구실장
- 조사기관: ㈜한국리서치 장보현 부장

[면접원 기록사항]

응답자 성명		응답자 전화번호	
면접원 성명		면접원 ID	조사 일시
			2017년 ____월 ____일

[응답자 기록사항]

SQ1. 어르신의 성별은 어떻게 되십니까? ① 남자 ② 여자

SQ2. 어르신의 주민등록상의 생년, 월은 어떻게 되십니까?

구 분	① 양력 ② 음력	생년 / 월	()년 ()월
※ 1932~1951년생을 제외하고는 조사중단			

SQ3. 귀하께서 현재 거주하고 계신 지역은 어디입니까?

()도/시 ()구 ()동

※ 대전시를 제외하고는 조사중단

건강상태 및 행태

※ 다음은 건강상태 및 행태와 관련한 문항입니다. 각 문항에 대해 응답하여 주시기 바랍니다.

A1. 어르신의 평소 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 건강하다
- ② 건강한 편이다
- ③ 그저 그렇다
- ④ 건강이 나쁜 편이다
- ⑤ 건강이 매우 나쁘다

A2. 동년배에 비하여 어르신의 건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 건강하다
- ② 건강한 편이다
- ③ 그저 그렇다
- ④ 건강이 나쁜 편이다
- ⑤ 건강이 매우 나쁘다

A3. 지금까지 살아오는 동안 어르신께서 피운 담배의 양은 총 얼마나 됩니까?

- ① 5갑(100개비) 미만 **A3-1으로 이동**
- ② 5갑(100개비) 이상 **A3-1으로 이동**
- ③ 피운 적 없음 **A4으로 이동**

A3-1. 어르신께서는 현재 담배를 피우십니까?

- ① 매일 피움
- ② 가끔 피움
- ③ 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음

A4. 어르신께서는 지금까지 살아오면서 1잔 이상의 술을 마신 적이 있습니까?

- ① 예 **A4-1으로 이동**
- ② 아니요 **A5으로 이동**

A4-1. 어르신께서는 술을 얼마나 자주 마십니까?

- ① 최근 1년간 전혀 마시지 않았다
- ② 한 달에 1번 미만
- ③ 한 달에 1번 정도
- ④ 한 달에 2-4번
- ⑤ 일주일에 2-3번 정도
- ⑥ 일주일에 4번 이상

A4-2. 어르신께서는 한 번에 술을 얼마나 마십니까?

- ① 1-2잔
- ② 3-4잔
- ③ 5-6잔
- ④ 7-9잔
- ⑤ 10잔 이상

A4-3. 어르신께서는 최근 1년 동안 음주 문제로 보건소, 일반의료기관, 알코올상담센터, 정신보건센터, 정신의료기관 등에서 상담을 받아본 적이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니요

A5. 어르신께서는 평소 일주일에 1회 이상 규칙적인 운동을 하십니까?

- ① 예 **A5-1으로 이동**
- ② 아니요 **A5-2으로 이동**

A5-1. 어르신께서 규칙적으로 운동을 하시는 횟수, 규칙적으로 운동을 한 지가 얼마나 되었는지, 주로 하시는 운동이 무엇인지 응답해 주시기 바랍니다.

1) 일주일 기준 규칙적인 운동 횟수	2) 규칙적으로 운동한 기간	3) 주로 하는 운동
주 () 회	()년 ()개월	

응답 후 A6으로 이동

A5-2. 어르신께서 규칙적으로 운동을 하지 못하는 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 운동할 시간이 없어서 **A5-3으로 이동**
- ② 운동할 공간이 주변에 없어서 **A6으로 이동**
- ③ 하고는 싶지만 귀찮아서 **A6으로 이동**
- ④ 운동을 좋아하지 않아서 **A6으로 이동**
- ⑤ 규칙적으로 운동을 해야겠다는 생각을 해본 적이 없어서 **A6으로 이동**
- ⑥ 몸이 아파서 **A6으로 이동**
- ⑦ 체형의 변화가 올까봐 **A6으로 이동**
- ⑧ 기타 **A6으로 이동**

A8. 지난 일주일 동안의 어르신의 생활에 대한 어르신의 생각에 대해 묻는 질문입니다. 해당 되는 곳에
응답해 주시기 바랍니다.

항목		예	아니요
1	현재의 생활에 대체적으로 만족하십니까?	①	②
2	요즈음 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까?	①	②
3	자신이 헛되이 살고 있다고 느끼십니까?	①	②
4	생활이 지루하게 느껴질 때가 많습니까?	①	②
5	평소에 기분은 상쾌한 편이십니까?	①	②
6	자신에게 불길한 일이 닥칠 것 같아 불안하십니까?	①	②
7	대체로 마음이 즐거운 편이십니까?	①	②
8	절망적이라는 느낌이 자주 드십니까?	①	②
9	바깥에 나가기가 싫고 집에만 있고 싶습니까?	①	②
10	비슷한 나이의 다른 분들보다 기억력이 더 나쁘다고 느끼십니까?	①	②
11	현재 살아 있다는 것이 즐겁게 생각되십니까?	①	②
12	지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까?	①	②
13	기력이 좋은 편이십니까?	①	②
14	지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까?	①	②
15	자신이 다른 사람들의 처지보다 더 못하다고 생각하십니까?	①	②

노쇠

B1. 어르신의 일상생활에서 아주 간단한 부분에 대해 묻겠습니다. 최근 일주일 동안 어르신께서는 일상생활에서 다음과 같은 동작을 하는데 다른 사람의 도움이 얼마나 필요하셨습니다까?

※ 단, 지금은 잠시 아프시거나 다치셔서 도움을 받으시지만, 앞으로 3개월 이내에 고쳐질 것으로 예상되는 것은 '도움 필요 없음'으로 응답해 주십시오.

항목		도움 필요 없음	부분적인 도움이 필요함	전적으로 도움이 필요함
1	옷 갈아입기(단추, 지퍼 올리기 포함)	①	②	③
2	세수, 양치질, 머리감기	①	②	③
3	목욕 또는 샤워하기	①	②	③
4	차려 놓은 음식 식사하기	①	②	③
5	이부자리서 일어나 방 밖으로 나가기	①	②	③
6	화장실 이용하기(대소변 닦고 옷 입기 포함)	①	②	③
7	대소변 흘리지 않고 보기	①	②	③

B2. 다음은 조금 더 힘든 일에 대해 여쭙겠습니다. 최근 일주일 동안 어르신께서는 일상생활에서 다음과 같은 동작을 하는데 다른 사람의 도움이 얼마나 필요하셨습니다까?

※ 단, 지금은 잠시 아프시거나 다치셔서 도움을 받으시지만, 앞으로 3개월 이내에 고쳐질 것으로 예상되는 것은 '도움 필요 없음'으로 응답해 주십시오.

항목		도움 필요 없음	부분적인 도움이 필요함	전적으로 도움이 필요함
1	몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱·발톱 깎기 등)	①	②	③
2	집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등)	①	②	③
3	식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등)	①	②	③
4	빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등)	①	②	③
5	교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기	①	②	③

	항목	도움 필요 없음	부분적인 도움이 필요함	전적으로 도움이 필요함
6	교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기	①	②	③
7	물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등)	①	②	③
8	금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등)	①	②	③
9	전화 걸고 받기	①	②	③
10	제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기	①	②	③

B3. 다음은 어르신들의 낙상 위험도와 관련된 문항입니다. 각각의 항목에 응답해 주시기 바랍니다.

	항목	예	아니요
1	나는 지난 1년간 낙상(넘어짐, 미끄러짐 또는 주저앉음)의 경험이 있다	①	②
2	나는 안전한 보행을 위해 지팡이 혹은 보행 보조기 사용을 권유 받았거나 사용하고 있다	①	②
3	나는 때때로 걸어 다닐 때 불안정하다	①	②
4	나는 집안에서 가구나 벽을 짚으면서 걸어 다닌다	①	②
5	나는 낙상할까봐 걱정이 된다	①	②
6	나는 의자에서 일어날 때 손을 짚고 몸을 일으켜야 한다	①	②
7	나는 턱(도로 턱, 문턱 등)을 지나가는데 약간의 어려움이 있다	①	②
8	나는 종종 화장실에 급하게 간다	①	②
9	나는 발의 감각이 약간 둔해졌다	①	②
10	나는 때때로 약을 먹은 후, 어지러움이나 피곤함을 느낀다	①	②
11	나는 수면을 도와주거나 기분을 나아지게 하는 약을 복용하고 있다	①	②
12	나는 가끔 슬픔이나 우울함을 느낀다	①	②

484 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

※ 다음은 어르신들의 노쇠 정도와 관련된 문항입니다. 각 문항에 대해 응답하여 주시기 바랍니다.

B4. 어르신께서는 지난 한 달 동안 피곤하다고 느낀 적이 있습니까?

- ① 항상 그렇다
- ② 거의 대부분 그렇다
- ③ 종종 그렇다
- ④ 가끔씩 그렇다
- ⑤ 전혀 그렇지 않다

B5. 어르신께서는 도움 없이 혼자서 쉬지 않고 10개의 계단을 오르는데 힘이 드십니까?

- ① 예
- ② 아니요

B6. 어르신께서는 도움 없이 300미터를 혼자서 이동하는데 힘이 드십니까?

※ 단, 300미터란 일반적으로 5분 정도 걷는 거리입니다.

- ① 예
- ② 아니요

B7. 다음 중 어르신께서 해당 질환으로 인해 의사 진단을 받은 경험이 있는 질환을 모두 선택해 주시기 바랍니다.

- | | |
|------------|----------|
| ① 고혈압 | ⑦ 협심증 |
| ② 당뇨병 | ⑧ 천식 |
| ③ 암(악성신생물) | ⑨ 관절염 |
| ④ 만성 폐 질환 | ⑩ 뇌경색 |
| ⑤ 심근경색 | ⑪ 신장질환 |
| ⑥ 심부전 | ⑫ 없음/비해당 |

B8. 다음 중 어르신께서 해당 질환으로 인해 약을 복용해 본 경험이 있는 질환을 모두 선택해 주시기 바랍니다.

- | | |
|------------|----------|
| ① 고혈압 | ⑦ 협심증 |
| ② 당뇨병 | ⑧ 천식 |
| ③ 암(악성신생물) | ⑨ 관절염 |
| ④ 만성 폐 질환 | ⑩ 뇌경색 |
| ⑤ 심근경색 | ⑪ 신장질환 |
| ⑥ 심부전 | ⑫ 없음/비해당 |

B9. 어르신의 현재와 1년 전의 체중은 어떻게 되십니까?

구분	현재(2017년도) 체중	1년 전(2016년도) 체중
체중	() kg	() kg

B10. 현재 어르신의 신장은 어떻게 되십니까?

() cm

※ 악력계를 이용하여 물건을 쥐는 힘의 강도를 측정하고자 합니다.

팔꿈치를 가볍게 몸통에 붙이고 90도 각도를 유지한 상태에서 악력계를 사용하여 좌·우에서 각 2회씩 측정하도록 하겠습니다. 단, 양손의 악력 측정 자세는 동일해야 합니다.

B11. 악력을 측정할 때, 어르신의 자세를 표시해 주세요.

- ① 선 자세
- ② 앉은 자세
- ③ 누운 자세

B11-1. 어르신의 오른손 악력 측정값을 기입해 주세요.

오른손 악력 측정값	① 1회차	(.) kg
	② 2회차	(.) kg
	③ 미측정	

B11-2. 어르신의 왼손 악력 측정값을 기입해 주세요.

왼손 악력 측정값	① 1회차	(.) kg
	② 2회차	(.) kg
	③ 미측정	

※ B11-2응답 후, 어르신의 오른손 혹은 왼손 악력을 측정하지 못한 경우만 B11-3으로 이동
B11-2응답 후, 어르신의 양손 악력을 모두 측정한 경우는 B12으로 이동

보건 의료 서비스 이용 경험

※ 다음은 어르신께서 경험하신 보건 의료 서비스와 관련한 문항입니다. 각 문항에 대해 응답하여 주시기 바랍니다.

C1. 어르신께서는 최근 1년 동안 응급실을 이용한 경험이 있습니까?

C1. 응급실 이용 경험	C1-1. 응급실 방문 횟수
① 예	() 회/년
② 아니요 <input type="checkbox"/> C2으로 이동	

C2. 어르신께서는 최근 1년 동안 입원한 적이 있습니까?

(단, 미용 목적의 수술, 건강검진으로 입원한 경우 제외)

C2. 입원 경험	C2-1. 입원 횟수	C2-2. 입원 일수
① 예	() 회/년	() 일/년
② 아니요 <input type="checkbox"/> C3으로 이동		

C3. 어르신께서는 최근 3개월 동안 응급/입원을 제외한 외래 진료를 위해 병의원(치과 포함)이나 보건소, 한의원 등에 방문하신 적이 있으십니까?

(단, 미용목적의 수술, 건강검진 위한 방문 제외)

C3. 외래 방문 경험	C3-1. 외래 방문 횟수
① 예	() 회/3개월
② 아니요 <input type="checkbox"/> C4으로 이동	

C4. 어르신께서는 최근 1년 동안 인플루엔자(계절 독감) 예방접종을 받은 적이 있습니까?

- ① 예
② 아니요

C5. 어르신께서는 최근 2년 동안 건강을 위해 건강검진을 받은 적이 있습니까?

C5. 건강검진을 받아 본 경험	C5-1. 건강검진 횟수
① 예	() 회/2년 <input type="checkbox"/> 응답 후 C5-2으로 이동
② 아니요 <input type="checkbox"/> C5-3으로 이동	

D3. 지난 1년간 어르신을 도와주신 분으로부터 어떤 도움을 받으셨습니까? 받으신 도움을 모두 선택해 주시기 바랍니다. 앞에서 도움을 많이 했다고 응답하신 순서대로 응답해 주시기 바랍니다.

구분	항목
1순위에 해당하는 분	① 몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱·발톱 깎기 등) ② 집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등) ③ 식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등) ④ 빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등) ⑤ 교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기 ⑥ 교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기 ⑦ 물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등) ⑧ 금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등) ⑨ 전화 걸고 받기 ⑩ 제시시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기
2순위에 해당하는 분	① 몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱·발톱 깎기 등) ② 집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등) ③ 식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등) ④ 빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등) ⑤ 교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기 ⑥ 교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기 ⑦ 물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등) ⑧ 금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등) ⑨ 전화 걸고 받기 ⑩ 제시시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기
3순위에 해당하는 분	① 몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱·발톱 깎기 등) ② 집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등) ③ 식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등) ④ 빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등) ⑤ 교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기 ⑥ 교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기 ⑦ 물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등) ⑧ 금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등) ⑨ 전화 걸고 받기 ⑩ 제시시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기

494 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건 의료·복지 서비스 제공 모형

구분	항목
4순위에 해당하는 분	① 몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱·발톱 깎기 등) ② 집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등) ③ 식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등) ④ 빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등) ⑤ 교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기 ⑥ 교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기 ⑦ 물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등) ⑧ 금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등) ⑨ 전화 걸고 받기 ⑩ 제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기
5순위에 해당하는 분	① 몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱·발톱 깎기 등) ② 집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등) ③ 식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등) ④ 빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등) ⑤ 교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기 ⑥ 교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기 ⑦ 물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등) ⑧ 금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등) ⑨ 전화 걸고 받기 ⑩ 제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기

D4. 어르신께서 일상생활을 수행하거나 건강상의 어려움을 겪으실 때, 장기간 동안 어르신께 직접적인 도움을 가장 많이 주신 분은 누구신가요? 만약 현재 도움을 받고 계시지 않는다면 미래에 어르신을 장기간 동안 직접 돌봐줄 의향을 가지고 있는 사람은 누구라고 생각하십니까? 다음의 보기 중 가장 그럴 것 같다고 생각하는 사람을 순서대로 2명까지 응답하여 주십시오.

1순위	2순위
()	()

- ① 배우자
- ② 아들
- ③ 딸
- ④ 며느리
- ⑤ 사위

D8-4. 노인장기요양 서비스 이용을 위해 등급신청 할 때 어르신 의견 물어보셨습니까?

- ① 예
- ② 아니요

D9. 어르신께서는 노인장기요양보험제도를 이용해 보신 적이 있으십니까?

- ① 예 D10으로 이동
- ② 아니요 D14으로 이동

D10. [D11번 ~ D12-2번] 문항에 한하여 응답자가 신청 사실에 대해 인지하지 못한 경우, 대리인의 응답이 가능합니다. 응답자와 어르신과의 관계를 표시해주시시오.

※ 단, 어르신 기준으로 응답해 주십시오.

- ① 본인
- ② 배우자
- ③ 자녀
- ④ 손자녀
- ⑤ 형제자매
- ⑥ 부모
- ⑦ 기타 친인척

D11. 다음은 장기요양 재가서비스에 대한 질문입니다. 각 서비스 중 현재 어르신께서 이용하고 계신 서비스에 대해 알맞은 응답을 해주시기 바랍니다.

서비스 종류	D11. 이용 여부		D11-1. 이용횟수	D11-2. 회당 이용시간	D11-3. 이용기간
	예	아니요			
1 방문요양	①	②	월 () 회	1회당 () 분	() 개월
2 방문목욕	①	②	월 () 회	1회당 () 분	() 개월
3 방문간호	①	②	월 () 회	1회당 () 분	() 개월
4 주야간보호	①	②	월 () 회	1회당 () 분	() 개월
5 단기보호	①	②	월 () 회	1회당 () 분	() 개월
6 복지용구 대여 및 구입	①	②	총 () 종류		() 개월

D12. 현재 노인장기요양서비스를 이용하기 위하여 기관에 본인부담금을 지불하고 계십니까?

- ① 예 D12-1으로 이동
- ② 아니요 D13으로 이동

D12-1. 현재 노인장기요양서비스를 이용하기 위하여 어르신께서 지불하는 본인부담금 총 금액은 월 평균 얼마입니까?

월 평균 () 만원

498 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형

D12-2. 이 비용을 주로 부담하시는 분은 누구십니까?

- ① 본인
- ② 배우자
- ③ 아들
- ④ 딸
- ⑤ 며느리
- ⑥ 사위
- ⑦ 자녀들 공동 부담
- ⑧ 시군구(예. 기초생활수급자)
- ⑨ 기타()

D13. 현재 어르신께서 이용하고 계신 노인장기요양서비스 전반에 대해 얼마나 만족하십니까?

- ① 매우 만족한다
- ② 만족하는 편이다
- ③ 보통이다
- ④ 만족하지 않는다
- ⑤ 전혀 만족하지 않는다

D14. [D14-1번 ~ D14-4번] 문항에 한하여 응답자가 신청 사실에 대해 인지하지 못한 경우,

대리인의 응답이 가능합니다. 응답자와 어르신과의 관계를 표시해주시십시오.

※ 단, 어르신 기준으로 응답해 주십시오.

- ① 본인
- ② 배우자
- ③ 자녀
- ④ 손자녀
- ⑤ 형제자매
- ⑥ 부모
- ⑦ 기타 친인척

※ 다음은 어르신께서 지난 1년간 이용해 보신 시설 및 서비스와 해당 서비스를 이용하는 데 비용을 지불해 본 적이 있는지에 대해 묻는 문항입니다. 각 문항에 대해 응답해 주시기 바랍니다.

	시설 및 서비스 항목	D14-1. 이용 여부		D14-2. 비용 지불 여부	
		예	아니요	예	아니요
1	직업상담 및 취업준비, 훈련 서비스 (일자리 상담 및 알선, 취업준비, 교육 등)	①	②	①	②
2	정서적 서비스(말벗, 전화 안부, 책 읽어주기 등)	①	②	①	②
3	일상생활지원 서비스(행정업무대행, 차량지원, 외출동행, 장보기, 심부름 등)	①	②	①	②
4	급식지원(식사배달, 급식지원, 밀반찬배달, 영양식지원 등)	①	②	①	②
5	전문 상담 서비스(개별/집단/가족상담, 심리사회적 상담, 정신건강 관련 상담)	①	②	①	②
6	주거지원(주거제공 및 주거개조, 도배, 상하수도, 해충박멸, 주방개조 등)	①	②	①	②
7	여가생활(여가시간 활용, 문화 및 레저관련 활동)	①	②	①	②

일반사항

E1. 어르신의 세대에 함께 살고 있는(동거하고 있는) 사람은 몇 명입니까?

구분		인원 수
1	만 18세 이하	()명
2	만 19-64세 이하	()명
3	만 65세 이상	()명

E2. 어르신의 세대 유형은 다음 중 무엇에 해당합니까?

(부부 중 1명 이상이 65세 이상일 경우 노인 부부로 정의합니다.)

1세대	① 노인 1인 가구 ② 노인 부부(응답자 + 배우자) ③ 노인 부부 + 미혼 형제자매 ④ 노인 응답자 + 미혼 형제자매 ⑤ 노인 부부 + 기타 친인척 ⑥ 노인 응답자 + 기타 친인척 ⑦ 기타: 상기를 제외한 모든 1세대 가구
2세대	⑧ 노인 부부 + 미혼자녀 ⑨ 노인 편부 + 미혼자녀 ⑩ 노인 편모 + 미혼자녀 ⑪ 노인 부부 + 양친 ⑫ 노인 부부 + 편부모 ⑬ 노인 부부 + 자녀 + 노인 부부의 형제 또는 자매 ⑭ 노인 부부 + 미혼 손자녀 ⑮ 노인 응답자 + 미혼 손자녀 ⑯ 기타: 상기를 제외한 모든 2세대 가구
3세대	⑰ 노인 부부 + 미혼자녀 + 양친 ⑱ 노인 부부 + 미혼자녀 + 편부모 ⑲ 기타: 상기를 제외한 모든 3세대 이상 가구

E3. 어른신께서는 학교를 어디까지 다니셨습니까? 또는 다니고 있습니까?

- ① 무학
- ② 서당/한학
- ③ 초등학교
- ④ 중학교
- ⑤ 고등학교
- ⑥ 2년/3년제 대학
- ⑦ 4년제 대학
- ⑧ 대학원

E3-1. 어른신께서는 그 학교를 마치셨습니까? 졸업 여부를 말씀해 주십시오.

- ① 졸업
- ② 수료
- ③ 중퇴
- ④ 재학/휴학 중
- ⑤ 비해당(서당/한학, 무학)

E4. 어른신께서는 현재 결혼상태가 어떻게 됩니까?

- ① 혼인 중
- ② 별거
- ③ 이혼
- ④ 사별 또는 실종(이산가족)
- ⑤ 결혼한 적 없음

E5. 어른신께서는 현재 수입을 목적으로 일하고 계십니까?

※ 여기서 일이란 직장에 다니는 것 포함해서 자기 사업을 하고 계시거나, 가족이나 친척의 일을 도와주는 것을 모두 포함한 것을 말합니다.

- ① 예 E5-1으로 이동
- ② 아니요 E6으로 이동

E5-1. 어른신께서 현재 하시는 일 가운데 가장 주된 일자리에 대하여 묻겠습니다. 가장 주된 일자리는 다음 중 어디에 해당합니까?

- ① 타인(가족이나 친척 포함) 또는 회사에 고용되어 임금을 받고 일한다
- ② 내 사업을 한다
- ③ 평소 일주일에 19시간 이상 가족이나 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕는다
- ④ 평소 일주일에 19시간 미만 가족이나 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕는다

E6. 어르신께서는 지난 1년간 자녀 또는 친척으로부터 용돈이나 생활비 또는 병원비 등과 같은 금전적 지원이나 선물을 받으신 적이 있습니까?

- ① 정기적으로 용돈이나 생활비 등 금전적인 지원을 받았다 E6-1으로 이동
- ② 비정기적으로 용돈이나 생활비 등 금전적인 지원을 받았다 E7으로 이동
- ③ 현금이 아닌 현물이나 선물 등 비금전적인 지원을 받았다 E7으로 이동
- ④ 금전적/비금전적 지원 또는 선물을 받은 적 없다 E7으로 이동
- ⑤ 기타(친인척이 없다 등) E7으로 이동

E6-1. 지난 1년 간 자녀로부터 정기적으로 받은 용돈이나 생활비, 병원비 등은 월평균 얼마입니까?

월 () 만원

E6-2. 지난 1년 간 자녀 외 형제자매 등 친척으로부터 정기적으로 받은 용돈이나 생활비, 병원비 등은 월평균 얼마입니까?

월 () 만원

E7. 최근 1년 동안 가구의 총 소득은 대략 얼마입니까? 만일 연간 소득을 대답하기 어려운 경우 월 평균 액수를 말씀해 주십시오.

※ 근로, 사업/농어업, 부동산/동산, 금융, 보험, 보조금, 용돈, 기타(퇴직금, 장학금, 상속, 경조금 등) 소득을 모두 포함해주시기 바랍니다.

구분	
연간 소득	월 평균 소득
연 () 만원	월 (소득액) () 만원

E8. 어르신께서는 어떤 건강보험에 가입되어 있습니까?

- ① 국민건강보험(지역)
- ② 국민건강보험(직장)
- ③ 의료급여 1종
- ④ 의료급여 2종
- ⑤ 미가입
- ⑥ 모름

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보간복지포럼」, 「보간사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

