연구보고서(수시) 2017-03

아시아 주요국의 노인 건강 수준과 건강 노화를 위한 보건의료정책 비교 연구

전진아 · 박은자 · Etsuji Okamoto · Peishan Yang · 백상숙
송은솔 · 배정은 · 김민지 · 한솔희

KIHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】
전진아 한국보건사회연구원 연구위원

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

【공동연구진】
박은자 한국보건사회연구원 연구위원
Etsuji Okamoto University of Fukuchiyama
Peishan Yang National Taiwan University
백상숙 연세대학교의료법윤리연구원 연구원
송은솔 한국보건사회연구원 전문연구원
배정은 한국보건사회연구원 연구원
김민지 한국보건사회연구원 연구원
한솔희 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서(수시) 2017-03

아시아 주요국의 노인 건강 수준과 건강 노화를 위한 보건의료정책 비교 연구

발 행 일	2017년 12월
저 자	전 진 아
발 행 인	김 상 호
발 행 처	한국보건사회연구원
주 소	[30147]세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)
전 화	대표전화: 044)287-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등 록	1994년 7월 1일(제8-142호)
인 쇄 처	경성문화사
가 격	6,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2017
ISBN 978-89-6827-437-4 93510

발간사

이 연구는 아시아 주요국 노인의 건강 수준, 만성질환 유병 규모 등을 파악하고 각국에서 건강 노화를 위해 실시 중인 중장년 및 노인 대상 보건의료 프로그램과 정책을 비교 검토함으로써 국내 정책에 미치는 시사점을 모색하는 데 목적을 두고 있다.

이를 위해 연구진은 국내외 관련 문헌들을 고찰하고, 일본과 대만의 건강노화 관련 전문가들을 연구진으로 포함하여 해당 국가의 건강 노화 관련 정책들을 리뷰하는 등 아시아 각국의 건강 노화 증진을 위한 정책 시도들을 고찰하였다.

언어, 데이터 등 제한된 자료에의 접근성에도 불구하고 아시아 각국의 노인 건강 수준과 건강 노화 정책을 파악하기 위해 다양한 방식으로 자료들을 수집하고 고찰한 한국보건사회연구원 연구진의 노고에 감사드리며, 건강 노화 분야의 전문성을 가지고 본 연구에 연구진으로 참여해 주신 외부 연구진에게도 감사드린다.

본 연구를 통해 건강 노화를 위한 국내외의 노력들에 대한 정보가 공유되고, 한국의 건강 노화 증진을 위한 정책 개발의 근거가 될 수 있기를 기대해 본다. 마지막으로 본 연구는 우리 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구진의 개별적인 연구 활동임을 밝힌다.

2017년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract ····· 1
요 약 ····· 3

제1장 서 론 ····· 5
제1절 연구의 배경 및 목적 ····· 7
제2절 연구 내용 ····· 10
제3절 연구 방법 ····· 11

제2장 건강 노화(Healthy Ageing)에 대한 이해 ····· 13
제1절 건강 노화의 개념 ····· 15
제2절 건강 노화에 대한 세계보건기구(WHO)의 논의 ····· 16
제3절 아시아 지역의 건강 노화 선행연구 ····· 24

제3장 일본의 고령자 건강정책 ····· 29
제1절 일본 노인의 건강 수준 ····· 31
제2절 일본의 고령자 건강정책 ····· 36
제3절 일본의 만성질환 예방 및 관리 ····· 50
제4절 소결 ····· 55

제4장 싱가포르의 고령자 건강정책 ····· 59
제1절 싱가포르 노인의 건강 수준 ····· 61
제2절 싱가포르의 고령자 건강정책 ····· 64
제3절 싱가포르의 만성질환 예방 및 관리 ····· 83
제4절 소결 ····· 91

제5장 중국의 고령자 건강정책 ····· 93

제1절 중국 노인의 건강 수준 ····· 95

제2절 중국의 고령자 건강정책 ····· 98

제3절 중국의 만성질환 예방 및 관리 ····· 104

제4절 소결 ····· 108

제6장 홍콩의 고령자 건강정책 ····· 109

제1절 홍콩 노인의 건강 수준 ····· 111

제2절 홍콩의 고령자 건강정책 ····· 113

제3절 홍콩의 만성질환 예방 및 관리 ····· 128

제4절 소결 ····· 133

제7장 대만의 고령자 건강정책 ····· 137

제1절 대만 노인의 건강 수준 ····· 139

제2절 대만의 고령자 건강정책 ····· 141

제3절 대만의 만성질환 예방 및 관리 ····· 150

제4절 소결 ····· 153

제8장 결론 및 함의 ····· 155

제1절 연구 결과 요약 ····· 157

제2절 건강 노화를 위한 정책적 및 실천적 함의 ····· 160

참고문헌 ····· 165

표 목차

〈표 2-1〉 건강 노화에 대한 제69차 세계보건총회 결의안(WHA69.3)의 주요 내용 ····· 17
〈표 2-2〉 건강 노화에 대한 생애주기적 접근을 위한 다각적 노력:
노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행 계획의 전략 목표 ····· 19
〈표 3-1〉 Trends in social security benefit expenditures by institutional scheme ·· 32
〈표 3-2〉 요지원 및 요개호수급자 추이 ····· 44
〈표 3-3〉 정기 순회·수시 대응 서비스(월 단위) ····· 50
〈표 3-4〉 개호보험 제2호 피보험자에 적용되는 특정 질병 ····· 51
〈표 4-1〉 싱가포르 노인의 연령별 주요 질환 ····· 64
〈표 4-2〉 싱가포르 보건의료 클러스터 ····· 66
〈표 4-3〉 Healthcare 2020 고령자 케어 원칙 ····· 69
〈표 4-4〉 성공적인 노화 실행 계획(The Action Plan for Successful Ageing) ····· 71
〈표 4-5〉 Community Functional Screening Programme 조사 항목 ····· 73
〈표 4-6〉 고령자 건강증진 프로그램 ····· 75
〈표 4-7〉 건강 문제가 있는 고령자 서비스 ····· 78
〈표 4-8〉 지역보건센터 주요 서비스 내용 ····· 86
〈표 4-9〉 메이세이브를 통해 지원받을 수 있는 만성질환 리스트 ····· 87
〈표 4-10〉 CHAS 보장 목록 ····· 89
〈표 5-1〉 중국의 노인의 기대수명과 일상생활 수행 어려움 정도 ····· 96
〈표 5-2〉 중국 노인의 만성질환 유병률 ····· 96
〈표 5-3〉 중국 노인의 건강행태 ····· 97
〈표 6-1〉 홍콩의 연령구간별 만성질환 분포 ····· 113
〈표 6-2〉 홍콩의 공공병원 클러스터 ····· 116
〈표 6-3〉 홍콩의 의료시설 ····· 118
〈표 6-4〉 홍콩의 의료전달체계 ····· 119
〈표 6-5〉 홍콩의 노인건강센터 목록 ····· 122

〈표 6-6〉 홍콩의 방문건강관리팀 목록 ····· 123
〈표 6-7〉 홍콩의 만성질환 예방 관리 전략 방향 및 주요 행동 ····· 130

그림 목차

[그림 1-1] 아시아 주요국의 기대수명 ····· 8
[그림 2-1] 서태평양 지역 고령화 건강 액션 프레임워크 요약 ····· 24
[그림 3-1] 일본의 인구 피라미드 변화 ····· 31
[그림 3-2] 일본의 성별, 연령별 주관적 건강 수준 ····· 33
[그림 3-3] 성별 외래 이용의 주요 질환 ····· 34
[그림 3-4] 성별 연간 입원·외래 이용 환자 수 ····· 35
[그림 3-5] 일본의 주요 사망 원인 ····· 36
[그림 3-6] 지역포괄케어 시스템의 형태 ····· 48
[그림 3-7] 정기 순회·수시 대응 서비스 개념도 ····· 49
[그림 4-1] 싱가포르인의 주요 사망 원인(2016년) ····· 61
[그림 4-2] 싱가포르 노인의 주관적 건강 수준(55세 이상, 2011년) ····· 62
[그림 4-3] 싱가포르 노인의 외래 이용 빈도 ····· 63
[그림 4-4] Healthcare 2020 목표 ····· 69
[그림 4-5] 건강증진위원회(The Health Promotion Board) 조직도 ····· 72
[그림 4-6] 건강증진위원회 프로그램개발부 구성 ····· 73
[그림 4-7] 지역병원 및 지역 기반 서비스 정부지원금(%) ····· 77
[그림 4-8] 자격별 국가 스크리닝 프로그램 비용 ····· 85
[그림 4-9] 검진별 대상자 및 검진 주기 ····· 85
[그림 4-10] 블루카드 소지자 복합 만성질환 비용(예시) ····· 90
[그림 5-1] 2006~2050년 중국 60세 이상 노인 비중 ····· 95
[그림 6-1] 홍콩의 인구 피라미드(2016년) ····· 111
[그림 6-2] 홍콩의 연령별 인구비율 전망(2016~2066년) ····· 112

[그림 6-3] 홍콩의 보건의료제도: 조직도 ····· 114
[그림 6-4] 홍콩의 보건의료 시스템 흐름도 ····· 120
[그림 6-5] 홍콩의 장기요양 시스템 개요 ····· 127
[그림 6-6] 홍콩 만성질환 예방 관리 프레임워크 범위 ····· 129
[그림 6-7] 홍콩 노인의 예방적 건강관리 프레임워크 ····· 133
[그림 7-1] 65세 이상 대만 노인의 5대 사망 원인 ····· 140

Abstract

The review of health care policies for promoting healthy ageing in Asian countries

Project Head · Jun, Jina

The purpose of this study is to review health care programs and policies for promoting healthy ageing in Asian countries. This study found that Asian countries have commonly experienced health problems such as the increased prevalence of chronic diseases and the decreased levels of physical and cognitive functions due to the rapid population ageing. Under these circumstances, countries put much efforts on planning and implementing programs and policies to improve health ageing. Even though it has been difficult to conclude that current programs and policies in Asian countries are sufficient to achieve healthy ageing, their experiences have been implicated in the improvement of healthy ageing in Korea. By reviewing health care programs and policies for promoting healthy ageing in Asian countries, this study could draw implications such as strengthening access to health care systems, providing continuing and integrated health care services for the elderly, and strengthening community capacity to support the value of ageing in place.

Co-Researchers: Park, Eunja · Etsuji, Okamoto · Peishan, Yang · Baek, Sang Sook · Song, Eunsol · Bae, Jungeun · Kim, Minji · Han, Sol-Hee

요 약

1. 연구의 배경 및 목적

본 연구는 아시아 주요국 노인의 건강 수준, 만성질환 유병 규모 등을 파악하고 각국에서 건강 노화를 위해 실시 중인 중장년 및 노인 대상 보건의료 프로그램과 정책을 비교 검토함으로써 국내 정책에 미치는 시사점을 모색하는 데 목적을 두었다.

2. 주요 연구 결과

건강한 노화는 단순히 노인 개개인의 신체적 건강 측면뿐 아니라 정신적, 사회적 영역을 포괄하는 개념으로 본 연구에서 살펴본 아시아 주요국들은 다양한 건강 노화 정책을 구현하고 있었다. 아시아 주요국은 공통적으로 출산율 감소 및 의료기술과 생활여건 개선 등에 따른 기대수명 증가로 급속한 인구 고령화를 경험하고 있었으며, 이에 따른 노인의 일상생활 수행 능력과 같은 기능 감소, 높은 만성질환 유병률, 치매 유병률 및 발생률 증가 등 다양한 건강 문제를 경험하고 있었다. 노인 인구가 증가하는 구조에서 각국은 건강 노화라는 글로벌 기조에 따라 건강 노화를 실현하기 위한 정책을 계획하고 구현해 나가는 등 정책적 관심을 쏟고 있다.

하지만 각국이 노인의 건강 문제에 적절하게, 충분히 대응하고 있다고 보기는 어려웠다. 건강 노화를 위한 공적 보건의료 체계가 완전히 구축되어 있지 않아 다수의 국가에서 가족 등 비공식 돌봄체계에 의존하고 있는 것을 알 수 있었으며, 지역사회 내 건강 노화 지원을 위한 서비스 인프라

역시 충분하지 않았다. 또한 현재의 노인 대상 서비스는 분적절으로 제공되고 있었다. 이러한 제한점에도 불구하고 아시아 각국은 노인 친화적 환경을 구축하여 노인을 대상으로 한 통합적 건강 노화 지원 서비스를 제공하기 위해 다양한 정책 시도를 진행 중이었다.

3. 결론 및 시사점

아시아 국가의 건강 노화 촉진을 위한 노력을 검토해 볼 때 한국의 건강 노화 증진을 위해서는 현재의 건강 노화 지원 정책, 제도, 프로그램의 충분성과 접근성, 환자 중심의 연속적 보건의료 서비스 제공, 지역사회 계속 거주의 가치를 지원할 수 있는 지역사회 역량에 대한 점검과 개선이 필요하다.

*주요 용어: 아시아, 건강 노화

제 1 장 서 론

제1절 연구의 배경 및 목적
제2절 연구 내용
제3절 연구 방법

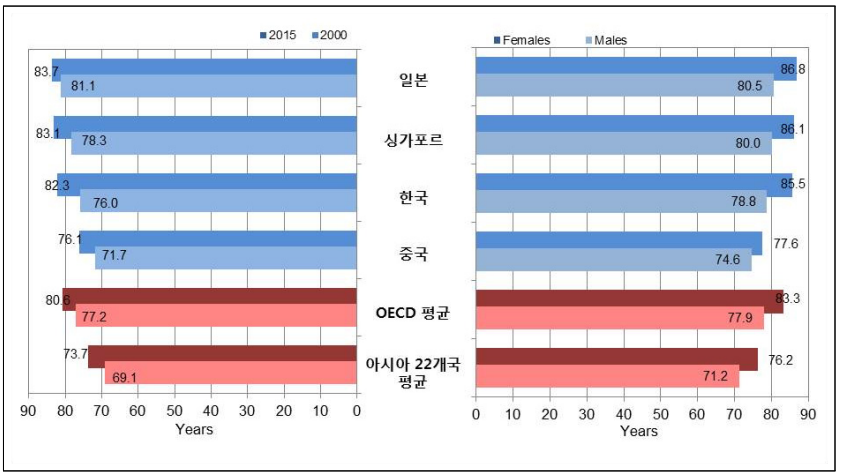
1 서 론

제1절 연구의 배경 및 목적

고령화는 급속히 진행되고 있는 주요 사회 현안이다. 고령화는 전체 인구에서 고령 인구가 차지하는 비율이 높아지고 청년 인구의 비율이 낮아지는 인구구조 변화를 의미한다. 2015년 유엔의 세계인구전망(United Nations, 2015)에 따르면 60세 이상의 노년층이 급격히 늘어나고 있어 2015년 60세 이상 인구 9억 100만 명이 2050년에는 약 2배 수준인 21억 명에 이를 것으로 추정하고 있다. 고령화는 아시아 지역 전반의 문제로서 아시아의 고령화는 남아메리카와 지중해 연안 지역 다음으로 향후 15년 동안 빠르게 진행된다고 한다(United Nations, 2015).

인구 고령화는 영유아 사망률을 포함한 전반적인 사망률 감소로 기대수명의 지속적인 증가와 연관성이 높다. 이러한 기대수명의 증가는 생활수준 향상과 영양, 식수, 위생의 개선 등 다양한 요소에 기인한 것으로 보인다.

〔그림 1-1〕 아시아 주요국의 기대수명



자료: OECD(2017), OECD Health Statistics 2016을 토대로 저자 작성.

인구 고령화 이슈는 경제성장, 노인 빈곤, 노인 요양과 돌봄, 치매와 만성질환 유병 등 노인 대상 보건복지 분야의 사회보장제도 이행에 따른 사회 부담 등 다양한 차원에서 부각되어 왔다. 이에 따라 국제사회는 고령화에 대응하기 위해 다양한 논의를 이어 왔으며, 1982년 제1차 세계고령화총회(World Assembly on Ageing)의 비엔나 국제고령화행동계획(Vienna International Plan of Action on Ageing) 수립 이후 복지, 소득 보장 등 노년층이 마주할 다양한 문제에 어떻게 대처할 수 있을지를 고민해 왔다(한국보건사회연구원, 2016).

건강 분야와 관련해서도 국제적인 논의가 진행되어 왔다. 보건 분야의 대표적인 국제 다자기구인 세계보건기구(WHO: World Health Organization)는 2002년 적극적 노화에 대한 정책 프레임워크(Active ageing: a policy framework)를 발표한 이후 인구 고령화 추세에 따라 부각되는 건강 문제에 어떻게 대응할 수 있을지를 고민해 왔다. 최근 2016년 5월 제69차 세계보건총회에서 WHO는 '2016~2020 노화와 건

강에 대한 글로벌 전략과 실행계획(The global strategy and action plan on ageing and health 2016~2020)'을 채택하였다. 이에 따라 건강 노화를 위한 국가적 노력이 현재 진행 중이다.

전 세계적으로 인구 고령화가 진행되고 있고, 대부분의 노인이 하나 이상의 만성질환을 앓고 있는 상황에서 건강 노화에 대한 글로벌 관심은 매우 높다고 볼 수 있다. 이러한 맥락에서 해외 각국의 정책적 노력과 변화를 살펴보고, 국내 건강 노화에 대한 시사점을 찾아보는 것은 국민 개개인의 삶의 질 증진뿐 아니라 간병비, 의료비, 예방 가능한 사망 등 의료적·사회적 부담을 줄이는 데 기여할 수 있을 것이다.

그동안 선진국을 중심으로 노인의 건강 수준 및 노인 대상 보건의료정책들이 검토되었으나 아시아 국가 노인의 건강 수준을 살펴보고 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행계획에서 중요하게 다루는 '지역사회 계속 거주(ageing in place)'를 기반으로 하는 방문건강관리 서비스 등 지역사회 중심의 건강 노화 정책이 아시아 각국에서 어떻게, 어떤 내용으로 진행되고 있는지를 전반적으로 검토한 연구는 제한적이다(김남순 등, 2017).

이에 따라 본 연구는 아시아 주요국 노인의 건강 수준, 만성질환 유병규모 등을 파악하고 각국에서 건강 노화를 위해 실시 중인 중장년 및 노인 대상 보건의료 프로그램과 정책을 비교 검토함으로써 국내 정책에 미치는 시사점을 모색하고자 한다.

제2절 연구 내용

본 연구는 다음의 내용을 포함한다. 우선 제2장에서는 건강 노화 개념을 국내외 문헌을 중심으로 고찰하였다. 2장에서는 주로 2016년 5월 세계보건총회에서 통과된 2016~2020년 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행계획과 서태평양 지역의 고령화 건강 액션 프레임워크에서 제시된 건강 노화를 위한 제안 사항을 고찰하였으며 아시아 지역에서 건강 노화가 어떻게 개념화되고 있는지 살펴보았다.

제3장부터 제7장까지는 일본, 싱가포르, 중국, 홍콩, 대만의 고령자 건강 수준과 건강정책을 국내외 문헌을 중심으로 고찰하였다. 각 장에서는 고령자 건강 수준과 건강 노화 관련 보건의료정책과 프로그램을 고찰하였다. 또한 고령화 추세와 더불어 건강 노화를 위한 만성질환 예방과 관리의 중요성이 대두됨에 따라 각국의 만성질환 예방 및 관리 정책과 프로그램 역시 고찰하였다.

본 연구에서 이들 국가를 살펴본 이유는 다음과 같다. 우선 한국과 더불어 고령화가 가장 급격히 진행되고 있으며 그에 따라 장기요양제도와 지역사회 기반의 건강 노화 정책이 이미 구축되어 진행 중인 일본의 건강 노화 정책을 우선적으로 고찰하였다. 또한 국가 단위에서 WHO의 건강 노화를 위한 글로벌 전략에 따라 작은 규모의 국가 단위에서 지역사회 기반의 건강 노화 정책을 구축하여 진행하고 있는 싱가포르를 고찰하였다. 그리고 아시아 국가에서 중국의 경우 고령화가 빠르게 진행되지만 국가 주도의 건강 노화 정책이 구축되어 있다고 보기는 어렵고 현재의 보건시스템으로 노인 인구의 보건의료 및 돌봄 서비스 수요를 감당하기에는 부족함이 있어 대부분의 지역에서 장기요양제도나 재가 또는 지역 기반 공공 돌봄 서비스는 부재한 실정이라는 기존 연구들의 보고에 따라(World

Health Organization[WHO], 2015a) 'One China' 기조에서 중국, 홍콩, 대만을 고찰하였다.

마지막 제8장에서는 아시아 주요국의 노인 건강 수준과 각국의 건강 노화 관련 보건의료정책을 비교 검토하여 국내 건강 노화 정책에 미치는 시사점을 모색하였다.

제3절 연구 방법

본 연구는 우선 WHO 등 국제 다자기구에서 논의되는 건강 노화 관련 문헌을 'The global strategy and action plan on ageing and health 2016~2020'를 중심으로 고찰하였으며 글로벌 전략에서 제시한 5가지 주요 전략 검토 등 국제기구에서 논의되는 건강 노화 관련 문헌을 고찰하였다.

또한 아시아 주요국 노인의 건강 수준을 파악하고 각국에서 건강 노화를 위해 실시 중인 보건의료정책과 프로그램을 비교 검토하기 위해 각국의 관련 정부 홈페이지 및 연구 보고서 등을 고찰하여 아시아 주요국 노인의 건강 수준과 건강 노화를 위한 보건의료정책을 개괄적으로 검토하였다.

본 연구에서 파악한 아시아 주요국 노인의 건강 수준은 주로 사망 원인을 중심으로 파악한 것이며, 노인을 대상으로 한 조사 자료가 있는 경우 그 조사 보고서를 바탕으로 노인의 건강 수준을 제시하였다.

제 2 장

건강 노화(Healthy Ageing)에 대한 이해

제1절 건강 노화의 개념
제2절 건강 노화에 대한 세계보건기구(WHO)의 논의
제3절 아시아 지역의 건강 노화 선행연구

2 건강 노화(Healthy Ageing)에 대한 이해

제1절 건강 노화의 개념

그동안 건강 노화 개념은 적극적 노화(active ageing) 혹은 성공적 노화(successful ageing)라는 용어로 혼용되어 왔다. 우선 적극적 노화와 건강 노화의 개념과 관련하여 그동안 WHO를 비롯한 국제사회에서는 2002년에 개발된 적극적 노화를 위한 정책 프레임워크에 기반하여 다양한 노인, 가족, 지역사회 프로그램을 시행해 왔다. 하지만 2016년 세계보건총회를 통해 '건강 노화에 대한 생애주기적 접근을 위한 다각적 노력: 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행계획'이 채택되면서 각국에서는 건강 노화라는 개념을 내세우며 노인의 건강증진을 위한 다양한 활동을 제안해 이행하고 있다.[2] 즉, 적극적 노화로 개념화되었던 정책 프레임워크가 최근에는 건강 노화라는 프레임워크로 대체되어 사용되고 있다고 볼 수 있다.

그럼 WHO는 건강 노화를 무엇으로 정의하고 있는가? WHO는 건강 노화를 '노인의 건강을 가능하게 하는 기능적 능력을 개발하고 유지하는 과정'으로 정의하고 있다(WHO, 2015a). 여기서 기능적 능력은 모든 사람이 가치 있고, 가치 있는 것을 할 수 있게 하는 능력으로, 기본적인 욕구를 충족하고, 결정을 내릴 수 있으며, 이동할 수 있고, 사회적 관계를 구축하고 유지할 수 있으며, 사회에 공헌할 수 있는 능력 등을 포함한다. 이러한 능력은 개개인이 처한 환경과 정신적, 신체적 능력에 따라 다양하

2) 자세한 내용은 제2절 참조.

다. WHO는 이러한 개인이 지닌 정신적, 신체적 기능을 유지하고 이를 지원할 수 있는 환경에서 생활할 수 있도록 하는 것이 건강 노화의 핵심이라고 설명한다.

성공적 노화의 개념은 Rowe와 Kahn(1998)에 따른 것으로 노인의 삶을 건강 유지, 생산적 활동, 자기계발, 자기관리를 하는 삶으로 바라보고자 하는 것이다. Rowe와 Kahn(1998)의 성공적 노화 개념에 대해 만성질환이 있음에도 불구하고 성공적 노화 과정 혹은 결과를 가질 수 있다는 후속 연구들의 지적(Strawbridge, Wall-hagen, & Cohen, 2002)이 계속 제기됨에 따라 현재 성공적 노화 개념은 연구자마다 다양하게 정의하고 있는 상황이다. 하지만 성공적 노화는 일반적으로 노인의 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 건강의 관점에서 폭넓게 정의된다(장휘숙, 2007).

이러한 성공적 노화의 개념을 바라볼 때 성공적 노화의 개념은 최근 통과된 WHO 글로벌 전략에 제시된 건강 노화의 개념과 크게 다르지 않다. 노인을 중심으로 노인의 다양한 건강 영역에서 어떻게 노인을 바라보고 지원할 것인가를 고민하고 있기 때문이다. 따라서 이 장의 제3절에서 고찰한 선행연구들은 건강 노화와 성공적 노화라는 용어를 혼용하고 있다.

제2절 건강 노화에 대한 세계보건기구(WHO)의 논의

1. 건강 노화에 대한 생애주기적 접근을 위한 다각적 노력 : 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행 계획

2014년 세계보건총회에서 사무총장에게 노화와 건강에 대한 포괄적인

글로벌 전략과 실행 계획을 세우도록 요청되었으며 2016년 1월 집행이사회와 제69회 세계보건총회 검토를 거쳐 '건강 노화에 대한 생애주기적 접근을 위한 다각적 노력: 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행 계획(Document A69/17)'과 결의안(WHA69.3)이 2016년 5월에 채택되었다. 건강 노화는 '노인의 웰빙을 가능하게 하는 기능적 능력을 개발하고 보존하는 과정'(WHO, 2015a)으로 정의된다.

세계보건총회는 이전에도 건강 노화와 관련된 결의안[3]을 채택하는 등 1990년대 후반부터 건강 노화에 지속적으로 관심을 기울여 왔다. 결의안의 주요 내용은 〈표 2-1〉과 같다.

〈표 2-1〉 건강 노화에 대한 제69차 세계보건총회 결의안(WHA69.3)의 주요 내용

1. 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행 계획을 채택한다.
2. 국제조직, 국가 간 조직, 비정부기구, 자조조직, 기타 관련 조직은

   (1) 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행 계획의 달성을 지원하고 기여하며 이를 위해 회원국, WHP 사무총장과 적절히 협력한다.
   (2) 적절하고 형평성 있는 서비스와 지원을 제고하여 노인과 노인의 케어 제공자의 웰빙을 개선하고 지원한다.
   (3) 다양한 맥락에서 건강 노화를 증진하기 위해 할 수 있는 연구와 혁신을 지원하고 근거를 수집한다(건강의 사회적 결정 요인과 이 요인이 노화에 미치는 영향에 대한 인식 증가 포함).
   (4) 지식과 혁신적인 경험의 교환을 지원한다(남-북, 남-남, 삼각 협력, 지역과 글로벌 네트워크).
   (5) 전 생애에 걸쳐 건강 노화를 옹호하는 데 능동적으로 참여하고 연령 -기반의 차별에 맞선다.

3. 회원국에 다음의 사항을 촉구함.

   (1) 다부문 접근법을 통해 노화와 건강에 대한 글로벌 전략 및 실행 계획을 시행한다(국가 우선순위와 특정 맥락에 맞춘 국가 계획 수립 또는 정부부처에서 주류화 포함).
   (2) 노화와 건강의 초점과 활동 영역을 정하고 리더십, 파트너십, 옹호, 협력을 통해 건강 노화 영역을 다룰 수 있는 관련 정부부처의 역량을 강화한다.

3) 활동적 노화에 대한 1999년 결의안(WHA52.7), 활동적이고 건강한 노화에 대한 2005년 결의안(WHA58.16), 활동적 노화 촉진을 위한 비감염성 질환 정책 강화에 대한 2012년 결의안(WHA65.3).

(3) 글로벌 수준과 지역 수준에서 회원국 간 교훈과 혁신적인 경험(모든 수준의 건강 노화 측정, 모니터링, 연구 등)의 교환을 지원하고 이에 기여한다.
(4) 다부문 접근법을 활용하여 노인 친화적 환경 개발, 노인의 자율성과 참여에 대한 인식 제공에 기여한다.

4. 사무총장에게 다음의 사항을 요구함.

(1) 회원국이 건강 노화에 대한 국가 계획을 세울 수 있도록 기술지원을 한다.
(2) 유엔의 다른 기구와 협력하여 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행 계획을 시행한다.
(3) 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행 계획의 실행에서 얻어진 경험과 교훈을 활용한다.
(4) 제73차 세계보건총회를 위한 건강 노화 글로벌 현황 보고서를 준비한다. 이 보고서에는 동의된 표준과 매트릭스, 전략별 새로운 근거가 포함되어 Decade of Healthy Ageing 2020~2030의 베이스라인 데이터로 사용될 수 있어야 한다.
(5) 건강 노화를 인지하고 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행 계획에 담긴 활동에서 국제 협력을 강화하기 위해 포럼을 개최한다.
(6) 다른 파트너와 협력하여 노인 차별에 맞서는 글로벌 캠페인을 개발한다.
(7) 노인 친화적 도시와 커뮤니티의 WHO 글로벌 네트워크를 지속적으로 개발한다.
(8) 건강 노화를 증진하기 위한 연구와 혁신을 지원한다.
(9) 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행 계획의 중간 보고서를 작성한다.

'건강 노화에 대한 생애주기적 접근을 위한 다각적 노력: 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행 계획(Document A69/17)'에서 제시하고 있는 비전과 전략 목표는 다음과 같다.

[비전]

모든 사람이 건강한 삶을 오랫동안 누릴 수 있는 세상

[전략 목표]

1. 모든 국가에서 건강 노화 활동에 전념
2. 노인 친화적(age-friendly) 환경 조성
3. 노인 인구집단의 욕구에 맞는 보건의료 시스템
4. 장기요양 서비스를 제공하는 지속 가능하고 형평성 있는 시스템 개발(집, 지역사회, 기관)
5. 건강 노화 측정, 모니터링, 연구 향상

[2016~2020년 실행 계획 목표]

1. 모든 사람이 도달하는 기능적 능력을 최대화하는 5년간 근거 기반 활동
2. 2020~2030년 건강 노화 선언을 지원하기 위해 필요한 근거와 파트너십을 2020년까지 수립

또한 〈표 2-2〉와 같이 전략 목표별 세부 전략 목표를 제시하고 있는데 노인 인구집단의 욕구에 맞는 보건의료 시스템을 구축하기 위한 세부 전략으로 고령사회에 적합한 보건의료 시스템, 케어에 대한 접근성 보장, 인력 양성을 제시하고 있다.

〈표 2-2〉 건강 노화에 대한 생애주기적 접근을 위한 다각적 노력: 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행 계획의 전략 목표

전략 목표	세부 전략 목표
1. 모든 국가에서 건강 노화 활동에 전념	1.1 건강 노화 활동에 대한 국가 프레임워크 수립 1.2 근거-기반 정책을 수립할 수 있는 국가역량 강화 1.3 노인 차별을 방지하고 노화와 건강에 대한 이해를 전환
2. 노인 친화적 환경 조성	2.1 노인의 자율성 조성 2.2 노인의 고용 촉진 2.3 다부문 활동 개선
3. 노인 인구집단의 욕구에 맞는 보건의료 시스템	3.1 내적 역량과 기능적 능력에 주목하는 보건의료 시스템 3.2 양질의 사람 중심, 통합적 임상 케어에 대한 접근성 보장 3.3 지속 가능하고 적절히 훈련·배치·관리된 보건의료인력 보장
4. 지속 가능하고 형평성 있는장기요양 시스템 개발	4.1 지속 가능하고 형평성 있는 장기요양 시스템 구축 및 지속적 개선 4.2 인력 역량 제고 및 케어 제공자 지원 4.3 양질의 사람 중심, 통합적인 장기요양 케어 보장
5. 건강 노화 측정, 모니터링, 연구 향상	5.1 건강 노화의 측정, 분석, 기술, 모니터 방법에 대한 동의 5.2 연구 역량 강화 및 혁신에 대한 인센티브 5.3 건강 노화에 대한 연구와 근거 종합

2. 서태평양 지역의 고령화 건강 액션 프레임워크[4)]

서태평양 지역 고령화 건강 액션 프레임워크의 목적은 노인들이 적절한 지원을 받는 상태에서 건강을 유지하고 활기찬 삶을 영위하는 고령 친화적인 환경 수립에 있다. 고령 친화적인 환경 수립은 일상생활의 모든 측면에 노인의 참여를 핵심 원칙으로 삼는다. 서태평양 지역의 고령화 건강 액션 프레임워크에 따르면 건강 노화를 위한 액션은 생애주기 전반에 걸친 모든 부문에서 실행되어야 하며 노인들에게 건강하고 활동적이며 사회적으로 참여 가능한 환경을 보장해야 한다는 것을 인정하며 노인들의 필요에 부합하는 통합 서비스 및 정보 제공을 지향하는 보건시스템 수립에 헌신해야 한다.

서태평양 지역의 고령화 건강 액션 플레임워크에서 강조하는 주요 원칙은 달성 가능한 최고 수준의 건강을 누릴 권리(건강할 권리), 차별 철폐와 평등, 성 평등, 노인 참여이다. 우선 달성 가능한 최고 수준의 건강을 누릴 권리는 1946년 WHO 헌법에 처음으로 명시되었으며 경제적, 사회적, 문화적 권리에 관한 국제규약 12조를 포함한 다수의 국제적, 권역별, 국가별 법률문서에 명시되었다. 노인 인권은 12조 및 경제·사회·문화적 권리 위원회 일반논평(General Comments) 6번, 14번에 포함되어 있으며 여성차별철폐위원회의 일반권고(General Recommendation) 27번에 포함되어 있다. 서태평양 지역의 고령화 건강 액션 프레임워크는 건강할 권리 실현을 위해 모두가 가능한 한 최선의 건강을 누릴 수 있도록 하는 환경이 요구되며 이러한 환경은 주거, 영양, 정보, 성평등, 학대 철폐와 같은 요소를 포함한다고 강조한다.

둘째, 서태평양 지역의 고령화 건강 액션 프레임워크는 차별 철폐와 평

4) 본 내용은 World Health Organization.(2014)의 내용을 요약하여 정리함.

등의 원칙을 강조한다. 이 원칙은 노인 건강에 대한 인권 기반 접근법을 바탕으로 하며 각국은 평등과 차별 철폐를 법률과 정책, 자원의 분배, 건강 결정 요인에 명확히 반영할 의무가 있다고 강조한다. 노인에 대한 선입견과 차별은 노인들이 건강할 권리를 누리는 데 주요 장애물로 작용한다. 프레임워크는 노인에 대한 부정적인 이미지를 노인들이 가정, 지역사회, 사회의 소중한 자산이라는 관점으로 전환하기 위한 리더십과 세부적인 실천이 강조된다. 특히 노년기의 건강 위험은 다양한 양상을 띠며 국가별, 지역별 건강 불평등은 지속적으로 증가하고 있다고 강조한다. 불평등 감소는 건강 성과를 개선할 수 있으며 소외된 그룹의 인권과 사회정의를 촉진할 수 있다고 보고한다. 차별 철폐와 평등의 원칙은 모두를 똑같이 취급하는 것을 의미하는 것이 아니라 특정 질병과 상해의 위험에 놓인 노인 그룹을 인지하고 정책개발과 서비스 계획에서 특별히 고려하는 것을 요구하는 것이기도 하다.

셋째, 서태평양 지역의 고령화 건강 액션 프레임워크는 노년기 건강에서의 성별 격차 역시 관심 있게 바라보고 있다. 성평등은 기본적인 인권일 뿐만 아니라 건강의 주요 결정 요인 중 하나로 노년기에 들어서면 여성과 남성은 심혈관 질병, 암, 정신질환, 감각 감퇴(sensory impairment)와 같이 동일한 건강 문제에 직면하게 되지만 발병률, 증세 등에서는 다른 양상을 보인다고 보고한다. 성별에 따라 분류된 보건 데이터의 수집과 분석을 통해 여성과 남성 각각의 보건 수요에 대해 좀 더 개선된 자료 표적화가 이루어져야 한다고 강조한다. 또한 노년기 건강 악화는 생애 초기의 환경이나 사건에 영향을 받기도 하므로 노년기 건강 문제를 줄이기 위해서는 노인들의 전 생애에 걸친 경험을 고려할 필요가 있다고 보고한다. 여성과 남성은 생애 전반에 걸쳐 서로 다른 역할 수행과 경험에 따라 흡연, 음주, 다이어트, 신체 활동 등 각기 다른 위험요소에 노출된

다. 또한 성별에 따라 건강추구행위(health-seeking behaviour)와 서비스에 대한 접근성도 달라질 수 있다. 따라서 고령화 및 보건정책의 설계, 시행, 평가에서 성별 문제를 고려해야 정책의 접근성과 효과성을 개선할 수 있다고 강조한다.

마지막으로 서태평양 지역의 고령화 건강 액션 프레임워크는 노인 참여 역시 주요 원칙으로 강조한다. 노인들이 자신의 건강 및 웰빙과 관련한 의사결정에 활발히 참여하는 것은 인권 기반 접근법의 중심이자 마드리드 고령화 국제행동계획과 노인을 위한 유엔원칙(United Nations Principles for Old Persons)의 핵심 요소라고 강조한다. 정책과 정책 프로그램은 노인들이 본인의 능력에 따라 지역사회에 기여하고 지역사회의 구성원으로서 활발한 역할을 할 수 있도록 해야 한다는 것이다. 노인들이 건강과 독립을 유지할 수 있도록 돕는 것은 곧 지역사회의 가치를 증진하고 노인 케어에 소요되는 비용을 절약하는 길이다. 노인들을 사회활동에 포함시키기 위해서는 오늘날의 현실에 맞지 않는 노화에 대한 부정적인 고정관념을 없앨 필요가 있다고 언급한다. 노인들을 도움이 필요한 하나의 집단으로 보기보다는 다양한 기술과 능력, 필요를 갖춘 집단으로 볼 필요가 있다.

노인을 포함한 모든 시민은 자신에게 직접적인 영향을 미치는 정책과 정책 프로그램의 설계, 시행, 모니터링에 참여할 권리가 있다. 이러한 참여는 활발하고 자유롭게 이루어져야 하며 의미가 있어야 한다고 프레임워크는 강조한다. 정책 계획 과정에 80세 이상, 빈곤층, 장애가 있는 노인과 같이 소수 집단의 참여가 보장되어야 하며 노인들의 의미 있는 참여와 지역사회 리더십을 위해서는 적절한 재정적, 기술적 지원이 필요하다고 강조한다.

이러한 원칙에 따라 서태평양 지역 고령화 건강 액션 프레임워크는 다

음을 목표로 한다. 첫째, 서태평양 지역의 노화 및 건강에 대한 관심 제고를 목표로 한다. 프레임워크는 지역·국가 수준의 효과적인 법, 정책, 행동이 필요하며 이들은 증거에 기반하고 인구 고령화가 보건 시스템 설계와 개편에 두는 함의를 반영해야 한다고 언급하면서 각국의 개발 수준, 인구 구조, 질병 발병 양상을 반영한 노력을 촉구하고 있다.

둘째, 프레임워크는 지역의 고령화와 건강의 우선순위 설정과 새로운 도전과제에 대한 대응을 목표로 삼고 있다. 인구 고령화의 가속화로 특히 중저소득 국가의 경우 고령화 대응 시간이 부족한 실정인 점을 언급하며 고령 친화적 환경 조성, 생애 전반에 걸쳐 건강 노화를 촉진할 방안 탐색, 노인의 필요에 대응하는 보건시스템의 새로운 방향 제시, 증거 기반 강화 등을 우선순위로 설정해야 한다고 강조한다.

셋째, 지역의 고령화와 건강에 대한 리더십 강화 역시 목표로 제시하고 있다. 서태평양 지역 고령화 건강 액션 프레임워크의 목표는 회원국의 능력을 배양하는 것으로, 특히 보건 담당 정부부처가 지역의 고령화와 건강을 지원하기 위한 리더십을 제공할 수 있도록 하는 것이다. WHO는 회원국 및 기타 이해관계자와 함께 더욱 강한 건강한 고령화 행동 수행을 지지해 왔으며, 향후 건강한 고령화를 위한 행동을 성공적으로 수행하기 위해 다양한 분야 간 협력을 요구하고 있다.

서태평양 지역 고령화 건강 액션 프레임워크는 핵심 요소로 ① 모든 분야에 걸쳐 친고령화 환경 조성 ② 생애 전반에 걸쳐 건강한 노화 촉진 및 노년기의 질병 및 기능적 퇴화 방지 ③ 노인들의 필요를 충분히 반영할 수 있도록 보건 시스템 재정비 ④ 고령화와 건강에 대한 증거 기반 강화를 제시하고 있다.

다음은 서태평양 지역 고령화 건강 액션 프레임워크에서 강조하는 내용을 요약한 도식이다.

〔그림 2-1〕 서태평양 지역 고령화 건강 액션 프레임워크 요약

자료: World Health Organization. (2014). Regional framework for action on ageing and health in the Western Pacic(2014-2019)의 p.14 figure 6을 연구진에서 번역함.

제3절 아시아 지역의 건강 노화 선행연구

건강 노화(healthy ageing), 성공적인 노화(successful ageing)는 서구 사회에서는 상당히 많은 연구가 이루어졌지만 아시아 지역의 노인들이 건강 노화를 어떻게 인식하는가, 성공적인 노화의 요소는 무엇인가에 대한 연구는 상대적으로 적은 편이다.

노화는 생물학적 과정이면서 사회적 과정이므로 아시아 국가와 서구 사회의 성공적인 노화에는 공통점과 차이점이 동시에 존재한다. 아시아 국가는 사회경제적 수준뿐만 아니라 고령화 정도, 문화, 관습 등이 다르므로 노화를 바라보는 시각 또한 서구 사회와 차이점이 있을 수밖에 없다. Lamb과 Myers(1999)는 인도네시아, 스리랑카, 태국의 성공적인 노화를 조사하였는데 성별, 연령별, 질병 없음, 노화에 대한 긍정적인 태도,

재정 관리 능력이 성공적인 노화와 관련이 있다는 점에서 선진국의 연구 결과와 유사한 점이 있었고 인도네시아의 경우 비숙련 노동자가 성공적인 노화 가능성이 높다는 점에서 서구 사회의 연구 결과와 차이를 보였다. Nguyen 등(2014)은 미국에 거주하는 중국인 노인과 몽족의 성공적인 노화에 대한 인식을 비교하고자 몽족 노인 21명과 중국인 노인 23명을 인터뷰하였는데 중국인 노인은 신체건강, 이동성, 정신건강, 긍정적인 태도 등을 중요시하였고 몽족 노인은 그 외에 조화된 관계, 가시적인 가족 지원을 강조하였다. 백지은, 최혜경(2007)은 한국 사회에서는 서구 사회와 달리 경제적인 준비와 경제적인 안정, 안락한 생활, 존경과 대접을 받는 삶, 자녀의 성공이 성공적인 노화 요인이라고 밝혔다.

아시아 노인의 건강 노화, 성공적인 노화에 대한 질적 연구는 미국 등에 거주하는 아시아인을 대상으로 하는 것이 대부분이었다. Iwamasa와 Iwasaki(2011)는 ethnographic grounded-theory approach를 사용하여 일본계 미국인의 성공적인 노화 개념을 연구하였다. 미국 LA에 거주하는 일본인 노인 77명을 대상으로 포커스 그룹 인터뷰를 하였다. 노인들은 신체건강, 정신건강, 인지기능, 사회화, 영성, 재정적 안전 영역에서 적절하게 기능하는 것을 성공적인 노화로 인식하였고 영역별 세부 요소에는 일본계 미국인이어서 나타나는 부분에서 다른 국가의 노인과 공통적인 면이 있었다.

Ng 등(2009)은 지역사회에 거주하는 65세 이상 중국 노인(Singapore Longitudinal Study cohort) 1281명을 대상으로 성공적인 노화를 인지적·정서적 수준, 신체건강, 사회적 기능과 참여, 삶에 대한 만족을 사용하여 성공적인 노화를 정의하였으며 사회인구학적 변수, 심리사회학적 변수, 행동학적 변수가 성공적인 노화에 미치는 영향을 분석하였다. 노인의 28.6%가 성공적인 노화에 해당하였고 연령이 낮을수록,

교육 수준이 높을수록, 좋은 집에 거주할 경우, 종교적 또는 영성적 믿음이 있는 경우, 신체활동과 운동을 하는 경우, 영양학적 위험이 없거나 낮을 경우 성공적인 노화의 가능성이 뚜렷하게 높았다. 중국 상하이에 거주하는 노인을 대상으로 한 성공적인 노화에 대한 조사에서 65세 이상 노인의 46.2%가 성공적인 노화로 평가되었으며 여성 노인이 남성 노인보다, 나이가 많아질수록 성공적인 노화의 가능성이 낮았고 생활만족도지수(LSIA: Life Satisfaction Index A)가 높을수록, 여가시간 활동이 많을수록, 최근 결혼한 경우 성공적인 노화의 가능성이 높았다(Li et al., 2006).

중국 노인의 건강 수준은 노인 종단연구 데이터를 사용하여 최근에 활발히 연구되었다. Smith 등(2014)은 중국 건강과 은퇴 종단연구(CHARLS: China Health and Retirement Longitudinal Study) 데이터를 분석하였는데 중국 노인의 신체건강 수준은 대체로 낮았고 75세 이상 남성 노인의 52%, 여성 노인의 64%가 한 개 이상의 ADL 또는 IADL 장해가 있었다. 저자는 건강보험과 보건의료 서비스를 강화해야 할 뿐만 아니라 노인 부모가 성인 자녀와 함께 살 수 있도록 지원해야 한다고 제언하였다.

Tohit 등(2012)은 건강 노화의 개념과 건강 노화가 노화에 미치는 영향에 대한 인식을 파악하고자 말레이시아의 건강한 말레이 노인 38명을 대상으로 8그룹으로 나누어 포커스 그룹 인터뷰를 하였다. 영성(spirituality), 신체건강과 기능, 마음의 평화, 재정적 독립, 가족, 생활환경 등 6개 주제(theme)가 도출되었다. 말레이 노인들의 건강 노화에서 영성은 삶의 핵심 자원으로 매우 중요한 역할을 하였다. 연구에 참여한 다수의 노인이 나이가 듦에 따라 죽음을 준비하게 되면서 영성이 삶의 중심이 되었다. 건강한 신체는 영성활동에 전념할 수 있게 해 주는 중요한 자원으로 인식되었으며 기능적 능력 감소는 영성을 최적화할 수 있는 기

회로 생각되었다. 영성 이외에 재정적 독립, 노인들이 좋아하는 장소에서 거주하는 것, 어울려 살 수 있는 가족이 있는 것이 평화로운 삶의 구성요소였다. 태국에서 Grounded theory를 사용해 실시한 질적 연구에서 연구 참여자들은 건강 노화를 신체적, 정신적, 사회적, 경제적 상태 간 균형 잡힌 상호작용이 축적된 과정으로 이해하였다(Thiamwong et al., 2013)

한국에서는 건강 노화에 대한 연구보다는 성공적인 노화에 대한 연구가 많았다. 백지은, 최혜경(2005)은 서울과 경기도에 거주하는 65세 이상 노인 377명을 대상으로 설문조사를 하여 성공적인 노화의 요소를 분석하였는데 일상의 순조로움, 자기 관리, 사회적 지원 확보, 과시성(자녀의 사회적 출세와 노년기에 자녀를 도울 수 있음)이 성공적인 노화의 요소로 나타났다.

최해경(2013)은 대전에 거주하는 60세 이상 노인 205명을 대상으로 성공적 노화 수준을 파악하였으며 앞서 백지은, 최혜경(2005)의 연구에서 나타난 성공적인 노화의 요소에 영향을 미치는 변인을 분석하였다. 일상의 순조로움과 관련해서는 경제력과 신체건강, 정서적 지지가 중요한 변인으로 나타났고 자기 관리와 관련해서는 사회적 지지와 사회활동 참여가 유의한 변인으로 나타났다. 사회적 지원 확보는 사회적 지지가 중요한 변인으로, 과시성과 관련해서는 정서적 지지와 신체건강이 유의한 변인으로 나타났다.

Suh 등(2012)은 한국 대도시 6개 노인복지센터에 다니는 65세 이상 노인 405명에게 노화에 대한 지식과 태도, 삶의 만족도 등을 조사하였다. 경제 수준, 자기 평가 건강 수준에 따라 노화에 대한 지식과 태도에 차이를 보였다. 높은 연령, 낮은 경제적 상태가 노인 삶의 만족도를 낮추었으며 여성인 경우 월 30만 원 이상의 소득이 있는 경우, 배우자와 동거하는 경우, 노화에 대한 지식이 더 많고 우호적인 태도인 경우 삶의 만족도가 높았다.

제 3 장

일본의 고령자 건강정책

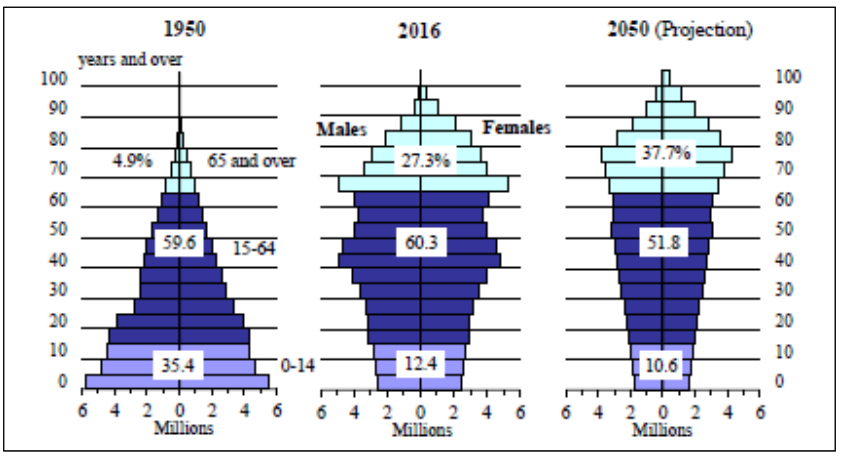
제1절 일본 노인의 건강 수준
제2절 일본의 고령자 건강정책
제3절 일본의 만성질환 예방 및 관리
제4절 소결

3 일본의 고령자 건강정책

제1절 일본 노인의 건강 수준

일본은 한국과 더불어 급속한 고령화를 겪고 있는 국가이다. 2017년 일본 통계 핸드북(2017 Statistical Handbook of Japan)에 따르면 2016년 총인구는 1억 2693만 명이며 65세 이상 인구는 전체 인구의 27.3%이다. 일본 통계청은 2020년 65세 이상 노인 인구 비율은 28.9%, 2030년은 31.2%, 2040년 35.4%, 2050년에는 37.7%에 이를 것으로 추정하고 있다(Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications, 2017).

〔그림 3-1〕 일본의 인구 피라미드 변화



자료: Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications(2017), Statistical Handbook of Japan 2017, p. 13의 Figure 2.4 발췌.

높은 고령화 수준에 따라 현재 일본은 사회보장지출의 약 70%를 노인을 위해 사용하고 있다. 일본 통계청에 따르면(Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications, 2017) 2014년 일본의 사회보장지출(social security benefit expenditures) 총 112조 1000억 엔 중 13조 4290억 엔이 고령자 건강 및 의료 서비스(Health and medical services for the aged)로, 9조 980억 엔이 장기요양보험, 53조 4130억 엔이 연금으로 지출되고 있다.

〈표 3-1〉 Trends in social security benefit expenditures by institutional scheme

(단위: 10억 엔)

Item	FY2000	FY2005	FY2010	FY2013	FY2014
Total	78,399	88,852	105,361	110,705	112,102
Medical insurance	14,797	16,417	19,059	20,004	20,344
Health and medical services for the aged	10,447	10,754	11,718	13,135	13,429
Long-term care insurance	3,262	5,815	7,434	8,702	9,098
Pension benefits	39,173	45,214	51,755	53,610	53,413
Employment insurance [1]	2,665	1,522	2,460	1,886	1,805
Workers' accident compensation insurance	1,054	990	952	938	936
Family allowance [2]	712	1,158	3,042	2,898	2,961
Public assistance	1,939	2,594	3,330	3,629	3,681
Social welfare	2,186	2,635	3,404	4,057	4,636
Public health	555	548	1,388	1,242	1,281
Gratuities for retired public employees	1,420	1,059	702	498	438
Aid for war victims	188	146	116	106	81

자료: Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications(2017), Statistical Handbook of Japan 2017, p. 164의 table 15.1 발췌.

일본 노인의 건강 수준을 살펴보면 다음과 같다. 2013년도 삶의 질 조사(Comprehensive Survey of Living Conditions)에 따르면 전체 남성의 40.3%, 여성의 36.9%가 주관적 건강 수준이 '좋다'라고 평가했으며 남성 중 12.2%, 여성 중 14.4%가 건강 수준이 좋지 않다고 응답하였다. 이와 비교하여 65세 이상 일본 노인 중 남성의 17%, 여성의 23.7%가

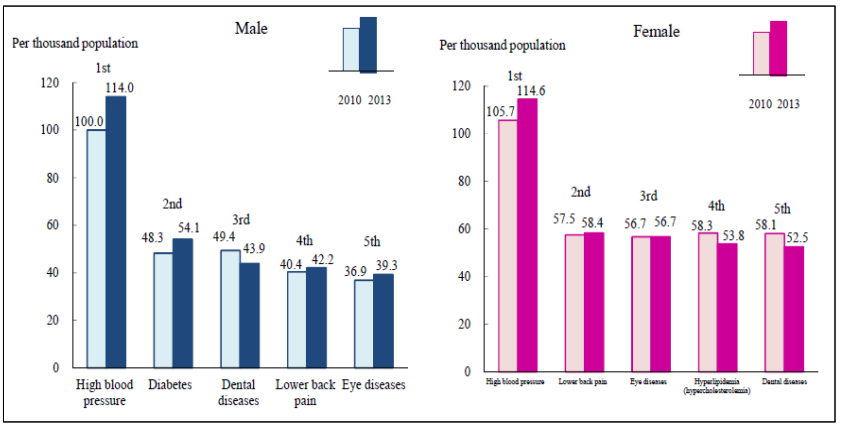
건강 수준이 좋다고 평가했으며 남성 중 22.9%, 여성 중 25.1%가 건강 수준이 좋지 않다고 응답했다. 후기 고령자(75세 이상)의 경우는 건강 수준이 좋지 않다고 인식하는 비율이 증가하였다(MoH, 2014).

[그림 3-2] 일본의 성별, 연령별 주관적 건강 수준

자료: Ministry of Health, Lavour and Welfare. (2014). Summary report of Comprehensive Survey of Living Conditions 2013. Figure 26 Percentage distribution of subjective health assessments by gender and by age group. p. 23.

주요 외래 이용 질환은 남성의 경우 고혈압, 당뇨, 치과 질환, 등 통증, 안과 질환 순이었고 여성의 경우 고혈압, 등 통증, 안과 질환, 고지혈증, 치과 질환 순으로 나타났다.

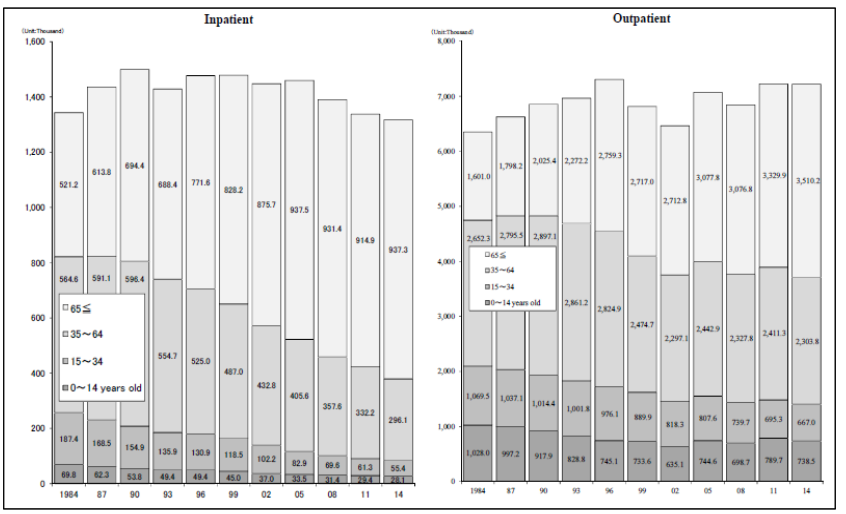
〔그림 3-3〕 성별 외래 이용의 주요 질환



자료: Ministry of Health, Lavour and Welfare. (2014). Summary report of Comprehensive Survey of Living Conditions 2013. Figure 25 Top 5 disease, by gender, in terms of outpatient ration. p. 22.

일본의 2014년 환자 조사에 따르면 131만 8800명이 입원을, 723만 8400명이 외래를 이용하였으며 연령그룹별로 이용자 수를 살펴보면 65세 이상의 입원이 93만 7300명이고 75세 이상의 입원이 66만 9400명으로 나타났다. 외래 이용자 중에서는 65세 이상이 351만 200명, 75세 이상이 189만 5100명이었다(MoH, 2014).

[그림 3-4] 성별 연간 입원외래 이용 환자 수

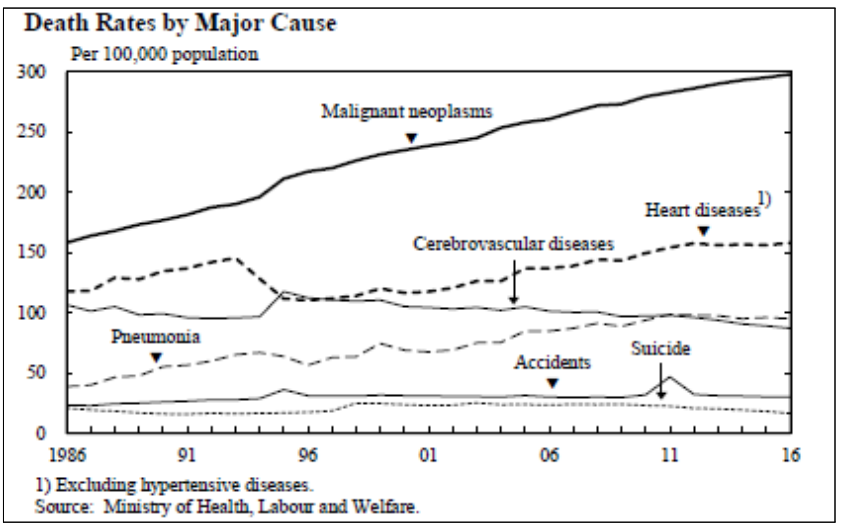


자료: Ministry of Health, Lavour and Welfare. (2015). 2014 Summary of Patient Survey. Estimated Number of Patients. p. 95. www.mhlw.go.jp/english/database/db-hss/sps_2014.html에서 2017. 10. 30. 인출.

일본의 2015년 출생 시 기대수명은 남성의 경우 80.8세, 여성은 87.1세로 나타났으며 2016년 기준 인구 10만 명당 사망자 수는 1046명으로 나타났다. 건강일본 21(총론)[5]은 일본인의 수명 증가를 감염 등의 급성 질환이 감소하고 암이나 심장 질환 등 생활습관병이 증가한 것에서 찾고 있다. 실제 주요 사망 원인은 악성신생물(인구 10만 명당 298.2명 사망), 심장 질환(고혈압 제외, 10만 명당 158.2명 사망), 폐렴(10만 명당 95.3명 사망) 순으로 나타났다.

5) Ministry of health, Lavour and Welfare. 일본 후생노동성 홈페이지(www.mhlw.go/jp/topics/kenko21_11/s0.html)에서 2017. 10. 30. 인출.

〔그림 3-5〕 일본의 주요 사망 원인



자료: Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications(2017), Statistical Handbook of Japan 2017, p. 167의 Figure 15.3 발췌.

제2절 일본의 고령자 건강정책

본 절은 일본의 개호보험을 중심으로 고령자 건강정책을 살펴보았으며, 최근 지역포괄케어를 중심으로 보호가 필요한 고령자가 지역사회에서 계속 살 수 있도록 통합적인 서비스를 제공하는 체계를 구축하고 있어 이 내용 역시 함께 살펴보았다.

1. 일본의 개호보험

일본의 개호보험을 둘러싼 논의는 1990년대부터 시작되었다. 1990년에 도입된 영국의 지역케어법(케어 매니지먼트를 도입)과 1995년에 도입

된 독일의 수발보험제도는 일본에 큰 영향을 주었다. 개호보험의 재원을 마련하는 문제와 관련하여 영국이나 덴마크와 같이 공비를 주체로 해야 할지, 독일과 같이 보험료를 재원으로 한 사회보험제도로 할 것인지를 놓고 국민적 논쟁이 일어났다.

재원조달 방안과 관련하여 1993년 8월 처음으로 야당 연합의 호소카와 모리히로 정권이 발족한 이후 이듬해 1994년 2월 호소카와 모리히로 총리는 소비세를 복지 목적세화하는 국민복지세구상을 발표했지만 사전 설득 없는 정책 추진으로 여론의 반발을 불러왔으며, 이를 계기로 공비 재원 방안은 소멸하고 당시 후생성은 보험료를 재원으로 하는 개호보험을 추진하게 되었다. 이후 1997년경까지 피보험자, 케어 매니지먼트, 요양 인정등급 판정, 급여 범위 등 제도의 골격이 완성되었다.

우선 피보험자의 범위와 관련하여 피보험자는 의료보험이 가구 단위인 반면 개호보험은 개인 단위이며, 대상 연령은 당초 20세 이상으로 상정되었지만 간병 필요도가 낮은 젊은 사람의 동의를 얻기 힘들다는 판단에 따라 40세 이상으로 변경되었다.

둘째, 케어 매니지먼트는 영국의 지역케어법(Community Care Act)이 모델이었지만, 공비를 재원으로 하는 영국과 달리 일본은 보험 방식에서 서비스 제공의 대부분이 민간 영역에서 이루어진다는 차이점을 가지게 되었다. 또한 케어 매니지먼트에 종사하는 전문직으로 케어 매니저(개호지원 전문원)가 제도화되어 케어 플랜 작성 및 급여 관리 업무[6]에 종사하게 되었다.

셋째, 요개호 인정과 관련하여 요개호 인정의 방법을 둘러싸고 연구자들 사이에서 미국의 MDS(minimal dataset) 등을 수입해야 한다는 국제파와 일본이 독자적으로 개발해야 한다는 국산파 간 논쟁이 있었지만 결

6) 월 단위로 설정되는 지급 한도액 예산 내로 지급액을 억제하는 관리.

국 후자가 채택되었다. 그리하여 일본은 독자적인 요개호 인정 도구를 가지게 되었지만 낮은 국제 비교 가능성, 재가 케어의 월 단위 급여 관리 적합성 여부,[7] 방법론 타당성 검증[8]과 같은 과제가 오늘날까지 남아 있다. 또한 개호보험 시작으로부터 17년이나 지나 실제 요개호 인정 결과와 실제 지급액 등의 데이터가 축적되어 있음에도 불구하고 실제 데이터에 의한 검증이 이루어지고 있지 않다.

넷째, 급여 범위와 관련하여 가족 간병인에게 현금 급여를 인정해야 할 것인가가 논의되었다. 독일의 수발보험은 현금 급여를 인정하고 있는데, 이를 일본 의사회도 강력히 주장하였으나 부정 청구 등 도덕적 위험에 대한 우려가 있어 실천되지는 않고 있다. 개호보험의 급여는 시설 서비스와 재가 서비스로 대별되고 재가 서비스는 의료 서비스와 개호 서비스로 대별된다. 그중 재가 서비스를 중심으로 의료 서비스와 개호 서비스를 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다.

가. 개호보험의 재가 서비스

1) 의료 서비스

의료 서비스는 거택 요양 관리지도[의사(치과의사, 약사 포함)의 의학적 관리],[9] 간호사의 방문 간호, PT나 OT에 따른 방문 재활 서비스를 포함한다. 방문 간호·재활은 개호보험 전부터 의료보험에서 급여 대상이 되

7) 시설 입소자를 대상으로 한 48시간의 관찰에 근거해 개발되어 재가 케어의 월 단위 급여 관리에 적합한지는 검증된 바 없음.

8) 데이터 마이닝이라는 방법이 사용되었으나 방법론의 타당성이 검증되지 않았음. 목적 변수를 추계하는 표준적인 통계 기법으로 다중 회귀분석이 사용되지만 계수가 마이너스가 되는 항목이 속출하여 당시 국내에서 판매되기 시작한 SPSS의 AnswerTree(CHAID: chi-square automatic interaction detection)가 사용되었음.

9) 의사는 거택 요양 관리지도비를 개호보험에 청구하는 외에 재택 진료를 했을 경우 재택 환자 방문 진료비(1일 8330엔)를 의료보험에 청구할 수 있음(교통비는 환자 부담).

고 있었지만 개호보험 창설 후에는 개호보험으로 전환되었다. 이와 같이 개호보험이라고 해도 간호뿐만 아니라 의료도 급여 대상으로 하는 점이 일본 개호보험의 특징이다.[10]

그 역사를 간략하게 설명하면 먼저 의사의 왕진 비용은 오래전부터 의료보험 대상이었다. 왕진은 환자의 요청을 받아 의사가 환자의 가정을 방문하여 진료하는 것을 말한다. 어디까지나 환자의 요청을 받은 임시 응급 조치로서 정기적인 방문 진료는 인정되지 않는다. 반면에 의사가 와병 중이어서 통원이 어려운 만성 환자를 대상으로 '매주 ○요일 ▲시에 방문한다' 식의 정기적 방문으로 진료하는 것을 재택진료라고 하며 1988년부터 보험급여화(재택 환자 방문 진료비)하였다.

의사의 왕진 비용은 오래전부터 인정받아 왔지만 의사가 동행하지 않고 간호사가 단독으로 하는 방문 간호에는 진료 보수가 지급되지 않았다. 일부 선구적인 지자체에서는 공비로 독자적인 방문 간호 사업을 실시하는 곳도 있었다. 1983년 노인보건제도[11]가 시행되면서 퇴원 후의 와상 노인 환자를 대상으로 하는 방문 간호의 진료 보수(와상 노인 방문지도 관리비)가 지급되기 시작하였다. 1988년부터는 의사의 방문 진료비와 동시에 보험급여화(재택 환자 방문 간호비)되어 퇴원 환자뿐만 아니라 모든 연령의 재택 환자에 대한 방문 간호가 진료 보수로 인정받게 되었다. 또한 진료 보수를 청구할 수 있는 시설은 의료기관에 한정되어 있었기 때문에 병원, 진료소 등의 의료기관에 소속된 간호사가 의사의 지시에 따라 파견된 경우에는 그 보상을 의료기관이 청구할 수 있게 되었다.

1992년 노인보건법 개정에 따라 방문 간호 사업자가 제도화되었다. 지금까지 간호사가 의료기관에 고용되지 않으면 방문 간호를 할 수 없었지

10) 40세 미만의 재택 만성질환자에 대해서는 종전대로 의료보험에서 방문 간호·재활급여가 제공됨.
11) 의료보험제도 간 노인 가입률 격차를 조정하기 위한 일종의 재정 조정 제도임.

만 간호사만의 '개업'이 인정된 획기적인 제도였다. 처음에는 노인보건법에 따른 70세 이상 고령자 재택 환자만 대상이었으나 1994년에는 건강보험법이 도입되어 나이를 불문하고 모든 재택 환자(난치병, 장애인 등)가 방문 간호 대상이 되었다.

2000년 개호보험법 시행으로 개호보험 수급자의 방문 간호 비용은 개호보험에서 지급되었다. 현재 방문 간호 제도는 개호보험이 적용되는 요개호 고령자에 대해서는 개호보험에서, 그 외의 젊은 재택 난치병 환자와 장애인 등에 대해서는 의료보험에서 지급되는 이중 구조로 되어 있다.

2) 개호 서비스

개호 서비스는 개호복지사 또는 개호원의 신체 간호와 가사 원조를 해주는 방문개호, 특별양호노인홈 등에 다니면서 제공받는 주간보호 서비스인 통소개호, 개호보험 시설에 단기간(1주일 정도)의 입소를 의미하는 단기 입소 서비스를 포함한다. 개호 서비스는 의료 서비스와는 다른 것이다. 따라서 간호사 등의 의료 관련 자격이나 의사의 지시는 요구되지 않지만 개호보험의 급여 조건으로 서비스 제공이 개호복지사(certified care worker) 또는 연수를 수강한 방문개호원(home helper)이 행해야 하는 것이 요구된다. 개호복지사는 복지 국가자격을 소지해야 하며 개호 서비스는 개호복지사가 제공하는 것이 방침이지만 개호복지사만으로는 부족하기 때문에 연수 수강으로 인정된 방문개호원의 수요도 커서 현재의 개호 현장은 국가자격증 소지자인 개호복지사와 국가자격이 없는 방문개호원이 혼재되어 있다.[12)]

현재 일본은 업무 부담이나 열악한 처우, 젊은층 인구 감소에 따라 만

12) 실제 업무에 양자의 차이는 없지만 법적으로는, 예를 들어 비밀 엄수를 위반한 경우 개호복지사는 사회복지사·개호복지사법 위반으로 최고 징역 1년 6개월의 처벌이 있지만 국가자격을 소지하지 않은 방문개호원의 경우는 그런 벌칙이 적용되지 않는다는 문제도 있음.

성적인 개호 인력 부족에 시달리고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 경제연계협정(EPA: Economic Partnership Agreement)에 따른 인도네시아, 필리핀, 베트남 등으로부터의 외국인 수용이 2008년부터 시작되었다.

① 개호복지사의 의료 행위

개호복지사는 의료 자격이 아니기 때문에 의료 행위는 할 수 없다. 그러나 가정 간호를 촉진하기 위해 2011년 법이 개정됨에 따라 개호복지사도 인정된 의료 행위를 할 수 있게 되었다. 인정된 의료 행위는 객담 흡인(구강 및 비강, 기관 캐뉼라 내부), 경관 영양, 위·장루의 경관 영양이다. 이러한 의료 행위를 할 수 있게 된 것은 2015년 국가시험 합격자부터이지만 그 이전의 합격자도 일정한 교육을 수료하고 도지사의 인정을 받으면 인정 특정 행위 업무 종사자로서 의료 행위를 할 수 있다.

② 개호 서비스 코드 및 가격

의료보험뿐만 아니라 개호보험 서비스의 가격도 국가에서 통제하고 있으며 그 목록은 서비스 코드 테이블로 공표되고 있다. 방문시간, 방문시간대(조조, 심야등), 방문인원에 따라 개호서비스 가격에 차이가 존재한다. 또한 가격에 지역 차이가 있는 것이 개호보험의 특징이며 의료보험 단가는 전국 공통으로 10엔에 고정되어 있다.

③ 지급 한도액과 급여 관리

주택 서비스는 개호가 필요한 정도(요개호도)에 따라 월 단위로 지급 한도액이 설정되어 있으며 한도액을 초과하여 수급하면 한도 초과액은 보험으로 급여되지 않고 전액 자기 부담이 된다.[13)]

서비스 사업자는 월 단위의 보상을 각 도·도·부·현 국민건강보험단체연합회에 온라인으로 청구한다. 한 수급자가 여러 사업자에 관련된 경우가 많아 국보련은 수급자별로 청구 금액을 합계하여 만약 지급 한도액을 초과하게 되면 추과분은 지급이 거절된다. 그러므로 매월 지급 한도액 범위 내에서 수급자가 효과적으로 서비스를 받을 수 있도록 계획화[14]해서 업자에게 배분하는 것이 중요하다. 이 업무가 케어 매니지먼트(거택개호지원)로, 수급액이 지급 한도액 내에 머물러 있는지를 체크하는 업무를 특히 급여 관리 업무라 부른다. 급여 관리를 적절히 하면서 최적의 케어 플랜을 작성하는 것이 케어 매니저인 개호지원전문원의 임무이다.

④ 요개호 인정

지급 한도액을 정확하게 결정하기 위해서는 그 사람에게 개호가 필요한지, 필요하다면 얼마나 필요한지(필요 개호도)를 제대로 평가해야 한다. 요개호 인정(care need assessment)이라는 이 평가 절차야말로 개호보험의 건전한 재정 운영을 위해 중요하다.

의학에는 인체의 다양한 기능을 측정하는 검사법이 있다. 시력은 시력검사, 청력은 청력검사에서, 신장 기능은 신장기능검사에서 측정된다. 신체 기능의 저하가 장애(physical impairment)이며 장애 인정은 오로지 이러한 의학 검사에 근거한 의사의 진단에 따라 정해진다. 그러나 개호가 얼마나 필요한지, 타인의 돌봄이 얼마나 필요한지를 판단하는 요개호도 측정은 장애 인정과 비슷하면서도 다른 것이어서 개호보험을 도입한 나라에서는 어디에서도 객관적 측정법 개발에 어려움을 겪고 있다.

또한 요개호도 측정법도 지급 한도액 설정, 케어 플랜 작성을 위한 수

13) 2017년 기준 지급 한도액은 요지원 1=5003단위, 요지원 2=10473단위, 요개호 1=16692단위, 요개호 2=19616단위, 요개호 3=26931단위, 요개호 4=30806단위, 요개호 5=36065단위.
14) 간호 계획, 관리 계획이라고도 함.

급자의 평가 같은 두 가지 목적에 따라 측정 방법과 결과가 다를 수 있다. 일본의 요개호 인정 조사표의 사용 목적은 어디까지나 지급 한도액 설정이며 요개호가 인정된 후 케어 매니저나 지역포괄지원센터가 케어 플랜 작성을 위한 수급자 평가 목적을 성취하기 위해 조사표 내용을 시·읍·면에서 입수하기 위해서는 별도로 본인의 동의를 얻을 필요가 있다.[15]

⑤ 개호 급여비 동향

앞서 잠시 언급한 것처럼 일본은 개호보험 도입 당시 공비 방식으로 할 것인지 보험 방식으로 할 것인지를 논의하는 과정에서 공비 방식은 항상 '예산'의 속박을 받지만 보험 방식은 급여액에 따라 보험료를 징수하기 때문에 예산의 속박을 받지 않는 반면 보험 급여가 팽창하기 쉬워진다는 점이 검토되었다. 보험 방식을 채용한 일본은 제도 출범 직후부터 특히 경도자의 급여액이 급속히 팽창했다.

수급자 증가 자체는 인구 고령화에 따라 예상된 것이었지만 문제가 된 것은 경도 수급자 증가였다. 〈표 3-2〉에서 보듯이 2005년과 2000년을 비교하면 요개호 2 이상의 중증 수급자는 1.5~1.6배에 불과했는데 요지원 및 요개호 1은 2.3~2.4배 증가했다.

이러한 변칙적인 성장을 나타내는 것은 개호 서비스의 특수성에 있다. 심한 사람은 어쩔 수 없이 개호 서비스를 받을 수밖에 없지만 정도가 가벼운 사람은 서비스를 받아도 그만이고 받지 않아도 그만이다. 실제로 개

15) 일본 독자의 요개호 인정 조사표 개발은 개호보험제도 설계가 시작된 1995년경으로 요양원 입소자 3400명을 대상으로 ADL 등 74개 항목에 대해 조사하고 그 보호자에게 조사자가 동행하여 1분 간격으로 어떤 서비스를 제공하는지를 24시간 동안 기록하는 방식으로 진행되었음. 그 이후 SPSS의 Answer Tree라는 데이터 마이닝 소프트웨어를 활용하여 ADL 항목을 설명변수, 24시간 서비스 제공량을 목적변수로서 ADL 항목에서 원하는 변수를 예측하는 '수형도(樹形図)'를 구축하였으며, 이에 따라 개호 시간이 산출되며, 그 시간에 요개호자 여부, 요개호 단계가 구분되는 체계임,

호보험제도 도입 이전에는 가족이 수발을 담당했다. 따라서 개호보험 시작 후에도 경도자인 경우에는 신청을 주저한 사람이 상당히 많았을 것으로 판단된다. 그러나 제도가 시작되어 개호 서비스를 받는 게 당연한 일로 인식되고 나서는 저항감이 없어져 신청이 더 는 것으로 보인다. 그것이 2005년 개정으로 새롭게 요지원 2의 구분을 신설하고 급증한 요개호 1의 일부를 지급 한도액이 좀 더 낮은 요지원 2로 변경할 수밖에 없었던 이유이기도 했다.

〈표 3-2〉 요지원 및 요개호수급자 추이

(단위: 만 명)

구분	2000년	2005년	2010	2015
요지원	29.1	67.4		
요지원1	-	-	60.4	87.4
요지원2	-	-	65.4	83.9
요개호 1	55.1	133.2	85.2	117.6
요개호 2	39.4	61.4	85.4	106.2
요개호 3	31.7	52.7	71.3	79.3
요개호 4	33.9	49.7	63.0	73.0
요개호 5	29.0	46.5	56.4	60.4

자료: 선우덕(2015), 일본 개호보험제도의 최근 개혁동향과 정책적 시사점, 보건복지포럼, p 89의 표 2를 본 연구의 연구진이 재구조화함.

⑥ 요지원과 요개호

요개호 인정에서 요지원과 요개호는 명확히 구분되어 있으며 제공되는 서비스도 전자는 예방 서비스, 후자는 개호 서비스로 구별해 불리고 있다. 그러나 요지원과 요개호의 차이는 추계된 간호 기준 시간이 32분 미만인지 이상인지의 차이일 뿐 본질적인 차이는 없다. 요개호 인정은 정기적으로 재조사를 하는데 그에 따라 요개호가 요지원이 되거나 그 반대인 경우도 다반사이다.

그러나 현재 보험급여 내용이 요지원자와 요개호자 간에 상당히 다르게 되어 있어 양자의 구별은 의미를 갖게 되었다. 요지원자는 종합 사업의 대상이 되었는데 종합 사업에서는 수급자당 지급 한도액에 따른 제약이 아닌 시·정·촌 전체에서의 요지원자 수와 개호 정도로 산출된 '예산'의 틀 안에서 서비스가 제공된다.[16]

2014년 개정에서 경도자(요지원 1, 2)를 대상으로, 재원은 보험이지만 급여는 보험 방식이 아닌 공비 방식에 가까운 것으로 바뀌었다. 즉, 지급 한도액의 범위 내에서 민간 사업자에게 발주하는 것이 아니라 지자체가 직접 '예산'의 범위 내에서 실시하는 사업으로 바뀌었다. 민간 사업자에게 주문하는 것이 아니라 시·정·촌이 직접 실시하는 사업을 지역 지원 사업이라고 하여 2005년 도입되었으나[17] 2014년 개정에서 추가된 경도자를 위한 사업은 종합 사업, 공식적으로는 개호 예방·일상생활 지원 종합 사업이 2017년 4월 이후 전 시·읍·면에서 시행되었다.

2. 일본의 지역포괄지원센터

케어 매니지먼트는 원래 1990년 영국의 지역케어법에서 도입된 것이었다. 영국국영의료(NHS)는 공비가 재원이지만 당시의 마거릿 대처 보수당 정권의 신보수주의적 개혁의 일환으로 공비를 재원으로 하면서 개호 서비스의 민영화(민간 사업자에게 외주)가 추진되었다. 그때 자치단체를 대리하여 공비를 가장 효율적으로 '외주'하기 위한 방법으로 도입된 것이 케어 매니지먼트였다.

그런데 그 제도를 수입한 일본의 케어 매니지먼트는 원조 영국과는 약

16) 실제 서비스 제공은 시·정·촌의 위탁을 받은 민간 사업자가 시행하는 경우가 많지만 재정적으로는 케어 매니지먼트의 원조인 영국과 유사함.
17) 그 사업으로 도입된 것이 지역포괄지원센터임.

간 달랐다. 케어 매니저는 자치단체의 대리인이 아니라 민간 서비스 사업자의 직원이었다. 그 결과 케어 매니저는 사업자의 영업 담당자와 같은 위치가 되어 한정된 개호 비용을 효율적으로 '발주'하기보다는 고객 개발에 열중하게 되었다. 예를 들어 요개호 인정의 신청도 처음에는 사업자에게 고용된 케어 매니저가 대리 신청하는 것도 인정했다. 특히 경도자의 신청이 당초 5년간 급증한 이유는 이러한 케어 매니저의 '경영 노력'도 있었기 때문이다. 또한 요개호 인정을 위한 방문 조사도 이를 신청한 케어 매니저 스스로 실시하는 일이 보통일 정도로 공정성과 중립성에 의문을 제기하는 목소리가 있었다.

2005년 첫 개호보험법 개정으로 케어 매니지먼트, 특히 요개호 인정에 대해서는 원조 영국에 가까운 형태가 도입되었다. 전국의 시·정·촌에 지역포괄지원센터가 설치되고 요개호 인정 조사는 원칙적으로 시·정·촌에서 파견하는 조사원이 수행하게 되었다. 지역포괄지원센터는 원조인 영국의 케어관리센터에 해당하는 것으로, 어디까지나 시·정·촌의 대리인으로 케어 매니지먼트(민간 사업자에게 외주)를 행하고 스스로는 방문 간호 등의 서비스를 제공하지 않는다. 2015년 4월 현재 지역포괄지원센터는 4685곳(이 밖에 지소 2193곳)으로 그중 30%는 시·정·촌 직영이며 나머지 70%는 사회복지법인 등에 위탁되고 있다.

가. 지역포괄케어

일본이 직면하고 있는 문제는 일반적으로 '2025년 문제'로 불린다. 일본의 특이한 인구 피라미드로 인해 75세 이상의 후기 고령자 인구는 2025년까지 급증하고 이후에는 큰 변화가 없다.[18] 개호 수요를 자택과

18) 총인구는 감소하기 때문에 고령자 비율은 계속 증가하지만 간병 수요 측면에서는 절대

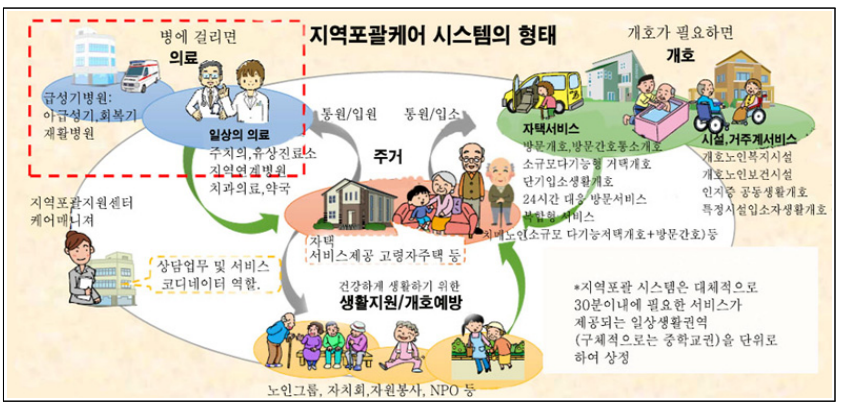
시설로 나누어 보면 부족이 심각해지는 건 시설 쪽이다. 또한 2025년까지 후기 고령자의 급격한 증가는 지방보다 대도시에 집중되어 있으며 시설의 신·증설은 극히 어렵기 때문에 그 대책은 요개호 상태가 되어도 최대한 시설 입소를 피하고 자택에 거주하면서 지내는 것밖에 없다. 따라서 요개호 상태가 되어도 시설에 들어가지 않고 가능한 한 자택에서 생활하는 것이 2025년 예측되는 문제를 극복해 나가는 데 중요하다.

또 하나의 사정으로 자택 요개호자와 시설 입소자 간 공평성 문제가 있다. 개호보험 발족 당시 시설에 입소하면 입실비(광열비 포함)와 식비가 모두 지급되었다. 그러나 주택관리비, 광열비, 식비는 시설에 입소해도, 자택에서 생활해도 똑같이 드는 비용이다. 시설 입소자의 이러한 부담을 보험 급여로 지급하는 것은 자택 거주자에게는 불공평한 일이 된다.

2005년 첫 개호보험법 개정으로 시설 입소자의 입실비와 식비는 보험 혜택에서 제외되었다. 그러나 저소득층은 소득에 따라 입실비와 식비의 일부에 대한 보조(보충 급여라고도 함)는 현재까지 계속되고 있다. 이처럼 '요개호 상태가 되어도 가능한 한 시설에 입소하지 않고 주택에서 생활을 계속할 수 있도록 하는' 정책이 지역포괄케어라는 것으로, 2011년 개호보험법 개정에 포함되어 이듬해 4월부터 시행되었다.

수가 중요함. 2025년 이후 후기 고령자의 절대 수는 큰 변화가 없기 때문에 개호 수요도 더는 급증하지 않음.

[그림 3-6] 지역포괄케어 시스템의 형태



자료: Ministry of Health, Lavour and Welfare. www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/를 참고하여 연구진이 번역하였음.

지역포괄케어의 공식적인 정의는 '요개호 고령자가 시설에 들어가지 않고 정든 지역에서 안심하고 계속 살 수 있도록 의료, 간호, 예방, 주거, 생활 지원 서비스가 끊김 없이 제공되는 시스템'이다. 시설 입소 방지를 위한 키워드는 '주거'이며 [그림 3-6]에서도 주거가 중앙에 자리 잡고 있으며 그 아래의 빨간색에는 '자택, 서비스 제공 고령자 주택 등'이라고 기재되어 있다. 중요한 포인트 '주거'는 자택(본인 소유)뿐만 아니라 서비스 제공 고령자 주택으로 불리는 요개호자 대상의 임대주택도 포함한다는 점이다.[19]

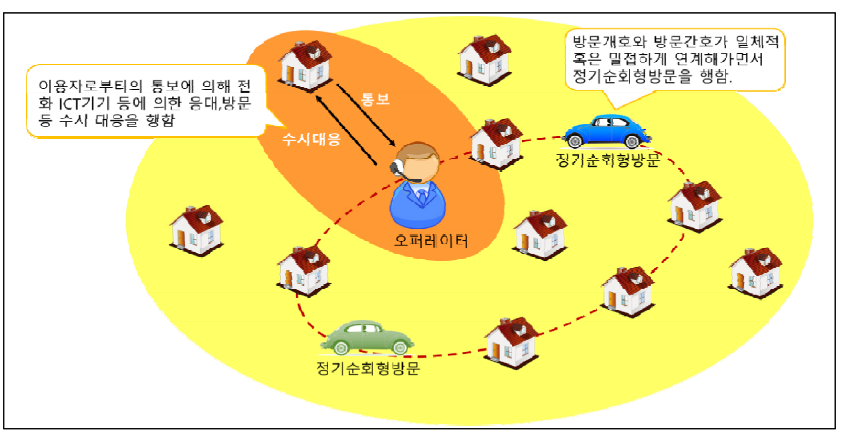
주거와 관련하여 일본은 고령자용 임대주택을 규제하거나 촉진하기 위한 '고령자 주거 보장 법'이 2001년 제정되었으나 2011년 개정에서 서비스 제공 고령자 주택이 법제화되었다. 서비스 제공 고령자 주택은 민간 사업자가 운영하는 임대주택이며 일정 조건[20]을 충족하면 도·도·부·현 지

19) 특히 도시 지역에서는 본인 소유의 주택은 많지 않고 임대주택 생활자가 대부분임.
20) i)1인당 면적 25㎡ 이상. 배리어 프리일 것, ii)적어도 안부 확인, 식사, 청소·세탁 등

사의 승인을 얻어 등록할 수 있다. 서비스 제공 고령자 주택은 일대 붐을 일으켜 출범한 2012년에는 7만 999채였던 것이 2017년 5월에는 6644동에 21만 7108채까지로 급증했다.

지역포괄케어의 구체적인 이미지는 서비스 제공 고령자 주택과 정기 순회·수시 대응 서비스(정식 명칭은 정기 순회·수시 대응 방문 개호 간호)로 이해할 수 있다. 정기 순회·수시 대응 서비스는 2012년 개정에 따라 도입된 것으로, 재택 중증 독신자를 대상으로 사업자가 매일 짧은 시간 여러 번 방문하고 24시간 대응하는 콜센터를 두고 이용자에게서 연락이 있으면 수시로 지원하는 것이다. 방문개호 등의 타 개호 서비스는 일회 방문당 비용을 산정하였으나 이 서비스는 월 단위로 비용을 산정한다(〈표 3-3〉 참조).

[그림 3-7] 정기 순회·수시 대응 서비스 개념도



자료: Ministry of Health, Lavour and Welfare. www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077236.pdf에서 2017. 10. 30. 인출하여 연구진이 번역하였음.

가사 원조를 제공해야 함(개호보험에서 거택 서비스를 받을 수 있다), iii)임대계약의 가입자 보호.

요개호도가 중증이며 독신자인 경우 예전에는 자택에서 계속 생활하는 것이 곤란하여 시설에 입소할 수밖에 없었으나 서비스 주택에 거주하면서 정기 순회·수시 대응 서비스를 받음으로써 마치 요양원이나 요양병원에 입소하고 있는 것과 같은 정도의 개호를 받으면서 자택에 거주할 수 있게 되었다. 물론 이 서비스는 일반 주택에서도 받을 수 있다. 서비스 주택에 거주하면서 정기 순회·수시 대응 서비스를 받는 것이 지역포괄케어의 구체적인 이미지이다.

〈표 3-3〉 정기 순화수시 대응 서비스(월 단위)

요개호도	방문개호	방문개호+간호
요개호 1	5658	8255
요개호 2	10100	12897
요개호 3	16769	19686
요개호 4	21212	24268
요개호 5	25654	29399

자료: Ministry of Health, Lavour and Welfare. www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077236.pdf에서 2017. 10. 30. 인출하여 연구진이 번역하였음.

제3절 일본의 만성질환 예방 및 관리

앞서 잠시 언급한 것처럼 일본인의 수명이 증가하고 고령화 추세가 급속도로 진행되는 것과 관련하여 일본은 와병이나 치매처럼 고령화에 따른 장애 증가, 심장 질환이나 암 같은 생활습관병 예방과 치료를 위한 개인 단위의 생활습관 개선 및 정부 차원의 생활습관 예방과 관리 정책의 중요성을 강조하고 있다.

1. 개호보험을 통한 만성질환 관리

개호보험은 요개호 인정을 받은 65세 이상의 고령자(제1호 피보험자)가 주된 수급자이지만 40~64세도 피보험자(제2호 피보험자)이며 요개호 인정이 되면 서비스를 받을 수 있다. 그러나 제2호 피보험자에게는 제1호 피보험자와는 달리 요개호 상태일 것과 함께 다음의 조건이 부가된다. 즉, 제2호 피보험자에게는 요개호 상태가 '노화에 기인하는 특정 질병'에 따른 것임이 개호보험의 혜택을 받는 조건이다.

특정 질병이란 '노화로 인한 것'을 말하는데, 의학적 논의가 필요하긴 하지만 다음 16가지 질병을 노화에 기인한 질병으로 정의하고 있다. 이 중 일부는 후술하는 '난치병'과도 중복된다.

〈표 3-4〉 개호보험 제2호 피보험자에 적용되는 특정 질병

1. 암 2. 류머티스 관절염 3. 근 위축성 측색 경화증 4. 후종 인대 골화증 5. 골절을 동반하는 골다공증 6. 초로기 치매 7. 진행성 핵상성 마비, 대뇌 피질 기저핵변성증 및 파킨슨병(파킨슨병 관련 질환) 8. 척수 소뇌 변성증 9. 척추관 협착증 10. 조로증(베르너 증후군) 11. 다계통 위축증 12. 당뇨병성 신경장애, 당뇨병성 신증 및 당뇨병성 망막증 13. 뇌혈관 질환 14. 말초혈관 질환 15. 만성 폐쇄성 폐 질환 16. 양쪽 무릎 관절 또는 고관절에 현저한 변형을 수반하는 변형성 관절염

한마디로 말해 외상에 의한 요개호 상태는 개호보험의 대상이 되지 않는다. 40~64세에서 요개호 상태의 원인으로는 외상이 많고 그러한 요개호자는 공비를 재원으로 하는 복지제도에서 혜택을 받게 된다(복지제도이므로 누구나 받을 수 있는 것이 아니라 소득 제한 등의 제약이 있다). 이 연령대의 요개호자는 특정 질병으로 인해 개호보험 혜택을 받는 사람과 외상 등으로 인해 복지제도의 혜택을 받는 사람이 혼재하게 된다. 40~64세의 제2호 피보험자가 이러한 변칙적인 상태로 되어 있는 것은

개호보험법 자체가 '노화'를 대상으로 한 제도이지 젊은 사람의 사고나 외상 등을 구제하는 제도가 아니기 때문이다.

가) 난치병

일본은 의료보험에서 국민개호보험제도를 채택하고 있어 어떤 질환에서도 10~30%의 환자 부담만으로 의료 혜택을 받을 수 있다. 또한 일부 만성질환은 환자 부담조차도 그 일부가 공비로 조성된다. 그중 하나가 '난치병'이다. 난치병은 정식 의학용어가 아닌 일본 특유의 행정용어이다. 1972년 제정된 난치병대책 요강에 따르면 난치병은 a)원인 불명으로 치료법이 확립되지 않은 데다 후유증을 남길 우려가 적지 않거나 b)경과가 만성으로 진행되어 간병에 현저하게 일손이 필요하기 때문에 경제적으로 가정의 부담이 크고 또 정신적인 부담도 큰 질병 중 어느 하나에 해당하는 질환으로 정의된다. 현재 358개 질병이 난치병 대상으로 선정되어 1342억 엔(2013년)이 환자 부담을 지원하는 의료비 조성에 지출되고 있다.

난치병의 의료비 조성에는 연령에 따른 구분이 아니라 노인이나 젊은 사람 모두 해당 질환이면 혜택을 볼 수 있다. 의료보험 혜택에는 재택 진료, 방문 간호 등 재택 의료도 포함된다. 그러나 방문개호 같은 개호급여는 포함되지 않는다. 40세 이상 환자가 위의 특정 난치병 질환에 해당하는 경우 요개호 인정을 받으면 개호보험의 대상이 된다. 특정 질환에 해당하지 않는 환자나 40세 미만의 환자는 공비를 재원으로 하는 장애인복지제도에 따른 개호 서비스를 받을 수 있다.

2. 치매에 대한 지역포괄케어

치매는 다른 정신 질환과 함께 정신장애 중 하나로 다루어진다. 지역포

괄케어 시스템을 정신장애에도 대응시키기 위해 2017년 4월 '정신장애에도 해당하는 지역포괄케어 시스템 구축'을 위한 사업이 시작되었다. 요개호 고령자를 대상으로 하는 지역포괄케어의 시행 주체가 시·정·촌 및 지역포괄지원센터인 반면, 이 사업의 시행 주체는 시·정·촌이 아니라 도·도·부·현 및 지정 도시(요코하마, 오사카 등 대도시)이다. 이것은 정신보건복지의 시행 주체가 시·정·촌이 아니라 도·도·부·현에 있는 데 따른 것이다. 다만 실시 요강에 따르면 '도·도·부·현 등은 사업의 일부를 시·정·촌 또는 단체에 위탁하여 실시할 수 있다'고 되어 있다. 실시 요강에 따르면 사업 내용은 다음과 같다.

(1) 장애보건복지 권역별 보건의료복지 관계자가 협의의 장 설치
(2) 정신장애인 주거 확보
(3) 동료 지원(정신장애인 간 협조)의 활용
(4) 입원 중인 정신장애인의 지역 이행
(5) 포괄케어 시스템 구축 상황 평가
(6) 정신장애인 지역 이행 관계 직원 연수
(7) 입원환자에 대해 퇴원 후 의료 서비스 지속적 지원
(8) 정신장애인 가족 지원

전통적으로 일본의 정신의료는 입원 치료에 치중되어(인구당 정신과 병상 수는 OECD 국가 중 단연 최고이다) 2004년 '정신보건의료복지의 개혁에 관한 비전'은 '입원 의료 중심에서 지역 생활 중심으로'라는 방침을 내세웠다. '당시 약 35만 명의 정신과병원 입원 환자 중 7만 명은 지역의 수용 조건이 갖추어지면 퇴원이 가능한 것으로 간주하여 10년간에 걸쳐 지역 전환을 추진하겠다'는 방침이 나왔다. 그러나 이 목표는 달성하지 못했다. 그 이유는 지역의 대응체제 불비, 특히 이에 응하는 지역 주민의 몰이해와 저항이 있었다. 지역 주민이 정신장애인 수용에 저항하는 것은 결코 편견 때문이 아니라 안전 우려 때문이다.

가. 새로운 오렌지 플랜(인지증 시책 추진 종합전략)

정신의료지침에는 노년기 정신장애 부분에서 “개호 서비스와도 연계하면서 정신장애인 본인의 의사가 존중되고 가능한 한 정든 지역에서 생활을 계속할 수 있도록 지원”, “입원이 필요한 경우 가능한 한 조기에 퇴원할 수 있도록 필요한 체제의 정비를 추진하여 적절한 요양 환경의 확보를 도모한다”라고 되어 있다.

치매 노인이 시설에 들어가지 않고 지역에서 생활을 계속해 나가기 위해서는 가족뿐만 아니라 이웃의 이해와 관심이 중요하다. 국가가 추진하고 있는 치매 대책은 오렌지 플랜이라는 애칭으로 불리고 있는데 2025년에는 치매 환자(MCI라는 경도치매 포함)가 700만 명으로 증가하면서 노인 5명 중 1명이 치매 환자가 될 것으로 전망되어 대책 마련이 시급한 실정이다.

2014년부터 치매 초기 집중 지원 사업이 시작되었다. 이것은 지역포괄지원센터 및 의료기관 등에 보건사, 사회복지사, 개호복지사 등 전문직으로 구성되는 치매 초기 집중 지원팀을 두고 가족의 요청에 따라 치매가 의심되는 사람 및 가족을 방문하여 평가 등 초기 지원을 대략 6개월 동안 집중적으로 제공하는 것이다. 치매는 알아차리기 어렵고 조기 진단, 조기 대응이 중요하므로 이러한 아웃리치가 효과적일 것으로 기대되고 있다. 신 오렌지 플랜은 2018년까지 모든 시·정·촌에서 실시하는 것을 목표로 하고 있다.

또한 일본은 치매 환자에 대한 지역 돌봄 체제를 정비하고 있기도 하다. 우선 일반 주민이 치매를 깊이 이해하도록 하기 위한 연수를 하여 ‘치매 서포터’를 양성하고 있다. 현재까지 940만 명이 치매 서포터가 되기 위해 교육받은 바 있다(Caravan, 2017). 일반 주민의 대부분이 치매라

는 병에 대한 지식을 갖고 이해하게 됨으로써 치매의 조기 발견과 이상 행동에 대한 적절한 대응이 가능해질 것으로 기대된다.

그리고 판단 능력이 저하된 치매 환자의 재산과 권리를 보호하기 위해 성년후견제도가 2000년부터 실시되고 있다. 개호보험법에 의한 지역 지원 사업(시·정·촌이 실시 주체)에서는 권리 옹호 사업이 시·정·촌의 필요 사업으로 자리 매김하고 있어 지역포괄지원센터가 제도의 이용을 촉진하고 있다. 대법원 통계에 따르면 2016년 말 성년후견제도 이용자 수는 20만 3551명이다. 신청 동기는 '예금의 관리와 해약'이 최다이며 신청인은 배우자, 자녀 등 친족이 28.1%이고 나머지는 제3자(변호사, 사법서사, 사회복지사 등)이다.

제4절 소결

지역포괄케어는 앞서 언급한 것처럼 '중증의 요개호 상태가 되어도 정든 지역에서 자신다운 생활을 인생의 마지막까지 계속할 수 있도록 주거, 의료, 개호, 예방, 생활 지원이 일체적으로 제공되는 시스템'으로 정의되며 2025년까지 구축하는 것이 목표이다.

지역포괄케어의 개념은 2010년의 사회보장심의회에 제안되었는데 그 기반이 되는 지역포괄케어연구회의 보고서에서 '자조(自助), 호조(互助), 공조(共助, 公助)'라는 슬로건도 제안되었다. 이는 기존의 상태에서는 개호보험 제도가 전혀 지속 가능하지 않기 때문에 이를 지속시키기 위해서는 보험 제도에 근거한 공조(公助)뿐만 아니라 지역 주민 모두의 자조, 호조, 공조가 필요하다는 취지이다.

일본은 요개호 고령자뿐만 아니라 치매를 포함한 정신장애인, 의료적

케어가 필요한 아동의 급증에 대한 해결책으로 지역포괄케어를 추진하고 있다. 지역포괄케어를 추진해야 하는 구체적인 이유를 몇 가지 제시하면 다음과 같다. 우선 일본의 특이한 인구구조[21]에 따라 2025년까지 후기 고령자와 그에 따른 의료개호 수요가 급증하나 그 이후의 고령화 정도는 둔화된다. 즉, 의료개호의 수요에 대한 대책을 2025년까지 마련하지 않으면 안 된다고 하는 시간적 절박성이 있다.

둘째, 지금까지 고령화 문제는 지방에서 심각하였는데 앞으로는 지방이 아니라 오히려 대도시에서 더 심각해질 것이다. 대도시에서는 새로운 시설을 만들기가 어려운 반면 지방에서는 시설이 남아돌 것으로 예상된다. 대도시에서는 요양시설이 부족하므로 가능한 한 자신의 집에 거주하면서 케어를 받는 시스템을 갖추지 않으면 시설 케어의 심각한 부족을 초래할 것이다.

셋째, 요개호 상태가 되면 시설에 들어갈 것인지 주택에 살 것인지는 가족 상황과 거주 환경에 따라 달라진다. 예를 들어 다리가 불편한 사람은 엘리베이터가 없는 아파트에서는 거주할 수 없다. 지역포괄케어에서 '주거 환경이 중시되는 것은 이 때문이며 서비스가 제공되는 임대주택을 정비하면 임대 가능한 사람은 요개호 상태가 되어도 시설 입소를 피할 수 있다.

하지만 지역포괄케어는 지역 주민에게는 상당한 부담으로 작동하기도 한다.[22] 지역 주민의 충분한 이해를 구하지 못하면 공조가 아닌 반발을 살 수도 있다. 실제로도 정신장애인의 입주를 거부하거나 그룹홈을 개설하려고 하면 인근 주민의 반대가 발생하는 일이 자주 일어나고 있다.

따라서 지역포괄케어 성패의 가장 큰 요인은 지역 주민의 이해를 얻는 것이다. 나아가 호조와 공조를 얻어야 한다. 최소한 반발을 초래하지 않

21) 1947~49년 출생자가 월등히 많아 1차 베이비붐 세대라고도 함.
22) 공조에 따른 개호보험의 수비 범위를 축소하여 인근 주민의 호조와 공조에 의존하기 때문임.

도록 하는 것이 중요하지만 불행히도 행정 및 의료복지 관계자를 끌어들인 사업은 있으나 지역 주민을 끌어들이려는 노력은 충분하다고 보기 어렵다. 일본에서 추진되고 있는 지역포괄케어는 일종의 사회운동이며 사회실험이다. 일본의 경험은 앞으로 고령화에 따른 여러 가지 문제에 직면하게 되는 국가들에 귀중한 교훈을 줄 것이다.

제 4 장 싱가포르의 고령자 건강정책

제1절 싱가포르 노인의 건강 수준
제2절 싱가포르의 고령자 건강정책
제3절 싱가포르의 만성질환 예방 및 관리
제4절 소결

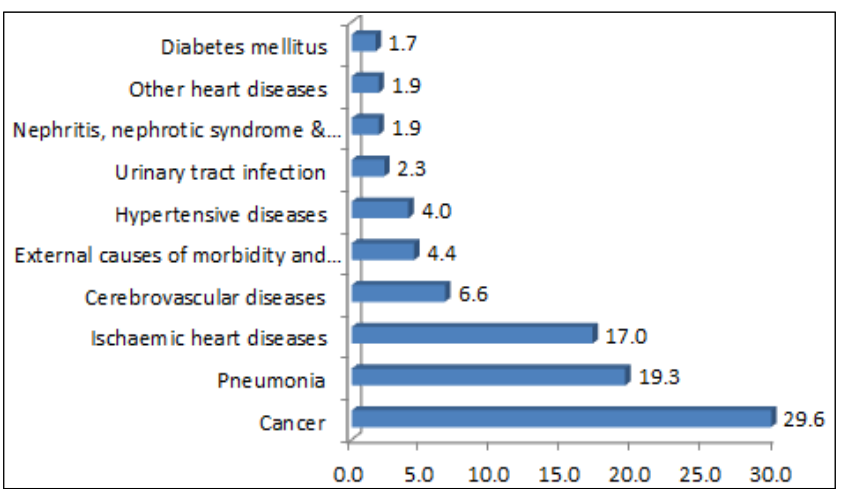
4 싱가포르의 고령자 건강정책

제1절 싱가포르 노인의 건강 수준

싱가포르 인구는 약 560만 7300명 정도이며 인구의 약 12.4%가 65세 이상 노인으로 매년 노인 인구가 증가하는 추세이다. 2016년 싱가포르의 출생 시 기대수명은 82.9세이며 65세의 기대여명은 20.8년으로 나타났다(MoH Singapore, 2017a).

싱가포르인의 주요 사망 원인을 살펴보면(그림 4-1 참조) 암이 전체 사망의 약 29.6%를 차지하는 것으로 나타났으며 그다음이 폐렴 19.3%, 허혈성 심장질환이 17.0%로 높게 나타났다.

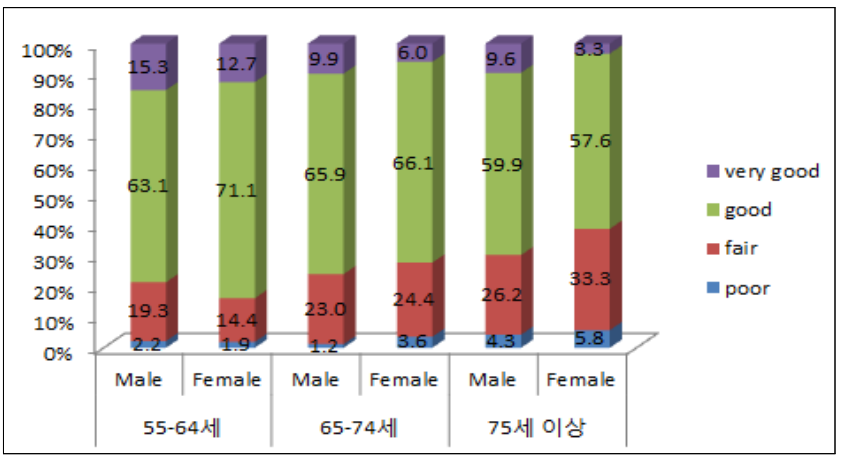
〔그림 4-1〕 싱가포르인의 주요 사망 원인(2016년)



자료: MoH Singapore. (2017b). principal causes of Death. www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/Health_Facts_Singapore/Principal_Causes_of_Death.html

2011년도 노인 대상 국가 조사(the National Survey of Senior citizens in Singapore, 2011) 결과를 중심으로 싱가포르 노인의 건강 수준을 살펴본 결과는 다음과 같다. 우선 노인의 주관적 건강 수준을 살펴보면 55세 이상 노인의 76% 이상이 자신의 건강 상태를 '좋음' 혹은 '매우 좋음'이라고 응답했다. [그림 4-2]에서 나타나는 것처럼 연령이 증가할수록 노인의 주관적 건강 수준을 '좋음' 혹은 '매우 좋음'이라고 인식하는 비율이 낮아짐을 알 수 있었다.

[그림 4-2] 싱가포르 노인의 주관적 건강 수준(55세 이상, 2011년)

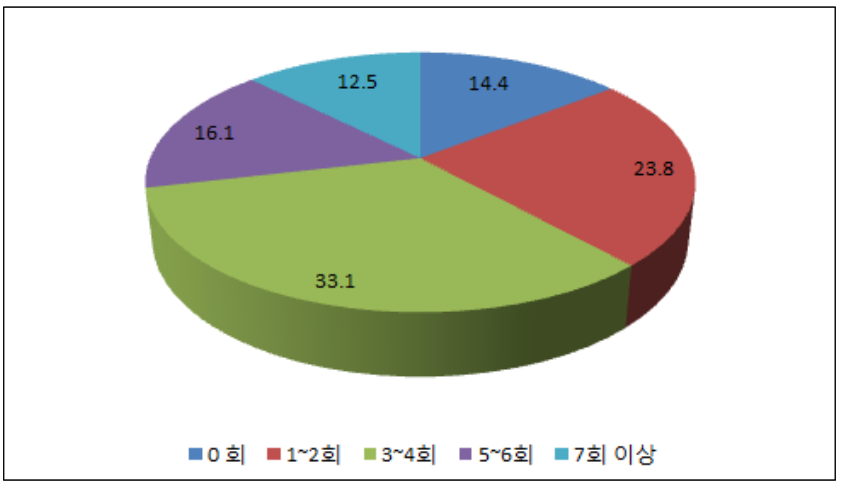


자료: Kang Soon Hock, Tan Ern Ser, Yap Mui Teng(2013), National Survey of Senior Citizens 2011, the Institute of Policy Studies, Lee Kuan Yew School of Public Policy, National University of singapore, p. 57의 table 7.1을 도식화하였음.

둘째, 노인의 의료 이용을 살펴보면 55세 이상 노인의 약 8.4%가 지난 1년간 입원한 것으로 나타나며 55~64세인 경우 7.1%, 65~74세인 경우 9.4%, 75세 이상인 경우 11.4%가 지난 1년간 입원한 적이 있는 것으로 나타났다. 또한 외래 이용인 경우 85.6%가 최근 1년간 적어도 1번 이상 외래 치료를 위해 의료기관을 방문한 것으로 나타났다.

[그림 4-3] 싱가포르 노인의 외래 이용 빈도

(단위: %)



자료: Kang Soon Hock, Tan Ern Ser, Yap Mui Teng(2013), National Survey of Senior Citizens 2011, the Institute of Policy Studies, Lee Kuan Yew School of Public Policy, National University of singapore, p. 59의 table 7.6을 도식화하였음.

셋째, 싱가포르 노인의 질환 유병 상태를 살펴보면 2011년도 노인 대상 국가 조사에서 전체 노인의 약 35%는 특정한 건강 문제가 없는 것으로 나타났으며 전체 노인의 약 46.7%는 고혈압, 39.1%는 고지혈증, 16%는 당뇨병, 11.3%는 관절염을 앓고 있는 것으로 나타났다.[23] 연령별로 주요 5대 질환을 살펴보면 모든 연령대에서 고혈압과 고지혈증 유병률이 가장 높게 나타났고 75세 이상 노인에게서는 골관절 문제(Bone/joint problem), 당뇨병, 시력 문제(eye/vision problem)가 높게 나타났다.

23) 각 질환은 중복 응답이 가능하여 각 질환의 합은 100%가 되지 않도록 조사가 설계되었음.

〈표 4-1〉 싱가포르 노인의 연령별 주요 질환

	55~64세	65~74세	75세 이상
1순위	고혈압(36%)	고혈압(55%)	고혈압(67%)
2순위	고지혈증(34%)	고지혈증(44%)	고지혈증(51%)
3순위	당뇨병(14%)	당뇨병(17.8%)	골관절 문제(26%)
4순위	골관절 문제(9%)	골관절 문제(14%)	당뇨병(20%)
5순위	심장 문제(4%)	심장 문제(6%)	시력 문제(11%)

자료: Kang Soon Hock, Tan Ern Ser, Yap Mui Teng(2013), National Survey of Senior Citizens 2011, the Institute of Policy Studies, Lee Kuan Yew School of Public Policy, National University of singapore, p. 60의 table 7.8의 2011년 수치를 발췌함.

제2절 싱가포르의 고령자 건강정책

1. 보건의료제도

싱가포르는 1819년 영국의 동인도회사가 개발한 항구도시가 시초가 되었으며 1963년 말레이시아연방의 일원으로 독립하였다. 1965년 말레이시아연방에서 탈퇴하여 독립국가가 되었다. 싱가포르의 국토 면적은 서울보다 조금 크고(719.9㎢) 인구는 서울의 절반 수준(2016년 기준, 561만)이다(Department of Statistics Singapore[DoS], 2017a). 2017년 상반기 기준 65세 이상 노인 인구 비중은 9.2%(비영주권자 제외)이며 낮은 합계출산율(2016년 말 기준 1.2명)과 높은 기대수명(2016년 기준 평균 82.9세로 남성 80.6세, 여성 85.1세)으로 고령화 속도가 빠른 국가이다. 싱가포르에는 시민권과 영주권자 외에 외국인 노동자 비율이 매우 높아 전체 인구의 29%를 차지하고 있으며 외국인 비영주권자 비율은 지속적으로 높아지는 추세이다(DoS, 2017b).

가. 보건의료제도

보건의료 인프라는 세계에서 상위권으로(Singapore Economic Development Board, 2016)[24] 우수하며 여러 건강 관련 지표 역시 좋다. 보건의료 분야를 집중 육성 산업으로 선정하여 공공과 민간의 경쟁을 통하여 효율적인 운영과 질 향상을 유도하는 정책을 펼치고 있으며 GDP의 4%를 보건의료 재정으로 지출하고 있다. 보건의료 재정은 개인과 정부가 분담하고 있는데 개인은 의료저축 계좌(MSA: Medical Saving Account)를 통해 의료비를 관리한다. 보건의료전달체계는 정부가 운영하는 폴리클리닉(Policlinic)과 민간 개업의 클리닉(Clinic)의 일차의료, 공공병원과 민간병원의 이차진료 및 삼차특수센터(Specialty centre)로 구성된 다층 구조이다. 일차의료에서 민간 클리닉 비중이 80%로 높고 급성질환의 치료는 공공 영역이며, 공공병원이 80%를 차지한다. 정부는 공공병원 의료비용의 80%까지 지원한다.

의료보장 재원은 공적 재원(조세적 보조금, Medifund, Eldershield)과 사적 재원(Medisave, Medishield, Medishield Plus, 민간보험, 기업의 복리후생)으로 나뉜다. 메디세이브는 중앙적립기금법에 따라 소득의 6~8.5%를 의무적으로 비과세 의료저축 계좌에 적립하는 것으로 병원치료 급여의 주재정원이다. 메디세이브는 우리나라의 건강보험과 비슷하게 소득의 일정률을 강제 부과하고 있지만 나이가 많을수록 적립률이 높아지며 퇴직 시점에 건강을 잘 관리하여 의료비 지출을 많이 하지 않은 경우 적립금 대부분을 환급받을 수 있는 저축 계좌라는 점에서 큰 차이가 있다. 공공병원 고액 의료와 중증 질환에 대응하기 위한 임의가입 보험이 메디실드이다. 민간병원까지 확대 적용할 수 있는 것은 메디실드 플러스이다.

---

24) Singapore Economic Development Board(2016), World Competitiveness Yearbook, 2010, IMD에 따르면 싱가포르의 Health and Environment 영역의 세계 랭킹은 2010년 기준 세계 4위였다.

나. 통합 보건의료 서비스

1) 보건의료 클러스터(Healthcare clusters)

보건부는 통합적인 보건의료 서비스를 연계하여 받을 수 있도록 보건의료 클러스터(Healthcare clusters) 6개를 구축하였다. 각 클러스터는 거점 병원을 두고 일차의료, 중간단계인 지역병원(Community Hospital), 장기요양 서비스 기관이 협력하여 환자 중심의 통합 보건의료 서비스 제공을 목표로 조직되었다. 예를 들면 2011년 조직된 The Eastern Health Alliance는 Changi General Hospital을 거점병원으로 하고 SingHealth Polyclinics, St. Andrew's Community Hospital, The Salvation Army Peacehaven Nursing Home 등 다기관이 클러스터를 이루고 있다. 이러한 연합은 환자가 연속적인 케어를 일관되게 받을 수 있도록 하며 전인적인 치료를 가능하게 한다.

〈표 4-2〉 싱가포르 보건의료 클러스터

구분	보건의료 클러스터 (Healthcare clusters)	거점병원 (지역)
1	Alexandra Health Pte Ltd	Khoo Teck Puat Hospital (the North)
2	Eastern Health Alliance	Changi General Hospital (the East)
3	National Healthcare Group	Tan Tock Seng Hospital (the central region)
4	National University Health System	National University Hospital
5	Jurong Health	the upcoming Jurong General Hospital (the west)
6	SingHealth	the Singapore General Hospital

자료: 원자료의 내용을 표로 재구성. Singapore Economic Development Board. (2017). https://www.edb.gov.sg/content/edb/en/industries/industries/healthcare.html

2) 통합케어기구(The Agency for Integrated Care, AIC)

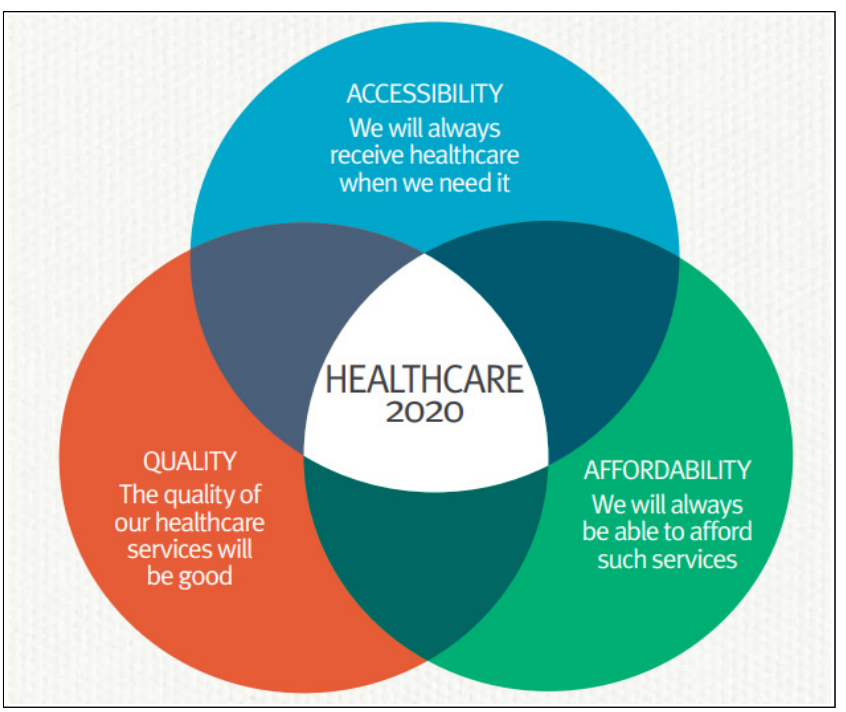
보건부 산하 통합케어기구(AIC: The Agency for Integrated Care)는 1992년 보건부 내 케어 연계 서비스(CLS: Care Liaison Services)를 전신으로 하고 있다(Agency for Integrated Care[AIC], 2016a). 애초에는 고령자의 너싱홈과 만성병유닛 배치, 조정 역할만을 담당하였으며 그 통합 서비스 요구가 높아지면서 2001년 통합케어 서비스(ICS: Integrated Care Services)로 개편되었다. 퇴원계획에서의 역할이 확대되었고 환자가 의료기관에서 퇴원하여 지역으로 전환되는 것을 촉진하는 업무가 추가되었다. 2008년 통합의료기구로 격상된 후 2009년 보건부(MOH Holdings의 독립 법인) 산하 독립 법인이 되어 국가 차원의 통합케어 조정 역할을 맡고 있다(AIC, 2016a). 환자가 하나의 케어세팅에서 다른 세팅으로 전환될 때 서비스가 연속적으로 제공되어 환자 편에서 통합 서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 기구의 목적은 사람들이 지역에서 잘 살고 품위 있게 나이 들어갈 수 있도록 케어 공동체를 만드는 것이다(AIC, 2016b). 이를 위하여 지역 사회 케어 파트너와 긴밀하게 협력하여 서비스 개발 및 인력 역량 강화를 지원하고 있다.

싱가포르 통합케어부(AIC)는 2011년부터 싱가포르실버페이지(SSP: Singapore Silver Pages)라는 원스톱 정보포털을 운영하고 있다. 노인과 가족은 SSP에서 사회 서비스, 건강 서비스, 지역정신보건 서비스, 관련된 정보를 찾고 서비스 비용을 산출할 수 있다. 아래의 모든 서비스 정보는 SSP에서 확인할 수 있다(AIC, 2016b). SSP에서 노인과 가족에게 정부에서 지원 가능한 서비스를 확인할 수 있는 도구(Self-Assessment Tool, Scheme)를 제공하고 있다. 고령자를 위한 여러 부처의 지원제도와 건강 서비스 정보까지 확인 가능하다. 간단한 개인 정보, 경제력 등을 입력하면 서비스 결과를 보여 준다. 결과에서는 해당 정책의 서비스 지원 홈페이지 링크와 연락처가 함께 보인다.

3) 보건의료체계 개혁(Healthcare 2020 Masterplan)

2012년 싱가포르 보건부는 고령화 사회에 대응하여 보건의료체계의 개혁을 발표하였다. 의료의 접근성과 의료의 질을 높이고 동시에 비용 효율적으로 보건의료 시스템을 운영하기 위한 계획이다(그림 4-4 참조). 고령화로 만성질환 보유자 수와 치료기간이 증가하고 급성기 질환 치료 후 좀 더 긴 기간 동안 중간 단계의 치료, 전환기 치료, 장기요양 수요가 증가하므로 기존의 보건의료체계는 이에 대응하지 못한다고 판단하여 도입된 계획이다.

[그림 4-4] Healthcare 2020 목표



자료: MoH Singapore (2012). Healthscope: Archive. https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/healthscope/archive/2012 /MOH%20Healthscope_July-August%202012%20Issue.pdf. p. 1.

① 지역 보건의료체계(RHS: Regional Health Systems)

고령자에게 연속적인 케어를 제공하기 위하여 기존의 보건의료 클러스터의 기능을 강화하고 확산하여 지역 중심의 RHS 로 개편하는 계획이다. 지역별 급성기 상급 병원을 거점으로 고령자가 급성기 치료 이후 치료를 받는 지역병원(Community Hospitals), 너싱홈, 홈케어, 데이케어, 주간재활시설, 폴리클리닉, 일반의까지 보건의료전달체계의 기관을 모두 연합하는 시스템이다. 환자는 진단, 치료, 퇴원 후 관리까지 케어세팅이 바뀌는 것에 제한 없이 연속적이고 포괄적인 관리를 받을 수 있다.

〈표 4-3〉 Healthcare 2020 고령자 케어 원칙

고령자 친화적 케어 원칙으로 변화
• From disease-specific, fragmented care to person-centric care
• From hospital care to community care
• From caring 'for' to caring 'with' our patients

② 일차의료 강화

Healthcare 2020 Masterplan에서 지역 중심의 보건의료체계를 구축하는 것과 더불어 강조하는 것은 만성질환 관리를 위한 일차의료 강화 계획이다. 일반의 만성질환 관리 역량을 강화하고 일반의가 보건의료 관련 전문가와 팀을 이루어 환자를 관리하는 가정의학클리닉(FMC: Family Medicine Clinics)을 운영하도록 한다. 이 계획의 일환으로 도입된 지원금 제도(CHAS: The Community Health Assist Scheme)는 환자가 일반의와 가정의학클리닉을 이용할 때 정부가 보조금을 지급하는 것이다.

2. 고령자 건강정책

가. 고령자 건강증진

1) 성공적인 노화 실행 계획(Action Plan for Successful Ageing, The Action Plan)

2015년 싱가포르 보건부의 고령화위원회(The Ministerial Committee on Ageing)는 성공적인 노화 실행 계획(The Action Plan for Successful Ageing)을 발표하였다. The Action Plan은 정부의 여러 부처 산하 기구, 비정부기구, 학계, 산업체에서 공동 개발하였다. 12개 분야(health and wellness, learning, volunteerism, employment, housing, transport, public spaces, respect and social inclusion, retirement adequacy, healthcare and aged care, protection for vulnerable seniors and research)에서 70개 이상의 계획(Initiatives)이 진행 중이다(MoH, 2017c). 특히 The Action Plan은 건강하고 활기차게 싱가포르 국민이 지역에서 살 수 있도록 한다는 하나의 목표로 국토교통부, 주택개발사, 보건부, 법무부 등 정부의 여러 부처는 물론이고 민관이 협력하여 공동 정책을 추진한다는 점에서 의미가 크다. 정부는 5년에 걸쳐 총 30억 달러(약 2조 5000억 원)의 예산을 책정하여 세부 정책을 실행 중이다.

〈표 4-4〉 성공적인 노화 실행 계획(The Action Plan for Successful Ageing)

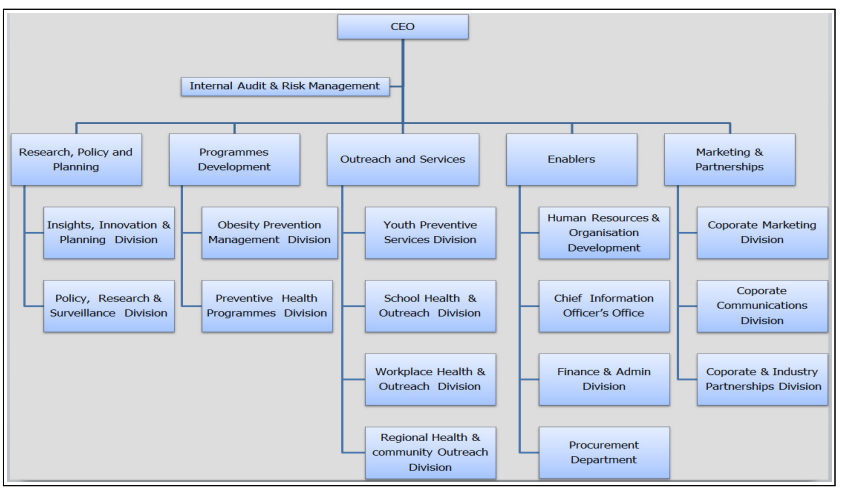
중점 분야	목표(2015~2020년)
Lifelong Employability	은퇴 후 재취업 연령 65세에서 67세로 연장(re-employment age)(법개정안) The retirement and Re-employment Act
Health and Wellness	A National Seniors' Health Programme 대상자 400,000
Senior Learning	A National Silver Academy 30,000 learning places
Senior Volunteerism	고령 자원봉사자 추가 5만 명 모집 The National Volunteer and Philanthropy Centre, 고령자 분야 확대
Community Befriending	최소 50개 마을에서 고립되고 질병에 취약한 노인 방문 프로그램 확대
Inter-generational Harmony	주택개발위원회(Housing & Development Board)에서 개발 중인 10개 사업에서 노인케어와 아동케어 시설을 병설
Aged Care	2015년에서 2020년까지 전환기 지역병원 (Community Hospital) 내 병상을 두 배 이상 증설 너싱홈 수용 능력 70% 이상 확대 홈케어 50%, 지역케어 100% 장소 확대
Active Ageing and Assisted Living	2020년까지 추가 개원하는 40개 데이센터 중 대략 10개소를 Active Ageing Hubs가 되도록 주택개발사와 협력하여 진행, 활기찬 노년 생활을 위한 서비스와 일상생활 보조 서비스를 제공하는 허브로 육성
Transport	국토교통부(The land transport authority)는 노쇠한 노인이 안전하게 도로와 인도를 이용할 수 있도록 실버존(도로 횡단 시 쉼터, 속도제한 40km, 완만한 커브 등) 확대, 2017년 8개, 2023년까지 50개로 확대 예정 2020년까지 모든 버스를 휠체어 이용 가능한 버스로 대체 Green man Plus(노쇠한 노인이 건널 수 있도록 녹색 점등 시간 긴 것) 신호등을 2018년까지 1000개로 확대
Research	National Innovation Challenge on Active and Confident Ageing(연구 예산 2억 달러)

자료: MoH Singapore. (2017d). What is the Action Plan About? https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/ifeelyoungsg/about-the-action-plan/what-is-the-plan-about.html, Land Transport Authority (2017). Silver Zones. https://www.lta.gov.sg/content/ltaweb/en/roads-and-motoring/projects/road-and-commuter-facilities/silver-zones.html

2) 건강증진위원회의 노인 정책

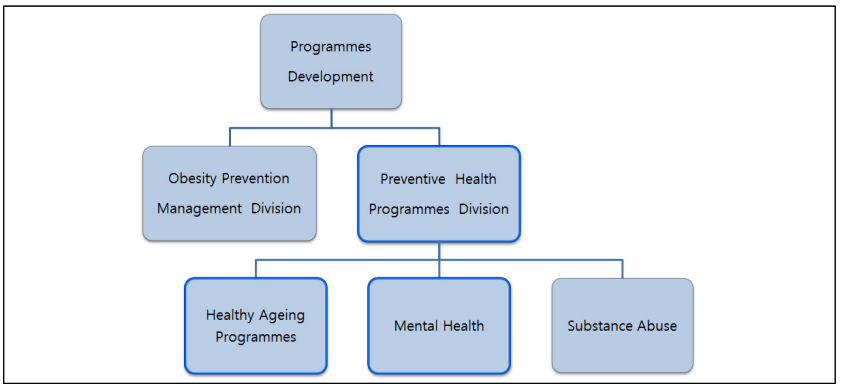
싱가포르 보건부는 2001년부터 건강증진위원회(HPB: The Health Promotion Board)를 설립하여 국민의 건강증진을 위해 근거 기반의 정보를 제공하고 건강증진을 위한 정책과 프로그램을 실시하고 있다. 위원회는 건강수명 연장과 삶의 질 향상, 질병·이른 죽음·장애 예방을 목표로 집(지역), 학교, 직장에서 The Healthy Living Master Plan에 접근하도록 프로그램을 개발, 운영하고 있다. 위원회 내 프로그램개발부(Programmes Development)는 비만 예방 및 관리와 질병 예방 프로그램의 두 개 부서로 나뉘고 질병관리부서 내에 건강 노화(Healthy Ageing), 정신건강, 물질 남용·금지약물 중독 예방 담당으로 나뉘어 있다. 특히 일반 고령자가 지역 내에서 기능을 유지, 발전시키며 건강하게 지낼 수 있도록 하는 건강 노화 프로그램 담당이 개발하여 운영하고 있는 주요 프로그램을 알아보고자 한다.

[그림 4-5] 건강증진위원회(The Health Promotion Board) 조직도



자료: Health Promotion Board(2017), About Us, https://www.hpb.gov.sg/about/about-us organisation chart를 간단히 도식화.

[그림 4-6] 건강증진위원회 프로그램개발부 구성



① 지역거주 노인 기능 스크리닝 프로그램(Community Functional Screening Programme, CFSP)

2010년부터 2011년까지 HPB가 4개 지역 1500명 이상의 60세 노인을 대상으로 시험사업을 거쳤으며 이후 전국적으로 시행되었다(MoH, 2010). 2017년 9월 보건부가 암검진사업과 만성질환검진을 통합하여 시행하는 사업에서 CFSP도 함께 받도록 하고 있다. 60세 이상 연령층을 대상으로 조기에 기능 감소 스크리닝을 받도록 한 후 결과에 따라 적절한 치료를 받게 하거나 생활습관에 변화를 주어 독립적이고 활기차게 살아가도록 돕는 프로그램이다. 스크리닝은 〈표 4-5〉에서와 같이 6개 항목을 대상으로 여러 가지 테스트와 설문을 실시한다.

〈표 4-5〉 Community Functional Screening Programme 조사 항목

검진 및 설문 문항
• Continence • Mood • Physical function • Oral Health • Hearing • Vision

② 고령자 건강전도사 프로그램(The Senior Health Ambassador Programme, SHAP)

이 프로그램은 노인들이 가까운 친구, 또래들이 모여 있는 곳에서 서로 정보를 얻게 되며 책자나 인터넷으로 건강 정보를 얻기 어렵다는 점에서 착안되었다. 2011년부터 시행하고 있는 동료집단 멘토링 프로그램이다. 고령자에게 훈련과 교육프로그램을 통해 건강 노화를 위한 지식과 기술을 전수하면 이들은 지역으로 돌아가 고령자를 대상으로 워크숍, 운동교실, 일대일 면담 등을 통해 습득한 지식과 기술을 공유한다.

3) 그 외 건강증진 프로그램

싱가포르에는 앞서 살펴본 것 외에 고령자 건강증진을 위한 웰니스 프로그램(Wellness Programme), 지역사회 자원, 참여, 지원팀(CREST: Community Resource, Engagement and Support Teams), 국가 고령자 건강증진 프로그램(A National Seniors' Health Programme) 등이 있다.

우선 웰니스 프로그램은 2008년 국민협회(The People's Association)에서 시작하여 현재 전국으로 확대하여 시행 중이다. 고령자가 정기적으로 건강검진을 받고 만성질환 스크리닝을 하도록 장려하고 활기차게 걷기운동과 태극권을 운영하여 노인이 함께 운동하여 건강증진은 물론이고 사회활동을 유지하도록 하는 데 목적을 둔다.

그리고 CREST는 통합케어기구(AIC)에서 꾸린 팀으로 2013년 지역의 여러 기관과 협력하여 지역 내 고령자를 자원으로 보고 이들이 지역에서 잘살아갈 수 있도록 지원하는 데 목적을 둔다. 이들은 치매나 우울증의 위험에 노출되어 있는 노인을 찾아서 필요한 도움을 받도록 하고 있다.

또한 대중을 대상으로 치매와 우울증 관련 교육을 실시하여 적절하게 대응할 수 있도록 유도하고 있다.[25]

마지막으로 국가 고령자 건강증진 프로그램은 성공적인 노화를 위한 The Action Plan의 일환으로 싱가포르 보건부가 2015년부터 시행하고 있는 프로그램이다. 체계적으로 고령자에게 필요한 건강증진 교육을 시행하고 예방적 활동을 하는 프로그램으로 많은 고령자(총 40만 명)를 만나 프로그램의 혜택을 받도록 하는 데 목표를 둔다. 최근 시행 중인 고령자 건강증진 프로그램은 아래 〈표 4-6〉와 같다.

〈표 4-6〉 고령자 건강증진 프로그램

New Initiatives
• A National Seniors' Health Programme
• A public education programme on dementia
• A falls prevention education programme
• Strength and balance exercises
• Practical healthy eating tips
• A health booklet
• Mobile health services
• A pilot community dental programme

자료: MoH Singapore. (2016). Action Plan For Successful Ageing, pp. 44-45.

나. 노인 장기요양

건강 문제가 있는 고령자가 중장기케어기관(Community Hospitals, nursing homes and day rehabilitation centres etc.)에서 서비스를 받으려면 자산조사(means test)를 거쳐야 한다. 대부분의 서비스는 환자가 이용하는 의료기관 혹은 의료인의 의뢰서가 있어야 하며 환자 혹은 환자의 가족을 위한 정보센터 아이케어링크(AICare Link)를 방문하여 필

25) 2016년 10개 팀이 활동하고 있으며 Action Plan For Successful Ageing 보고서에 따르면 3만 2천여 명의 고령자들이 혜택을 받은 것으로 나타남.

요한 정보를 얻을 수 있다. 서비스별 건당 혹은 월별 비용이 책정되어 있으며 환자는 자산조사 후 감면된 금액을 지불한다. 자산조사를 거치는 이유는 지불 능력에 따라 비용을 분담하는 원칙 때문이다. 이러한 원칙은 지급 능력이 없는 대상을 보호하면서 도덕적 해이를 막는 수단이 된다. 자산조사는 가구 단위로 진행되며 구성원의 월소득을 합산한 것이다(Household Means-Testing). 즉, 같은 주소지의 가족(혈연, 결혼, 입양으로 맺어진 모든 가족으로 사돈, 손주, 삼촌, 조카 등 모두를 포함)의 소득이 모두 반영된다. 급여를 받는 직장인은 평균 급여(보너스를 포함한 총연봉을 12로 나눈 금액)를, 자영업자의 경우 국세청(Inland Revenue Authority of Singapore)에서 평가된 최근 2년간의 수익(Net Trade Income)으로 구한 월평균 수익을 반영한다(AIC, 2017a). 고령자 중에서 이미 은퇴하였고 별다른 수입이 없으며 수입이 있는 가족이 없는 경우 거주하는 집의 연간 가치(The Annual Value, The AV of your home is the estimated annual rent if it is rented out)를 기준으로 정부지원금이 결정된다(AIC, 2017a). 집의 연간 가치가 2만 1000달러 이하일 때는 정부지원금을 받을 수 있다. CHAS(Community Health Assist Scheme), FDW(Foreign Domestic Worker) Grant, SMF(Seniors' Mobility and Enabling Fund) 같은 정책에서도 동일한 기준의 자산조사가 적용된다.

[그림 4-7] 지역병원 및 지역 기반 서비스 정부지원금(%)

Table 1: Subsidies for Subsidised Wards in Community Hospitals

Per Capita Monthly Household Income	Subsidy Rate*	
	Singapore Citizens	Permanent Residents
$0 - $700	75%	50%
$701 - $1,100	60%	40%
$1,101 - $1,800	50%	30%
$1,801 - $2,600	45%	25%
$2,601 - $3,100	40%	20%
$3,101 and above	20%	10%

*Subsidy applies to patients in six- or eight-bedded wards only.

Table 2: Subsidies for Residential Services (except Community Hospitals)

Per Capita Monthly Household Income	Subsidy Levels	
	Singapore Citizens	Permanent Residents
$0 - $700	75%	50%
$701 - $1,100	60%	40%
$1,101 - $1,600	50%	30%
$1,601 - $1,800	40%	20%
$1,801 - $2,600	20%	10%
$2,601 and above	0%	0%

*This applies to Chronic Sick Hospitals, Inpatient Hospices, VWO Nursing Homes, Private Nursing Homes on Portable Subsidy Scheme, Ex Mentally Ill Rehabilitation Homes and Ex Mentally Ill Sheltered Homes.

Table 3: Subsidies for Home and Community-Based Services (Non-Residential Services)

Per Capita Monthly Household Income	Subsidy Levels	
	Singapore Citizens	Permanent Residents
$0 - $700	80%	55%
$701 - $1,100	75%	50%
$1,101 - $1,600	60%	40%
$1,601 - $1,800	50%	30%
$1,801 - $2,600	30%	15%
$2,601 and above	0%	0%

*This includes Eldercare Centres (such as Day Rehabilitation Centres, Dementia Day Care Centres, Social Day Care Centres, Senior Care Centres), Ex-mentally ill Day Rehabilitation, and home-based services such as Hospice Home Medical, Hospice Home Nursing, Home Medical and Home Nursing, Home Help and Senior Home Care.

자료: AIC. (2017a). Means Testing. https://www.silverpages.sg/resource-library/application-forms/ Means%20Testing

다음 〈표 4-7〉은 자산조사를 거쳐 건강 문제가 있는 고령자가 받을 수 있는 서비스 목록이다. 크게 홈케어, 주간케어, 입소케어, 돌봄제공자 일시휴가, 정신보건 등의 서비스가 포함된다.

〈표 4-7〉 건강 문제가 있는 고령자 서비스

서비스 범주	서비스 종류
홈케어(Home Care)	• 환자 에스코트 및 이송(Medical Escort and Transport) • 가정 간호(Home Nursing) • 가정 진료(Home Medical) • 가정 요법(Home Therapy) • 가정 호스피스(Hospice Home Care) • 가정 개인돌봄(Home Personal Care) • 가정 식사배달(Meals-on-Wheels)
주간케어(Day Care)	• Singapore Programme for Integrated Care for the Elderly(SPICE) and Integrated Home and Day Care Packages • 주간 재활센터(Day Rehabilitation Centre) • 주간 사회활동 및 돌봄 지원센터(Social Day Care) • 호스피스 주간케어센터(Hospice Day Care)
입소케어 (Stay-In Care)	• 정신과너싱홈(Psychiatric Nursing Home) • 너싱홈(Nursing Home) • 지역병원(Community Hospitals) • 입원 호스피스케어(Inpatient Hospice Care) • 쉼터 및 지역가정(Shelter and Community Home)
돌봄제공자 일시휴가 (Respite for Caregivers)	• 일시휴가케어 너싱홈 • 일시휴가케어센터
정신보건 (Mental Health)	• Stay-In Options • Home Visit(Assess and Counsel) • Hospital or Specialist Clinics • Caregiver Support and Training • Counselling • Dementia Care and Support at Home • Day Care and Rehabilitation Facilities • GP Clinic or Policlinic • Employment support • Respite care
기타 서비스 및 정책	• Home First • AIC Wellness Programme • Community Health Centres • Befriending Service and Neighbourhood Links • Dementia-Friendly Singapore

자료: Silver Pages Singapore. (2017a). Care Services. https://www.silverpages.sg/care-services 원자료의 내용을 표로 재구성함.

1) 홈케어(Home Care)

홈케어 서비스로는 환자 에스코트와 이송(Medical Escort and Transport), 가정간호, 가정진료, 가정요법, 가정호스피스, 가정개인돌봄, 가정 식사배달 서비스가 포함된다. 구체적으로 보면 진료예약에 혼자 방문하기 힘든 경우 환자를 의료기관까지 이송해 주고 의료기관 내에서 길 찾기와 다음 약속 받아적기 등 에스코트가 제공된다. 그리고 의사, 간호사 혹은 케어매니저로부터 의뢰서가 있는 경우에는 홈 서비스(상처 치료, 주사, 신체 삽관 교체 등), 약제 관리, 케어 조정, 가족돌봄제공자 교육을 받을 수 있다.

또한 노쇠하고 와상 상태인 고령 환자에게 주로 제공되는 가정 진료는 병원, 폴리클리닉 혹은 일반의(GP)로부터 의뢰서를 받아 진료, 간호, 돌봄제공자 교육 및 훈련 등의 서비스가 제공된다. 직접 의료기관 등을 방문하여 재활하기 힘든 환자에게 일상생활 능력 회복 및 재활을 돕는 치료를 제공하는 가정 요법은 작업치료를 통해 일상생활 혹은 작업에 필요한 기술을 가르치고 유지할 수 있도록 한다.[26]

그리고 가정 호스피스를 통해 암 같은 진행성 질환으로 수주간 혹은 몇 달 안에 악화될 것으로 예상되는 환자가 남은 생을 가정에서 보낼 경우 가정 내 돌봄제공자 교육, 완화의료 서비스, 심리사회적 지원 서비스를 제공하며, 노쇠하고 질환 등이 있어 외출하기 어려워 가정에서 오랜 시간을 보내는 고령자에게 계속해서 자신의 집에서 생활할 수 있도록 제공하는 일상생활(ADL) 수행 보조 서비스인 가정 개인돌봄 서비스도 제공된다.[27]

---

26) 그 외에도 물리치료를 통해 장애, 트라우마 혹은 질병에 기인한 문제를 치료하는 것으로 뇌졸중 후 다시 걷는 훈련 등을 하기도 하며 언어치료를 통해 연하작용 혹은 의사소통 문제를 해결하는 조치를 포함함.

27) 세탁, 환복, 식사, 화장실 이용, 움직임, 이동과 관련한 ADL 보조, 개인위생 서비스, 약제 복용 보조, 고령자 일시돌봄(Elder sitting and respite), 마음(뇌) 촉진 활동(Mind-stimulating activities), 신체 기능 유지를 위한 단순 운동이 제공되는 서비스.

2) 주간케어(Day Care)

싱가포르 고령자 통합케어 프로그램(SPICE: Singapore Programme for Integrated Care for the Elderly), 주간재활센터, 주간 사회활동 및 돌봄 지원센터, 호스피스 주간케어센터를 통해 주간케어 서비스가 제공된다. 우선 싱가포르 고령자 통합케어 프로그램에서는 노쇠한 노인에게 가정과 주간센터 이용을 포함한 통합케어를 제공한다. 서비스는 요양서비스, 의료적 케어 서비스, 치료요법센터의 프로그램 이용을 포함하여 구성된다.[28]

그리고 주간재활센터에서는 뇌졸중, 골절, 심장질환 등으로 기능이 소실 혹은 감퇴한 고령자에게 질병으로부터 회복을 돕고 기능을 복구하기 위하여 물리치료 및 작업치료요법을 제공한다. 주간 사회활동 및 돌봄 지원센터에서는 주돌봄자가 근무하는 낮 시간 동안 노쇠한 노인에게 케어와 운동을 제공한다. 센터에서 목욕이나 환복과 같이 의료적이지 않은 개인돌봄을 제공하며 놀이나 사회활동 및 기능 유지를 위한 운동 프로그램을 운영한다. 마지막으로 호스피스 주간케어센터(Hospice Day Care)에서는 말기환자를 가정에서 돌보는 주돌봄제공자에게 환자를 위한 기본적인 케어 방법을 교육하고 다가올 죽음과 상실을 헤쳐 나갈 수 있도록 상담을 제공한다.

3) 입소케어(Stay-In Care)

입소케어는 주로 너싱홈(Nursing Home)과 지역병원, 입원 호스피스 케어, 쉼터 및 지역가정에서 서비스가 제공되고 있다. 우선 너싱홈 중 정신과너싱홈(Psychiatric Nursing Home)에서는 정신과적 문제를 안고

28) 서비스는 일상생활(ADL) 수행 보조, 물리치료, 작업치료, 놀이 및 사회활동, 식사, 요양과 의료적 케어, 상담 및 사회 서비스 연계, 돌봄제공자 교육 및 지원, 환자 이송을 포함함.

있는 고령자가 입소하여 사회적 기술과 신체적 건강을 증진할 수 있는 치료요법을 받거나 활동에 참여할 수 있도록 하며 너싱홈에 입소하여 간호 및 일상생활 보조 서비스를 장기간 받을 수 있다.

그리고 지역병원에서는 단기간 고령자를 케어하며 치료, 치료요법(물리치료, 작업치료, 언어치료) 및 돌봄제공자 교육 서비스를 제공한다. 환자가 치료받았던 병원(The Hospital) 혹은 특수 클리닉의 의료진이 의뢰하며 비용은 자산조사(means-testing) 후 책정된 금액(110~360달러)에서 감면받는다. 추가로 의료지원기금(Medifund Silver, Medishield life, ElderShield)에서 병원비 보조금을 받을 수 있다(Silver Pages Singapore, 2017b).

입원 호스피스케어(Inpatient Hospice Care)의 경우는 말기환자 중 기대여명이 3개월 이내로 가정 내 돌봄이 어려운 환자가 대상이다. 제공되는 서비스는 증상(통증, 구토, 메스꺼움 등) 관리, 일시돌봄케어, 말기의료(End-of-Life Care)이다.

그 외에도 혼자서 생활할 수 있지만 독립적 생활을 위해 부분적인 도움이 필요한 고령자 중에서 가족이나 돌봄제공자가 없는 경우 쉼터 및 지역가정을 이용할 수 있다. 제공되는 서비스는 숙식과 세탁, 정보 제공, 재정보조이다. 사회복지사 혹은 병원의 의료사회복지사(Medical Social Worker)의 도움을 받아 서비스에 지원할 수 있다.

4) 돌봄제공자 일시휴가(Respite for Caregivers)

돌봄제공자 일시휴가와 관련하여 일시휴가케어 너싱홈(NHRC: Nursing Home Respite Care)과 주말 일시휴가케어센터(Centre-Based Weekend Respite Care)가 돌봄제공자에게 장·단기간의 휴식 기간을 제공하기도 한다. 구체적으로 주돌봄제공자가 치료가 필요한 경우, 기존 거주

지에 물리적 변경으로 불편이 있는 경우(Home renovations, home upgrading etc.), 외국인 가정부 휴가(FDW: Foreign Domestic Worker), 장기간 돌봄으로 주돌봄자에게 휴식이 필요할 때의 네 가지 경우에 한 번에 최소 7일간 머무르며 연간 최장 30일까지 정부보조 일시휴가케어를 너싱홈에서 받을 수 있는 일시휴가케어 너싱홈을 신청할 수 있으며, 이때 고령자는 중도에서 고도의 요양이 필요하다고 인정받은 자[29]이다(Silver Pages Singapore, 2017c).

그리고 주말 일시휴가케어센터에서는 주돌봄제공자가 주말에 잠깐 쉬거나 볼일을 볼 수 있도록 몇 시간의 케어를 데이케어센터에서 제공한다. 필요한 경우 복약 확인, 운동 및 사회적 활동, 일상생활 보조, 식사 제공 서비스가 포함된다.

5) 정신보건(Mental Health)

노인의 정신과적 문제 혹은 치매 문제로 인해 케어가 필요한 고령자를 대상으로 여러 서비스가 제공되고 있다. 우선 정신병적인 문제 혹은 치매로 인해 케어가 필요한 고령자는 단기(psychiatric rehabilitation homes) 혹은 장기(psychiatric homes and nursing homes with dementia capacity)로 입소하여 정신과적 재활 서비스와 치료를 받을 수 있다. 가정에 정신과적 문제에 대응하는 팀이 방문하여 서비스를 제공하기도 한다. 이들은 돌봄제공자 지원과 교육, 환자 사정평가 및 환자의 돌봄제공자 요구도 평가, 환자 케어플랜 개발 및 케어 조정, 조기 개입, 상담 및 정신과적 요법을 환자와 환자의 돌봄제공자에게 지원한다. 그 외에

29) 중고도 요양 케어 요구가 있는 경우(moderate to high nursing care needs, e.g. is semi-mobile, wheelchair-bound or bed-bound, needs daily nursing care and/or help in personal care such as feeding, toileting and transferring, has physical or mental disabilities because of medical conditions such as stroke, dementia and other chronic diseases).

도 병원 혹은 특수 클리닉(Hospital or Specialist Clinics)을 통한 서비스, 정신과적 상담 등이 제공된다.

6) 기타 정책과 프로그램

그 외에도 싱가포르 정부는 가능한 한 살던 곳에서 오래 건강하고 능동적으로 생활하고, 필요한 경우 우선적으로 지역 내에서 케어를 받도록 장려하는 'Home First' 정책을 실행하고 있다. 싱가포르 시민을 대상으로 한 연구에서 노인 중 80% 이상이 집에서 살고 싶다고 응답하였으며 정부는 이에 부응하기 위하여 홈케어 서비스를 확대하고 지역의 주간케어센터와 재활케어, 치매케어센터를 중심으로 하는 서비스를 'Home First'라는 이름으로 장려하고 재정적 지원 정책을 펼치고 있기도 하다.

제3절 싱가포르의 만성질환 예방 및 관리

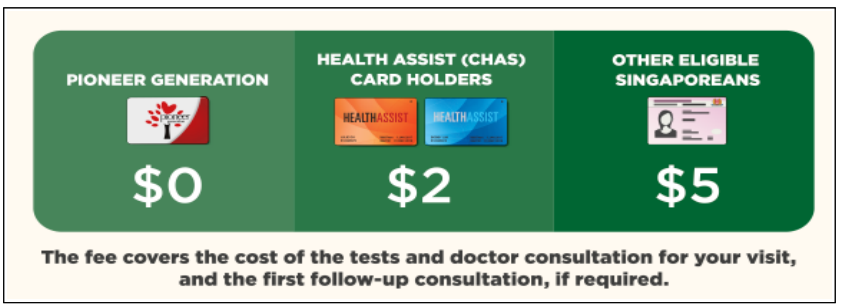
싱가포르 정부는 만성질환을 조기에 발견하고 일차의료에서 지속적으로 관리하는 전략을 채택하고 있다. 이에 만성질환 스크리닝 비용을 낮추는 동시에 일차의료기관(의료인) 접근성 증진 정책을 펴고 있다. 의료 이용에서 이용자의 책임성을 높이고 도덕적 해이를 줄이기 위하여 기본적으로 정률분담금(coinsurance)과 기본공제액(deductible)을 적용하고 있다. 하지만 만성질환은 스크리닝에서 매우 낮은 정액분담금을 부과하고 일차의료기관에서 치료받는 경우에는 분담금 비율을 낮추고 기본공제액을 일부 없앴다.

가. 국가 스크리닝 정책(the Enhanced Screen for Life proramme)

건강증진위원회(HPB: Health Promotion Board)는 통합 스크리닝 프로그램(ISP: Integrated Screening Programme)을 통해 2011년부터 만성질환과 일부 암 검진을 통합하여 실시하였다. 만성질환의 경우 40세 이상의 당뇨병, 고혈압, 고지혈증이 대상으로 혈액검사비용은 일반의 클리닉 이용 시 8달러이며 저소득 싱가포르인은 무료였다. 50세 이상 여성의 경우 일반 의사가 의뢰하면 ISP를 통해 50달러에 유방암 검진(mammography)을 받을 수 있었다. 메디세이브 계좌에서 검진비용을 지불할 수 있다. ISP 경험을 통해 조기에 만성질환과 암질환 스크리닝을 통합하여 시행하는 것이 효과적이라고 판단한 보건부는 2017년 9월 이전보다 더 저렴한 비용에 통합 스크리닝을 받을 수 있는 프로그램을 도입하였다. 기존의 프로그램인 ISP, Community Functional Screening Programme(이상 HPB 건강증진 프로그램)과 보건부의 암검진 프로그램(BreastScreen Singapore, CervicalScreen Singapore, and National Colorectal Cancer Screening Programme)을 통합한 'SFL: The Enhanced Screen for Life programme'을 시행하고 있다. SFL은 5달러 이하의 비용으로 당뇨병, 고혈압, 콜레스테롤 수치, 비만, 자궁경부암, 대장암 검진을 받을 수 있게 하였다. 40만 명의 개국공신 세대는 무료이며 CHAS의 블루와 오렌지 카드를 소지한 사람은 2달러를, 그 외 검진 대상자는 5달러를 지불한다. 검진 대상자가 아닌 경우 비용은 대략 100달러가 든다. 5달러는 검사비뿐만 아니라 검사 후 1회 상담 서비스까지 포함된 비용이다. 싱가포르에서 대장암은 남성에게 가장 흔한 암이고 여성에게는 유방암에 이어 두 번째로 흔한 암이다. 만성질환 대상자는 40세 이상이며 대장암 검사는 50세 이상, 자궁경부암은 25세 이상

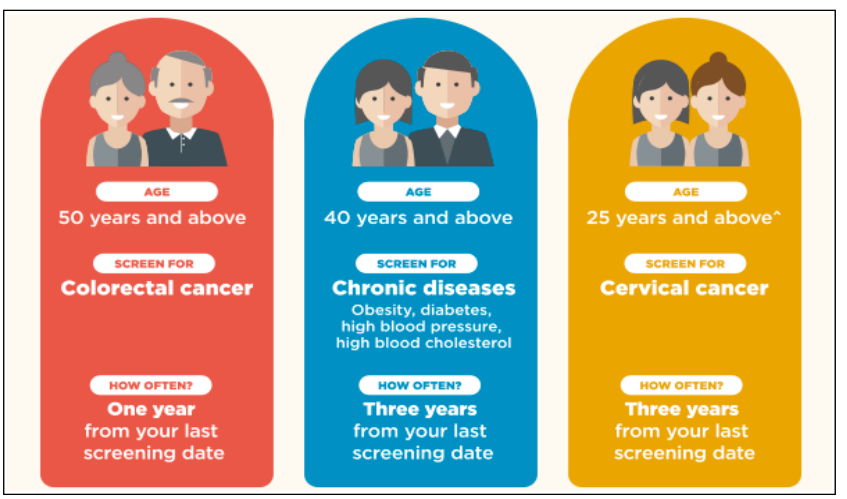
여성만 해당된다. 유방암의 경우 50세 이상의 여성이 대상이며 보조금을 받아 검진받을 수 있다. 2017년 8월부터 대상자에게 스크리닝 안내장이 발송되었다.

[그림 4-8] 자격별 국가 스크리닝 프로그램 비용



자료: Health Hub. (2017). Enhanced subsidies for selected Health Screenings. https://www.healthhub.sg/programmes/61/Screen_for_Life

[그림 4-9] 검진별 대상자 및 검진 주기



자료: Health Hub. (2017). Enhanced subsidies for selected Health Screenings. https://www.healthhub.sg/programmes/61/Screen_for_Life

나. 지역보건센터(Community Health Centres, CHC)

지역보건센터는 일반의(GPs)가 의뢰하는 만성질환자를 대상으로 운영된다. 일반의 의뢰에 따라 서비스가 개시되고 센터 서비스는 간호사를 비롯한 보건의료 관련 전문직(allied health professionals, 영양사, 물리치료사, 발전문치료사 등)으로 운영된다. 센터 매니저는 관련 분야에서 5년 이상 근무한 경력이 있어야 한다. 공공보건의료 클러스터 혹은 민간운영자에게 고용되어 있다. 의뢰된 검사 결과는 일반의사에게 전달된다. 초기 질병 감지와 만성질환으로 인한 합병증을 줄이는 것을 목표로 한다. 예를 들어 정기적인 당뇨병 망막 사진 촬영(DRP: Diabetic Retinal Photography)과 당뇨병 환자용 발검사(DFS: Diabetic Foot Screening)는 당뇨병 환자에게 흔한 눈과 발 질환을 조기에 식별하고 필요시 치료를 의뢰한다. 간호 상담, 교육과 식품영양학적 서비스를 통해 환자 스스로 자신의 만성질환을 잘 관리할 수 있도록 한다. 센터의 주요 서비스 내용과 치료는 〈표 4-8〉과 같다.

〈표 4-8〉 지역보건센터 주요 서비스 내용

서비스	내용
Podiatry	만성질환 관련 발과 발목의 검사 및 치료요법
Nurse Counselling And Education	일반적인 식습관, 생활습관, 복약에 관한 상담, 만성질환 관리 상담
Dietary Advice	만성질환별 식이요법 상담
Diabetic Eye Screening	당뇨병으로 인한 시력 문제를 조기에 발견하기 위한 스크리닝
Physiotherapy	사고 혹은 질환 등으로 인한 환자의 통증 완화, 기능 회복 및 개선
Health Wellness Programme	정신적 웰빙을 위한 상담과 생활습관에 관한 조언 제공
Diabetic Foot Screening	당뇨병 환자의 발 문제를 조기에 발견하고, 합병증, 발목 절단의 위험을 감소시키기 위한 스크리닝

자료: AIC. (2017c). https://www.silverpages.sg/care-services/ Community%20Health%20Centres에서 2017. 11. 1. 인출.

다. 만성질환관리 프로그램(The Chronic Disease Management Programme, CDMP)

메디세이브는 기본적으로 병원 진료비를 보조하는 의료 계좌이다. 하지만 만성질환은 병원 밖에서 미리 검진받고 꾸준하게 관리받는 것이 중요하므로 클리닉의 가정의사에게 검진받거나 관리받는 비용을 메디세이브 계좌에서 지원하도록 마련한 정책이 CDMP이다. 프로그램의 접근도를 높이기 위하여 700개 이상의 일반의 클리닉과 그룹이 프로그램 대상이다. 환자는 메디세이브 계좌로부터 연간 400달러까지 만성질환 관리비용을 클리닉에서 사용할 수 있다. 2014년 7월부터 접근도 향상을 위하여 30달러의 본인부담금(deductible)을 없앴다. 추가로 환자의 의료비 정률분담금(15% co-insurance)을 상대적으로 낮게 지불하도록 하고 있다.

〈표 4-9〉 메이세이브를 통해 지원받을 수 있는 만성질환 리스트

추가된 시기	만성질환명
2006년 10월	• 당뇨병
2007년 1월	• 고혈압 • 고지혈증 • 뇌졸증
2008년 4월	• 천식 • 만성폐쇄성폐질환(COPD)
2009년 10월	• 주요우울증(major depression) • 조현병
2011년 11월	• 치매 • 양극성 장애
2014년 1월	• 관절염 • 양성 전립선 비대증 • 불안증(Anxiety) • 파킨슨병 • 신장증·신염
2015년 1월	• 간질, 골다공증, 건선, 류머티즘성 관절염

자료: MoH Singapore. (2017e). Chronic diseases. https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/ costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave/Chronic_Diseases.html

2006년 당뇨병, 2007년 고혈압, 고지혈증, 뇌졸중이 대상 질환이었고 2008년 천식과 만성폐쇄성폐질환이 추가되었다. 2009년 조현병(schizophrenia)과 주요우울증(major depression), 2011년 양극성 장애(bipolar disorder)와 치매, 2014년 골관절염, 전립선 비대증, 불안장애, 파킨슨병, 신장증·신염, 2015년 간질, 골다공증, 건선 및 류머티즘성 관절염이 추가되어 19개 만성질환이 지정, 관리되고 있다. 환자는 무료로 환자교육용 자료, 질환관리수첩을 받는다.

라. 지역 클리닉 보조금 제도(Community Health Assist Scheme, CHAS)

지역 클리닉 보조금 제도(CHAS)는 가족의 수입이 중간 이하(lower-to middle-income)인 경우 환자가 지역 일반의(GP) 클리닉과 치과 클리닉을 이용할 때 정부가 의료비를 지원하는 제도이다(CHAS, MoH 2017a). CHAS에서 보장하는 항목은 만성질환, 흔한 질환, 일부 치과질환으로 〈표 4-10〉과 같다.

〈표 4-10〉 CHAS 보장 목록

분류	목록
만성질환	• CDMP 리스트와 동일한 총 19개 질환 • 단 정신과적 질환(Anxiety, Bipolar Disorder, Major Depression, Schizophrenia)은 선택된 클리닉에서만 혜택을 볼 수 있음
흔한질환	• Abdominal pain • Cough, cold and flu • Diarrhoea • Fever • Headache • Skin infection and rashes • Sore eyes • Urinary tract infection
치과질환	• Extraction* • Filling* • Removable Denture • Denture Reline/Repair • Permanent Crown • Re-cementation* • Root Canal Treatment • Incision and Drainage* • Polishing* • Scaling* • Topical fluoride* • X-Ray*

* 블루카드 소지자만 적용되며 오렌지카드 소지자는 CHAS 혜택 없음.

자료: Community health Assist Scheme. (CHAS). MoH Singapore. (2017b). CHAS Subsidies. https://www.chas.sg/content.aspx?id=636

모든 개국 공신(Pioneers)은 자산조사 없이 대상이 되며 시민권자는 자산조사를 거쳐 대상이 되면 카드를 지급받는다. 대상자는 월 가구 총소득을 가구 구성원 수로 나눈 일인당 월별 가구소득이 1100달러 이하인 하위소득(블루카드), 1101~1800달러 이하의 중간소득(오렌지카드)이 해당된다. 소득이 없는 노인의 경우 살고 있는 집의 연간 가치가 1만 3000달러 이하인 경우 블루카드, 1만 3001~2만 1000달러일 때 오렌지카드 대상이 된다. 감기 같은 일반 질환은 방문당 18.50달러까지 지원금

을 받을 수 있다(블루카드 소지자). 개국공신은 28.50달러까지 지원받는다. 이에 비하여 만성질환은 보조금이 더 높다. 1개의 만성질환 관리는 한 번 방문에서 80달러, 복합 만성질환(1개의 질환과 합병증 혹은 2개 이상의 만성질환) 관리는 방문당 120달러까지 지원받는다. 혜택을 받을 수 있는 만성질환은 만성질환 관리 프로그램(CDMP)과 동일하게 총 19개 질환이다.

만성질환이 있는 환자의 경우 CHAS는 CDMP와 함께 적용된다. 우선 CHAS로 지원받는 금액을 제한 후 남은 환자 부담금에서 15%만 지불하면 된다. 블루카드 소지자가 복합 만성질환에 대하여 1회 진료를 받은 비용의 예시는 [그림 4-10]과 같다.

[그림 4-10] 블루카드 소지자 복합 만성질환 비용(예시)

Example of a chronic visit for a **blue** Health Assist cardholder with the usage of Medisave:

Consultation	$	40.00	List price of components that make up the total bill
Medication	$	120.00	
Lab Test	$	40.00	
Total Bill	**$**	**200.00**	
CHAS subsidy	$	- 120.00	This is the amount of CHAS subsidies you are claiming for this visit
Patient Payable	**$**	**80.00**	**Amount due after deduction of CHAS subsidies**
Cash Co-payment (15% of Remainder)	**$**	**12.00**	**This is the part of remainder which you will need to pay out-of-pocket**
Medisave Claimable	$	68.00	This is how much you can claim from Medisave.

With effect from 1 July 2014, the $30 deductible for Medisave claims under Chronic Disease Management Programme (CDMP) has been removed.

자료: Community health Assist Scheme(CHAS), MoH Singapore. (2017c). https://www.chas.sg/faq_content.aspx?id=335&terms=CDMP

제4절 소결

싱가포르는 2017년 기준 노인 인구 비율은 9.2%이며 낮은 합계출산율(2016년 기준 1.2명)과 높은 기대수명(2016년 기준 평균 82.9세)으로 고령화 속도가 빠른 국가이다. 2012년 싱가포르 보건부는 고령화사회에 대응하여 보건의료체계 개혁을 위한 마스터플랜(Healthcare 2020 Masterplan)을 수립하였다. 마스터플랜에서 고령자 친화적 케어의 3대 원칙을 함께 발표하였다. 첫째, 질환 중심의 분절된 의료에서 환자 중심의 의료로 변화, 둘째, 병원 중심에서 지역 기반 케어로 변화, 셋째, 환자를 위하는 케어에서 환자와 함께하는 케어로 변화하는 원칙이다.

이러한 원칙과 마스터플랜에 따라 싱가포르에서 추진 중인 보건의료정책의 핵심 기조는 ① 지역보건의료체계(RHS: Regional Health Systems)의 확산과 ② 일차의료 강화이다. 고령자에게 연속적인 케어를 제공하기 위하여 기존의 보건의료 클러스터의 기능을 강화하고 확산하여 지역 중심 의료체계로 개편 중이다.

싱가포르는 마스터플랜에 따라 일반 고령자 건강증진 서비스도 개혁 중이다. 2015년 싱가포르 보건부의 고령화위원회(The Ministerial Committee on Ageing)는 성공적인 노화를 위한 실천계획(The Action Plan for Successful Ageing)을 발표하였다.[30] 싱가포르 국민이 건강하고 활기차게 지역에서 나이 들어 갈 수 있도록 한다는 하나의 목표로 여러 부처(국토교통부, 주택개발사, 보건부, 법무부 등)와 민간이 협력하여 공동 정책을 추진하고 있다.

---

30) 실천 계획은 정부의 여러 부처 산하 기구, 비정부기구, 학계, 산업체가 공동 개발하여 총 12개 분야(health and wellness, learning, volunteerism, employment, housing, transport, public spaces, respect and social inclusion, retirement adequacy, healthcare and aged care, protection for vulnerable seniors and research)에서 70개 이상의 계획(Initiatives)을 진행 중임.

제 5 장

중국의 고령자 건강정책

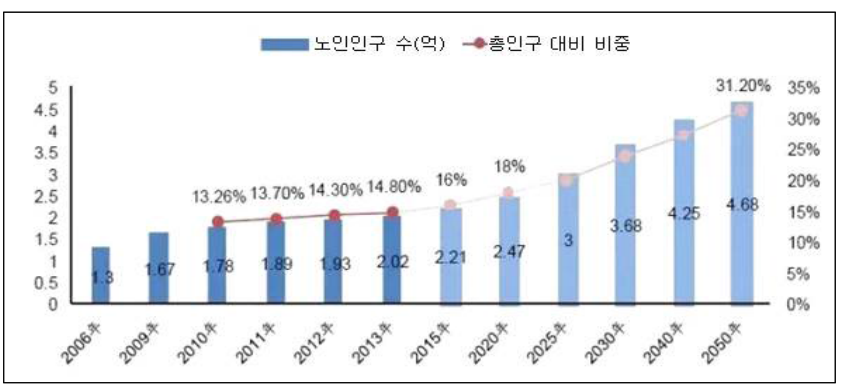
제1절 중국 노인의 건강 수준
제2절 중국의 고령자 건강정책
제3절 중국의 만성질환 예방 및 관리
제4절 소결

5 중국의 고령자 건강정책

제1절 중국 노인의 건강 수준

중국 역시 최근 출산율 감소와 기대수명 연장으로 인해 급격한 인구 고령화를 겪고 있다. 2015년 중국 60세 이상 노인 인구는 2억 2000만 명으로 총인구의 약 16.1%이며 다른 아시아 국가와 유사하게 고령화가 빠르게 진행되고 있어 2050년 노인 인구가 전체 인구의 3분의 1을 넘어설 것으로 추정하고 있다.

〔그림 5-1〕 2006~2050년 중국 60세 이상 노인 비중



자료: 산업연구원 북경지원. (2016). 중국 고령화 추이와 시사점. 이슈 분석, p. 1 그림 1.

중국의 고령화 및 건강과 관련하여 국가 분석을 한 WHO에 따르면 (WHO, 2015b), 중국 노인의 건강기대수명은 2012년 기준 68세로 나타나며 일상생활에 어려움을 겪는 노인 비율은 전체 60세 이상 인구 대비 약 19%로 추정하고 있다.

〈표 5-1〉 중국의 노인의 기대수명과 일상생활 수행 어려움 정도

항목		값	기준 연도
대분류	소분류		
수명	기대수명	75세	2012
	건강기대수명	68세	
일상 생활 동작 (ADL)	일상생활 동작의 어려움	19%	2010
	completely dependent	6%	

자료: WHO(2015b), China country assessment report on ageing and health의 주요 내용을 저자가 표로 요약함.

주요 보건지표를 통해 살펴본 중국 노인의 건강 수준을 만성질환 유병 현황과 건강행태로 구분하여 살펴보면 다음과 같다. 우선 중국 노인의 만성질환 유병 현황을 보면(WHO, 2015b), 2012년 기준으로 고혈압은 60세 이상 인구 대비 66.9%로 가장 높게 나타났으며 관절염은 25%, 당뇨는 19.6%로 높게 나타났다. 2016년 국민건강통계(질병관리본부, 보건복지부, 2016)에 따르면 한국의 65세 이상 인구의 65.2%가 고혈압, 28.7%가 골관절염, 약 27.3%가 당뇨병을 앓고 있는 것을 볼 때 중국 노인의 만성질환 유병 상태는 한국과 유사하게 나타났다.

〈표 5-2〉 중국 노인의 만성질환 유병률

항목		값	기준 연도
대분류	소분류		
만성 질환	고혈압	66.9%	2012
	당뇨병	19.6%	
	심근경색증	1.3%	
	뇌졸증	5.7%	
	관절염	25%	
	만성 폐쇄성 폐질환	15.5%	
	천식	3.4%	
	파킨슨병	1.6%	2005
	우울	11~57%	2012
	자살	13~17%	2013

자료: WHO(2015b), China country assessment report on ageing and health의 주요 내용을 저자가 표로 요약함.

중국 노인의 흡연, 음주, 식이습관과 신체활동의 건강행태 현황을 살펴보면 2012년 기준 중국의 60세 이상 인구의 약 84%가 운동 부족(physical inactivity)[31] 상태로 나타났으며 절반 이상인 56.6%가 불충분한 식사(insufficient dietary intake)를 하고 있는 것으로 나타났다. 흡연과 음주를 하는 비율은 각 22.4%로 나타났다. 앞서 유사하게 나타나는 만성질환 유병 현황과 달리 중국 노인과 한국 노인의 건강행태는 달리 나타난다. 2016년 국민건강통계에 따르면 65세 이상 한국 노인의 현재 흡연율은 9.7%로 중국보다 낮으며, 음주 비율은 월간 음주율로 봤을 때 30.1%로 나타나 중국 노인보다 높게 나타난다. 불충분한 식사와 운동 부족의 경우 중국의 조사[32]와 국민건강통계에서 정의하는 기준이 부합하지 않아 적용하기 어려우나 한국의 노인 역시 신체활동 부족 문제를 겪고 있다(65세 이상 노인의 유산소 신체활동실천율[33]=34.4%).

〈표 5-3〉 중국 노인의 건강행태

항목		값	기준 연도
대분류	소분류		
건강행태	흡연	22.4%	2012
	음주	22.4%	
	불충분한 식사[34]	56.6%	
	운동 부족	84%	

자료: WHO(2015b), China country assessment report on ageing and health의 주요 내용을 저자가 표로 요약함.

31) 일주일에 적어도 3번 이상, 최소 10분 운동을 규칙적으로 하는 경우를 규칙적 신체활동으로 정의하였음.
32) 2010 Chronic Disease Risk Factor Surveillance survey.
33) 일주일에 중강도 신체활동을 2시간 30분 이상이나 고강도 신체활동을 1시간 15분 이상 또는 중강도와 고강도의 신체활동을 섞어서(고강도 1분은 중강도 2분) 각 활동에 상당하는 시간을 실천한 분율.
34) 매일 400g 이하의 채소 및 과일 섭취를 불충분한 식사로 정의하였음.

WHO는 중국 노인의 건강 문제로 만성질환 유병 및 건강행태와 더불어 낙상(falls)도 주목하고 있다. WHO는 중국 노인 사망의 주요한 원인 중 하나로 의도치 않은 손상을 언급하고 있으며 그중 상당수가 낙상으로 인해 발생하는 것이라고 보고한다(WHO, 2015b). WHO는 낙상으로 인한 손상률이 11~34%에 이른다고 보고하고 있으며 4~5%의 노인은 매해 2회 이상의 낙상사고를 경험한다고 보고한다.

제2절 중국의 고령자 건강정책

1. 보건의료제도

중국의 노인 건강 관련 의료보장제도는 개혁개방 정책에 따른 전체적 의료보장제도의 개혁과 함께 발전해 왔다. 개혁개방 이전인 1970년대 이전 의료보장은 도시와 농촌 간 차이를 보인다. 도시에는 국가기관과 사업단위 근로자를 위한 공비의료제도와 국유기업 노동자의 노동보험의료제도가 있었으며 농촌에는 농촌합작의료제도가 시행되었다. 이후 중국의 의료보장제도는 공비의료제도, 도시근로자 기본의료보험, 도시지역 주민 기본의료보험, 신형 농촌합작의료보험, 의료부조 프로그램으로 분화되었다. 의료보장 사각지대, 분절된 행정체계에 따른 비효율성 등의 문제가 제기되면서 최근 중국 정부는 의료보험제도의 단계별 통합을 추진 중이다.

현대 중국의료보장제도와 보건체계 변화 중 노인 건강과 관련해 주목할 만한 시점은 2009년 이후로, 2020년까지 모든 국민에게 포괄적 기본의료 서비스를 제공하겠다는 목표가 선언되었고 4월 7일 국무원에서는 '의약보건시스템 개혁 심화 실시 방안 2009~2011'을 발표하였다(이정

찬, 김계현, 김한나, 2014). 기본의료보험 확대, 공중보건 서비스에 대한 전 국민 서비스 접근성 향상 등을 목표로 다양한 정책이 시행되었는데, 의료부조 수혜자를 저소득층 가정 노인 등에게로 확대한 것, 총 41개 무료 기본 공중보건 서비스 중 노인 보건의료 서비스와 고혈압 및 당뇨병 환자 서비스 등이 포함된 것, 65세 이상 노인의 건강검진을 실시한 것을 노인건강 관련 주요 성과로 꼽을 수 있다(이정찬, 김계현, 김한나, 2014).

2012년부터는 제12차 5개년 계획(중국공산당 중앙위원회 국민경제와 사회발전 12차 5개년 계획)에 따라 의료 서비스 시스템이 강화되었는데 노인 간호에 따르는 의료 역량 강화가 소아과, 산부인과, 정신보건, 전염성 질환 치료, 재활의학 역량 강화와 함께 정책목표로 포함되었다. 또한 요양원을 포함한 보건의료시설 확충과 요양 서비스 역량을 향상하는 것과 2015년까지 급성병원과 장기요양병원 간 기능을 차별화하는 방안도 명시되었다. 노인 서비스의 종합적 개혁을 선언한 중국은 지속적으로 노인보호(elderly care), long-term care의 서비스 물량을 증대하는 데 소요되는 자원을 조달하기 위해 2013년부터는 노인돌봄 영역을 개방하기 시작했다(이정찬, 김계현, 김한나, 2014; National Development and Reform Commission, 2017). 2016년 3월 16일 승인된 제13차 5개년 계획(중국공산당 중앙위원회 국민경제와 사회발전 13차 5개년 계획 2016~2020)에서도 12차의 정책 기조를 계승하고 있는데, 2016년 12월 23일 중국 정부는 2020년까지 노인 서비스 기관을 시장에 완전 개방하겠다고 발표하였다. 제13차 계획에서 주목할 만한 점은 노인돌봄 인력 양성을 위한 교육훈련이 강조된 것과 돌봄 서비스와 의료 서비스를 통합하겠다는 점이다(National Development and Reform Commission, 2017).

그리고 중국은 2016년 국민의 건강을 최우선에 놓고 생애 전반에 걸쳐

국민 건강을 보장하고 건강 평등을 실현하고자 '건강중국 2030' 행동 계획을 수립하여 발표하였다. 이 계획은 고령화, 도시화, 소득 증대 등으로 건강에 대한 국민의 인식 증가와 의료비 지출의 빠른 증가로 국민의 서비스 수요를 충족시키고 국가 차원의 의료비 지출을 관리하기 위해 마련되었다(김유미, 2017). 건강중국 2030 계획은 당뇨병, 고혈압 등 만성질환 유병 환자 비율 및 만성질환으로 인한 사망이 증가하고 있다는 사실을 인지하고 국민 건강을 증진시키기 위한 장기적인 관리가 필요하다는 인식을 바탕으로 마련되었다. 건강중국 2030 계획을 통해 중국은 건강 상식을 확대하고[35] 건강 생활 방식을 알리며 공중보건, 출산, 의료 서비스, 의료보장, 의약품 관리 등 보건 부문의 건강정보화 시스템을 구축하여 원격진료, 질병관리 등 디지털 기술 활용을 적극적으로 추진하겠다고 밝혔다. 이 계획에 따라 건강중국 2030 계획은 2030년까지 평균 기대수명을 79세로 늘리고 만성질환으로 인한 조기사망률을 13%, 개인의료비 지출 비중을 25% 수준으로 낮추는 등 건강지표 목표를 수립하였다(김유미, 2017).

이처럼 개혁개방 이후를 기점으로 중국 보건시스템은 급격한 경제성장에 따른 경제사회적 변화 및 인구학적 변화로 다각화된 중국 국민의 의료 수요에 맞추어 발전해 왔다. 급속도로 진행되는 고령화 역시 주요 원인으로 볼 수 있다. 현재 중국 정부는 노인 건강 관련 공공보건의료제도를 단계적으로 구축함과 동시에 수반되는 자원을 감당하기 위해 공공과 민간의 협력 파트너십 및 해외 자본 유입을 활용하는 전략을 고수하고 있다.

그러나 아직까지는 증가하는 노인 인구의 보건의료 및 돌봄 서비스 수요를 감당하기에 부족한 수준이며 대부분의 지역에서 장기요양제도, 재가 또는 지역 기반 공공 돌봄 서비스는 부재한 실정이다(WHO, 2015b).

35) 중국 내 15~69세 인구 100명 중 건강 상식을 제대로 갖추고 있는 사람은 10명 미만으로 중국 국민의 건강 상식은 매우 부족한 상황임(csf.kiep.go.kr/issueInfo/ M002000000/view.do?articleId=19640에서 2017. 10. 17. 인출).

WHO는 고령화와 건강에 관한 중국 국가 분석 보고서에서 상당수의 노인이 제한적인 보건의료 서비스에만 접근할 수 있다고 보고하며 농촌으로 갈수록 그 정도는 심해져 농촌 주민의 약 31%는 적절한 의료 서비스를 받을 수 없는 상황이라고 보고한다(WHO, 2015b).

2. 고령자 건강정책

가. 노인 건강증진

중국은 고령화사회 대책으로 2016~2020년 기간 동안 노인을 위해 좀 더 나은 공공 서비스 제공을 목적으로 하는 노인 케어 5개년 계획을 발표하였다. 이 계획에 따르면 2020년까지 중국 국민의 95%가 기본 건강보험에 가입하게 하는 것을 목적으로 하고 있으며 지역 전체 은퇴자의 의료비용 결제를 용이하게 하기 위해 기본 건강보험을 위한 전국적인 정보 네트워크 구축을 계획에 포함하고 있다. 또한 노인을 대상으로 한 케어 서비스 제공에 대한 가족 및 지역사회의 책임을 강조하고 있으며 노인의 건강증진을 위한 신체활동을 강조하고 있다.

하지만 WHO(2015b)는 중국의 고령자 건강정책을 리뷰하면서 중국의 보건 인력이 노쇠, 노화로 인한 낙상, 기능 손상 등의 건강 문제에 대한 인지도가 낮다는 점을 언급하며 지역사회 보건 인력에게 노쇠와 기능 손상을 일차의료체계나 지역사회 보건 체계에서 스크리닝할 수 있도록 하는 프로그램을 구축할 것을 제안하였다. 또한 보건 인력이 노인의 불규칙한 식습관, 이동성 손상, 인지 손상, 감각 손상 등 빈번하게 발생하는 문제에 대해 거주 기반 케어를 제공할 수 있도록 보건 인력 대상 교육을 실시하고 노인의 신체 기능 정보를 데이터로 구축하여 노인의 건강을 모니터링할 것을 제안하였다.

나. 중국의 장기요양

중국은 아직 공적 체계를 통한 장기요양 서비스 제공이 이루어지지 않고 있다. 선행연구에 따르면 건강 문제가 있는 노인이 의료기관에서 입원 치료를 지속적으로 받아야 함에도 비용 부담으로 퇴원하게 되는 경우가 빈번하며(Flaherty et al., 2007), 퇴원 후 약을 복용해야 함에도 그 비용을 감당할 수 없는 경우가 많다고 보고한다(Wang et al., 2015). 또한 건강 문제가 있는 고령자를 대상으로 한 장기요양 체계 역시 부족하다고 언급한다(WHO, 2015b).

WHO(2015b)는 건강 문제가 있는 고령자를 대상으로 하는 공적 체계가 견고하게 구축되어 있지 않아 주로 가족 같은 비공식적 자원에 의존하고 있다는 점을 언급하며 지역사회 기반 장기요양 체계를 구축할 것과 비공식적 돌봄을 지원하고 다양한 돌봄 프로그램을 구축할 것을 제안하였다. 구체적으로 보면 지역사회 내 자원봉사와 돌봄 주체를 공식적으로 지원할 수 있는 국가 단위 프로그램을 구축하고 공적 체계에서 보편적 보장 및 형평적 접근이 가능하도록 하는 지역사회 기반의 장기요양 체계를 유지할 수 있도록 정부 정책, 지침과 기준, 제도를 구축할 것을 제안하였다. 또한 양질의 돌봄이 이루어지는지를 모니터링할 수 있는 기구를 설치하고 장기요양 서비스 적격 여부를 평가할 수 있는 표준화된 도구를 구성하며 관련 보건 인력을 교육하는 것 역시 제안하였다. 그리고 일상생활 행동 장애 같은 장애를 커버할 수 있는 보험 체계 운용 시범사업과 장기요양시설 확충을 제안하였으며 간호사 주도 혹은 재가 기반 서비스, 간호사 주도의 요양시설 그리고 완화의료 체계 운용 등에 대한 시범사업 이행을 제안하기도 하였다.

중국 역시 급속하게 이루어지는 고령화 추세에 따라 그동안 건강 문제

가 있는 고령자를 대상으로 공적 체계를 갖추기 위한 노력이 없었던 것은 아니다. 2000년에 이미 중국은 '고령사회 대응 및 강화에 대한 중국공산당중앙위원회와 국무원의 결정'이라는 보고서에서 노인 돌봄에 대한 가정 및 사회 돌봄의 연계 강화를 제시한 바 있고, 가정 내 돌봄을 기본으로 하되 지역 내 시설 돌봄을 보완적으로 활용한다는 내용을 언급한 바 있다(선우덕 등, 2012). 그 이후에도 지역사회 기반의 장기요양 서비스에 대한 검토가 지속적으로 이루어졌으며(선우덕 등, 2012), 최근 2016년 6월 27일 인력 자원·사회보장부는 장기요양보험제도를 15개 도시에서 시범적으로 시행하기로 결정하고[36] 각 지역의 인구구조 특성 및 경제발전 수준에 맞는 활성화 방안을 마련하여 이행하도록 지시했다(유멍, 2017).

유멍(2017)의 연구에서 나타난 상하이시의 모델을 살펴보면, 상하이시는 2012년부터 장기요양보험 제도를 구축하기 위한 노력을 해 왔으며, 현재 이 제도를 시범운영하고 있다. 상하이시 모델은 연금에 속한 하위 보험의 개념으로, 60세 이상은 욕구조사를 거쳐 요양등급 인정을 받으면 장기요양보험 수급자가 된다. 요양등급은 2급에서 6급까지 5등급으로 구분되며, 등급은 일상생활수행능력, 만성질환 유병 현황을 통해 결정된다(유멍, 2017). 한국과 동일하게 재가 방문요양서비스와 요양기관에서 받는 요양서비스로 나뉘어 있으며, 요양 등급에 따라 요양서비스를 받을 수 있는 시간과 빈도에 차이가 있다. 예를 들어 재가 서비스의 경우 요양등급에 따라 일주일에 3회[37]에서 많게는 7회의 방문이 이루어진다.

---

36) 2016년 '민정십삼오계획(民政十\三五规划)'에 따라 상하이시, 칭다오시, 창춘시, 난퉁시 등 15개 지역에서 시범적으로 장기요양보험을 시행하게 되었음(유멍, 2017).

37) 1회당 1시간임.

제3절 중국의 만성질환 예방 및 관리

앞서 잠시 살펴본 건강중국 2030 플랜에서도 나타나는 것처럼 중국 역시 만성질환에 대한 부담이 증가하고 있다. 중국은 만성질환 예방 및 관리를 위해 지속적으로 노력하고 있으며 본 연구에서는 2011년 이후 지역사회 수준의 만성질환을 관리하는 것과 관련하여 많은 기대를 받는 지역사회 의료센터(Community Health Centres)(오영인, 2016)와 고령화 속도에 따라 빠르게 증가하는 치매에 대한 케어를 중심으로 살펴보았다.

1. 지역사회 의료센터

오영인(2016)은 1997년 초 지역사회 의료센터를 중심으로 지역사회 보건의료 서비스 강화가 강조되면서 적극적으로 지역사회 의료센터 구축을 장려하고 있다고 밝혔다. 실제 2011년 이후 중국은 지역사회 의료센터를 중심으로 일차의료체계를 구상하기 위해 노력하고 있으며 일차의료 제공자로서 지역사회 의료센터의 위상을 강화하고자 하고 있다.

Wang 등(2015)의 연구에 따르면 지역사회 의료센터는 센터의 소유와 경영 주체에 따라 크게 1) 정부가 소유하고 관리하는 유형 2) 정부가 소유하지만 병원이 관리하는 유형 3) 민간이 소유하고 관리하는 유형으로 구분된다. 정부가 소유하고 관리하는 경우는 지역사회 의료센터에서 치료나 의약품 매출로 발생하는 수익은 지방정부의 재정으로 흡수되고 건물, 장비, 직원 보수는 지방정부에서 직접 지급하는 방식으로 운영된다. 병원이 관리하는 경우는 병원 내 하나의 진료과 형태로 운영되며 병원 자체적으로 수익을 관리하는 구조이다. 마지막으로 민간이 소유하고 관리하는 유형은 정부나 병원 체계로부터 독립적으로 운영되고 있다. 효율적인 지

역사회 의료센터 운영 모델과 관련한 연구는 지속적으로 이루어지고 있으며 오영인(2016)의 연구에 따르면 정부 주도의 지역사회 의료센터 모델을 이용한 환자의 경우 일차의료 이용의 만족도가 병원이나 민간 운영 모델보다 높게 나타났다.

중국은 2011년부터 지역사회 의료센터를 중심으로 일차의료체계를 구상하기 위한 노력을 하고 있으며 일차의료 제공자로서 지역사회 의료센터의 위상이 강화되면 지역사회 주민의 만성질환 등을 예방하고 관리하기 위한 활동들을 수행해 나갈 것으로 기대하고 있다. 실제로 지역사회 노인들이 주거지 근처 지역사회 의료센터에서 진료를 받는 것을 선호한다는 연구 결과가 이를 뒷받침해 준다(추소희, 2014).

2. 중국의 치매 환자 케어

중국은 치매 환자 증가 속도가 빠른 국가 중 하나로 중국의 노인성 치매 환자 수는 전 세계에서 가장 많다. 사회 서비스 개발을 위한 통계(Statistical Bulletin for the Development of Social Services)에 따르면 중국의 치매 환자 수는 전 세계의 약 5분의 1 수준으로 2015년 기준으로 전체 노인 2억 2200만 명[38] 중 9500만 명이 치매 환자라고 보고한다(Chen et al., 2017).

중국은 빠른 속도로 증가하는 치매 환자 수와 치매로 발생되는 사회경제적 부담 수준을 줄이기 위해 여러 가지로 노력하고 있지만 현재 수준에서 중국이 치매 환자 케어를 효과적으로 진행하고 있다고 보기는 제한적이다. 우선 중국은 대중의 치매 인지도가 낮은 편이다(Prince et al.,

38) The Law of the People's Republic of China on the Protection of the Rights and Inerests of the Elderly에서는 노인을 60세 이상으로 규정하고 있음.

2016). Dai 등(2013)의 연구는 중국 노인은 인지 기능의 감소를 노화의 한 과정으로 여기는 경향이 높다고 보고하며 Li 등(2011)의 연구는 치매 치료에 가족이나 보호자의 신뢰도가 높지 않다고 보고한다. 또한 Chen 등(2017)의 연구는 치매에 대한 사회적 스티그마 역시 상당한 수준이라고 보고하며 치매가 있어도 스티그마를 피하기 위해 가족의 치매 유병 상황을 알리기 꺼린다고 한다. 그리고 치매에 대한 대중의 인지도가 낮은 상황에서 노인 케어의 실질적 책임을 지는 가족, 보호자 역시 치매 환자에게 적절한 케어를 제공하기 어려운 구조이다(Yu et al., 2015).

이처럼 대중의 치매에 대한 인지도가 낮을 뿐 아니라 보건의료 인력 역시 치매에 대한 부적절한 지식을 가지고 있다고 기존 연구는 보고한다. Chen 등(2017)의 연구는 의대의 정규 과정에 치매 관련 교육 훈련이 포함되어 있지 않다고 지적하며 그로 인해 치매 치료를 담당하는 의료 인력의 자신감이 낮다고 언급한다. 의료 인력의 치매 및 치매 치료에 대한 낮은 지식 수준은 치매에 대한 진단 및 적절한 치료 제공이 어려우며 이는 결과적으로 치매 치료에 대한 치매 환자와 가족의 신뢰도를 떨어뜨리는 것으로 연결된다(Chen et al., 2017).

최근 한국은 기초 지방자치단체 차원에서 보건소 위탁 혹은 직영으로 치매안심지원센터를 설치, 운영하고자 하는 정책 방안이 발표되고 진행 중이나 중국의 치매지원 서비스 체계는 충분히 발전되어 있다고 보기는 어렵다. 앞서 잠시 살펴본 지역사회 의료센터의 경우 인지 기능에 장애가 있는 사람을 대상으로 하는 스크리닝이나 특별간호 서비스를 제공할 수 있는 역량은 제한적이며 치매 치료를 할 수 있는 보건의료 인력과 치매 환자를 대상으로 요양케어를 제공하는 너싱홈 역시 부족한 실정이다. 이러한 상황에서 치매 환자에 대한 지원은 주로 가족을 중심으로 재가기반 케어에 상당수 의존하고 있으며(Xiao et al., 2014) 법적으로도 치매 환

자 케어의 책임자를 가족으로 규정하고 있기도 하다(Chen et al., 2017). 하지만 빠르게 진행되는 도시화, 핵가족화로 인해 치매 노인 케어 부담을 가족에게만 지우기는 어려운 구조가 되고 있는 실정이다.

이러한 상황에서 중국 정부는 재가 기반 서비스, 지역사회 기반 서비스를 제공하기 위한 체계를 구축하고 있기는 하다(Chen et al., 2017). 지역사회 거주 노인을 대상으로 한 주간보호센터가 있기는 하나 치매 환자의 욕구에 대응하기에는 역부족이다. 물론 매우 제한적이기는 하나 치매 환자에게 특화된 지역사회 기반 서비스인 주간보호센터, 치매 환자 가족 지원, 사례관리 서비스가 제공되고 있기도 하며 이는 주로 상하이 같은 대도시 지역 중심으로 설치되어 운영 중이다(Feng et al., 2012).

이처럼 중국은 전 세계적으로 높은 치매 환자 수를 보이고 있음에도 불구하고 치매 케어를 위한 서비스 체계가 제대로 구축되어 있다고 보기는 어렵다. 위에서 언급한 전반적 치매 환자 케어 현황과 더불어 중국은 치매 환자 케어에 대한 도시와 농촌 간 격차도 상당한 수준이다(Liu et al., 2009).

하지만 다행스럽게도 중국은 2015년 치매에 초점을 둔 정신건강을 위한 5개년 국가 계획을 수립하여 정신건강에 대한 사회의 인지도를 높이고 정신건강 관련 보건 인력을 교육 훈련시키는 내용을 포함하고 있다.[39] 또한 지역사회 및 가족 기반 지원 서비스, 재활 서비스, 정신건강 전문 의료기관 등을 포함하는 통합적인 정신건강 서비스 제공 체계 개발을 목표로 삼고 있기도 하다.

39) The National Five-Year Plan for Mental Health. (2015-2020). http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-06/18/content_9860.htm에서 2017. 10. 30. 인출.

제4절 소결

중국은 급속한 고령화 추세에 따라 고령자를 대상으로 한 공적 체계를 갖추기 위한 노력들을 해 왔으나 보건의료 서비스 접근성, 보건의료 자원, 효율적이며 양질의 케어가 제한적인 상황이다. 중국의 고령자 대상 보건의료체계가 견고하게 구축되어 있지 않기 때문에 현재 중국의 고령자 케어는 주로 가족, 친구, 친척 등 비공식적 체계가 담당하는 구조로 이루어지고 있으며 건강보험 보장성 또한 낮아 고령자들은 재난적 의료비 부담을 겪고 있다(WHO, 2015b).

최근 중국은 보편적 의료보장을 강조하는 글로벌 추세에 따라 공적 체계를 강화하려는 움직임을 보이고 있다. 중국은 고령자 케어에 대한 집합적 노력의 필요성을 인지하고 고령자의 보건의료 서비스 접근성과 관련 보건 인력의 역량을 강화하고자 노력하고 있으며 만성질환 예방을 위한 흡연, 신체활동 등 생활습관을 개선하기 위한 정책적 노력도 이루어지고 있다. 최근의 노력들은 지역사회 기반 서비스를 강조하고 있으며 지역사회 의료센터를 통한 일차의료를 강화하고자 하는 노력도 진행 중이다.

제 6 장

홍콩의 고령자 건강정책

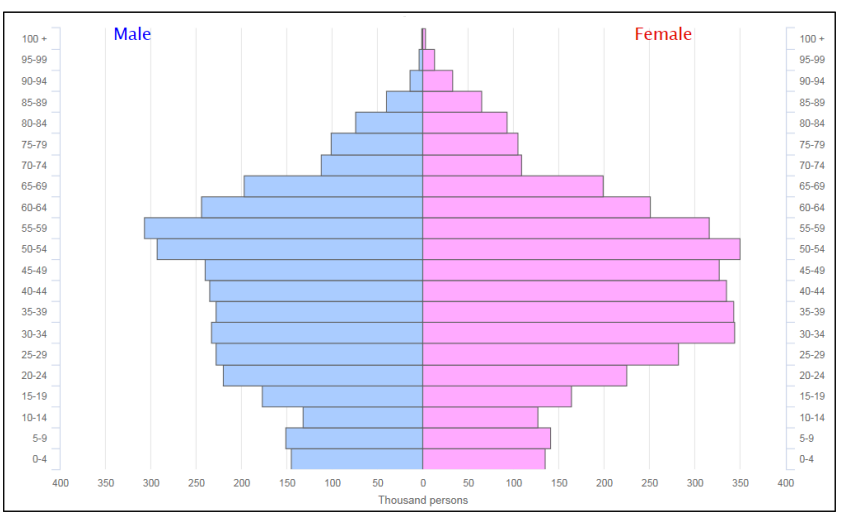
제1절 홍콩 노인의 건강 수준
제2절 홍콩의 고령자 건강정책
제3절 홍콩의 만성질환 예방 및 관리
제4절 소결

6 홍콩의 고령자 건강정책

제1절 홍콩 노인의 건강 수준

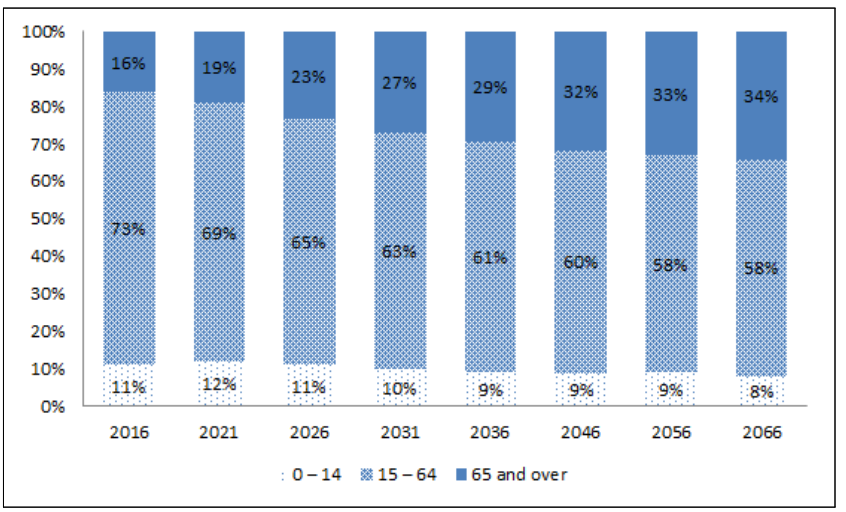
홍콩 인구는 2016년 기준 약 734만 명이며, 이중 65세 이상 인구는 전체 인구의 약 15.9%(116만 명)로 고령사회에 진입한 국가이다. 홍콩 통계청의 장기 인구추계 결과 65세 이상 인구 비율이 2026년 23%, 2046년 32%, 2056년 33%, 2066년 34%로 지속적으로 증가할 것으로 예상된다(The Census and Statistics Department, GOV HK, 2017).

〔그림 6-1〕 홍콩의 인구 피라미드(2016년)



자료: Population By-Census, GOV HK. (2017. 8. 24.). Population Pyramid. https://www.bycensus2016.gov.hk/en/bc-population-pyramid.html에서 2017. 12. 14. 인출.

〔그림 6-2〕 홍콩의 연령별 인구비율 전망(2016~2066년)



자료: The Census and Statistics Department. GOV HK(2017), Hong Kong Polulation Projections 2017-2066, p. 7 Table 1 Key summary statistics를 연구진이 재구성함.

홍콩 남성의 기대수명은 81.4세, 여성은 87.3세이며 합계출산율[40]은 1.2명으로, 고령화 속도가 빠른 편이다(The Census and Statistics Department, GOV HK, 2018). 홍콩의 건강 및 보건의료 서비스에 대한 가구 설문조사(the Thematic Household Survey) 결과 전체 홍콩 국민 중 주관적 건강 수준이 '좋음' 혹은 '매우 좋음'이라고 응답한 비율은 12.4%였으며 '좋지 않음' 혹은 '매우 좋지 않음'으로 응답한 비율은 34.8%였다. 건강 수준이 좋지 않다고 답하는 비율은 연령이 높을수록 증가하였으며 65세 이상 홍콩 노인은 5.7%만이 주관적 건강 수준을 '좋음' 혹은 '매우 좋음'으로 인식하였고 59.8%가 주관적 건강 수준을 '좋지 않음' 혹은 '매우 좋지 않음'으로 인식하고 있었다. 또한 65세 이상에서는

40) Total fertility rate(number of live births per 1,000 female population): 1,205(2016), 1,196(2015).

12개월 전의 건강 상태에 비해서 건강이 좋지 않다고 인식하는 비율이 23.2%였다(GOV HK, 2017a).

홍콩의 만성질환 현황을 살펴보면 인구의 28.4%가 만성질환이 있다고 응답하였으며 65세 이상에서는 74.3%가 만성질환이 있다고 응답하였다. 연령구간별 만성질환 분포를 살펴보면 연령이 증가할수록 고혈압, 고지혈증, 당뇨병, 심장질환, 암, 천식, 뇌졸중 등 만성질환 유병률이 증가하였으며 65세 이상에서는 고혈압 유병률이 50.5%, 고지혈증 25.2%, 당뇨병 22.2%, 심장질환 8.2%, 암 3.4%, 뇌졸중 3.2%, 천식 1.4%로 나타났다.

〈표 6-1〉 홍콩의 연령구간별 만성질환 분포

	55~59	60~64	65+	전체
Hypertension	20.0	26.4	50.5	13.7
High cholesterol	11.2	15.7	25.2	7.2
Diabetes mellitus	7.7	10.4	22.2	5.8
Heart diseases	2.5	4.3	8.2	2.1
Cancer	2.0	2.5	3.4	1.2
Asthma	0.3	0.8	1.4	0.7
Stroke	0.6	0.8	3.2	0.7
Others	17.2	21.5	37.5	15.6
Overall	39.8	50.1	74.3	28.4

자료: GOV HK(2017a), Thematic household survey report No. 63. Table 3.2c를 연구진이 재구성함.

제2절 홍콩의 고령자 건강정책

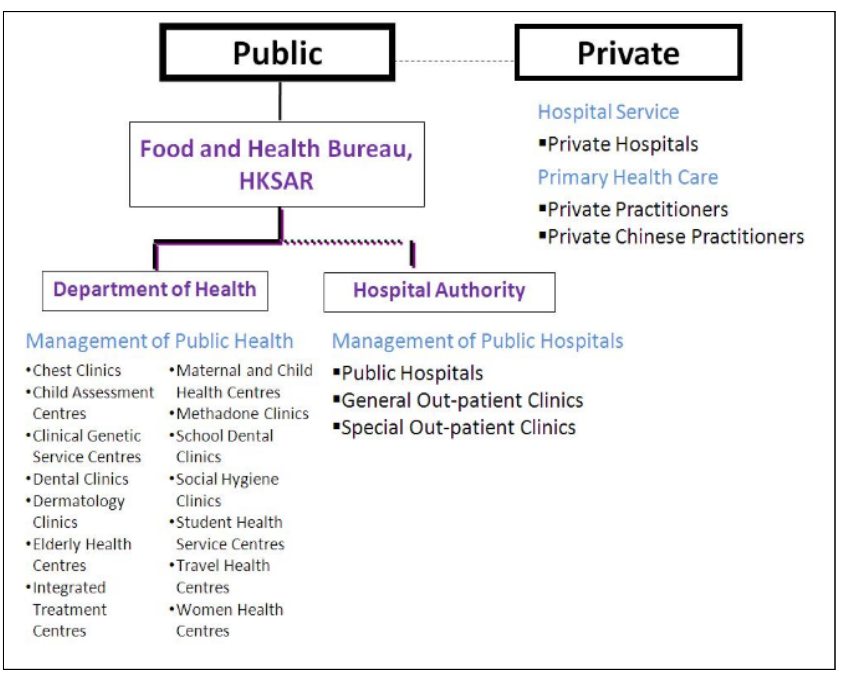
1. 보건의료제도

홍콩의 보건의료제도는 영국이 지배하던 시절의 틀을 바탕으로 발전해 왔으며(Gauld, 2004), 홍콩 정부의 전반적인 지배 철학인 적극적 불개입

주의(positive non-interventionism)와 잔여주의적 복지이념하에서도 의료 영역에서는 재정과 서비스 전달을 중심으로 깊숙이 관여해 왔다(알렉스 허, 2017, p. 51).

홍콩의 보건의료 시스템은 공공 부문과 민간 부문으로 구성되어 있으며 두 부문 간 조율이 거의 없는 고도로 분절된 모델이다. 공공 부문의 감독처인 식품보건국(Food and Health Bureau)은 홍콩의 보건의료 서비스를 운영하기 위해 정책을 입안하고 자원을 분배하는 역할을 담당하며 보건부(Department of Health)와 병원청(Hospital Authority)을 관리한다(Gov HK, 2017b).

[그림 6-3] 홍콩의 보건의료제도: 조직도



자료: Gov HK. (2017b. 10.). Overview of the Health Care System in Hong Kong. https://www.gov.hk/en/residents/health/hosp/overview.htm에서 2018. 1. 24. 인출.

보건부(Department of Health)는 보건정책과 법적 기능을 수행하는 정부의 보건 자문 기관으로 홍보, 예방, 치료, 재활 서비스를 통해 지역사회의 건강을 증진하는 역할을 담당하며 소속 센터와 헬스클리닉을 통해 보조적인 의료 서비스를 일부 제공한다(Gov HK, 2017b). 병원청(Hospital Authority)은 공립병원을 관리하고 의료 서비스를 제공하는 법정 기관으로 병원(Hospital), 외래병원(Day Hospital), 전문 진료소(Specialist Clinics), 일반 외래 진료소(General Out-patient Clinics), 중의학 서비스(Chinese Medicine Service)와 지역사회 복지 서비스(Community Outreach Services)를 통해 환자에게 진료와 재활 서비스를 제공한다(Gov HK, 2017c). 병원청은 42개의 공공병원과 기관, 47개의 전문 외래진료병원(Specialist Out-patient Clinics), 73개의 일반 외래진료병원(General Out-patient Clinics)을 운영하며 이들 병원은 지역 기반으로 7개의 클러스터로 분류된다(Gov HK, 2017c). 이러한 병원 클러스터를 통해 환자는 급성기부터 회복기, 재활 및 지역사회에서의 후기 진료에 이르기까지 동일한 지역 내에서 양질의 연속된 치료를 받을 수 있으며 각 클러스터 내의 병원 운영 합리화를 통해 포괄적이고 보완적인 범위의 서비스를 제공받는다.

〈표 6-2〉 홍콩의 공공병원 클러스터

구분	병원 클러스터 (Hospital clusters)	소속 병원
1	Hong Kong East Cluster	Cheshire Home, Chung Hom Kok Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital Ruttonjee Hospital St. John Hospital Tang Shiu Kin Hospital Tung Wah Eastern Hospital Wong Chuk Hang Hospital
2	Hong Kong West Cluster	Grantham Hospital MacLehose Medical Rehabilitation Centre Queen Mary Hospital The Duchess of Kent Children's Hospital at Sandy Bay Tsan Yuk Hospital Tung Wah Group of Hospitals Fung Yiu King Hospital Tung Wah Hospital
3	Kowloon Central Cluster	Hong Kong Buddhist Hospital Hong Kong Eye Hospital Hong Kong Red Cross Blood Transfusion Service Kowloon Hospital Kwong Wah Hospital Our Lady of Maryknoll Hospital Queen Elizabeth Hospital TWGHs Wong Tai Sin Hospital
4	Kowloon East Cluster	Haven of Hope Hospital Tseung Kwan O Hospital United Christian Hospital
5	Kowloon West Cluster	Caritas Medical Centre Kwai Chung Hospital North Lantau Hospital Princess Margaret Hospital Yan Chai Hospital
6	New Territories East Cluster	Alice Ho Miu Ling Nethersole Hospital Bradbury Hospice Cheshire Home, Shatin North District Hospital Prince of Wales Hospital Shatin Hospital Tai Po Hospital

구분	병원 클러스터 (Hospital clusters)	소속 병원
7	New Territories West Cluster	Castle Peak Hospital Pok Oi Hospital Siu Lam Hospital Tin Shui Wai Hospital Tuen Mun Hospital

자료: Gov HK. (2017c). Clusters, Hospitals & Institutions. http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10084&Lang=ENG&Dimension=100&Parent_ID=10042#에서 2017. 1. 25. 인출.

홍콩의 민간 의료 부문은 여러 개인 병원이 소속되어 다양한 의료 서비스를 제공하며 보건부(DH)는 의료클리닉법(The Medical Clinics Ordinance: cap. 343)에 근거해 등록된 모든 민간병원(Private Hospital)과 의원(Clinics)을 규제한다. 보건부는 감사(inspection)를 통해 의료기관이 관련 규정을 준수하는지를 모니터링하고 대중이 의료기관에 제기하는 의료사고 또는 불만을 접수한다. 홍콩에서 서양 의료 서비스를 제공하는 모든 의료인은 환자를 보호하고 전문가의 기준을 유지하기 위해 의료 전문가의 등록과 훈련을 담당하는 법정 기관인 홍콩의학위원회(MCHK: Medical Council of Hong Kong)에 등록해야 한다. 홍콩에는 11개의 민간병원이 있으며 민간병원의 병상은 총 4226개로 공공부문보다 병원 수와 병상 수가 적다(Gov HK, 2017d). 민간 부문에서는 서양의학(74%), 중의학(11%), 치의학(11%) 등의 의료 서비스를 제공한다(Chris Sun, 2013).

〈표 6-3〉 홍콩의 의료시설

	민간병원 (Private Hospitals)	공공병원 (Hospitals in Hospital Authority)	요양시설 (Nursing Home)	교정시설 (correctional institution)
병원 수	11	42	63	21
병상 수	4,226	28,126	5,858	880

자료: Gov HK. (2017d). Health Facts of Hong Kong: 2017 Edition. http://www.dh.gov.hk/english/statistics/statistics_hs/files/Health_Statistics_pamphlet_E.pdf에서 2017. 1. 25. 인출.

홍콩의 보건의료 재원 조달 방식은 의료 재원 조달과 서비스 전달이 의료 서비스 유형에 따라 분절된 이중 경로 방식을 따른다. 이러한 공공-민간의 분절된 방식은 19세기에 도입되었는데 타 국가가 민간 영역을 중심으로 한 통합시스템을 향해 갈 때 홍콩은 공공병원의 전문성에 의존하는 구획화된 체제를 유지하였다(Gauld, 2004, p. 175). 홍콩 정부는 의무보험제도나 의료저축계정(Medical Savings Account)을 운영하지 않으며 전체 의료 재원의 48.9%는 공공 부문, 51.1%는 민간 부문에 배정되어 이중 경로가 균형을 이루고 있다(알렉스 허, 2017). 그러나 이러한 시스템은 계획성이 부족하고(under-planned), 적절히 규제되지 않으며(under-regulated), 구식이고(outdated), 모래 위의 성 같다는 비판이 있으며 이중 경로 시스템의 단점은 경제 위기와 함께 감염병의 위기가 함께 왔을 때 두드러지게 나타났다(Gauld, 2004, p. 176).

공공 부문의 재원은 주로 국가의료 서비스(NHS: National Health Service) 유형의 조세 방식으로 공급되며 의료 공급자는 홍콩 시민에게 형식적인 비용만 받고 의료 서비스를 제공한다(알렉스 허 등, 2017, p. 52).

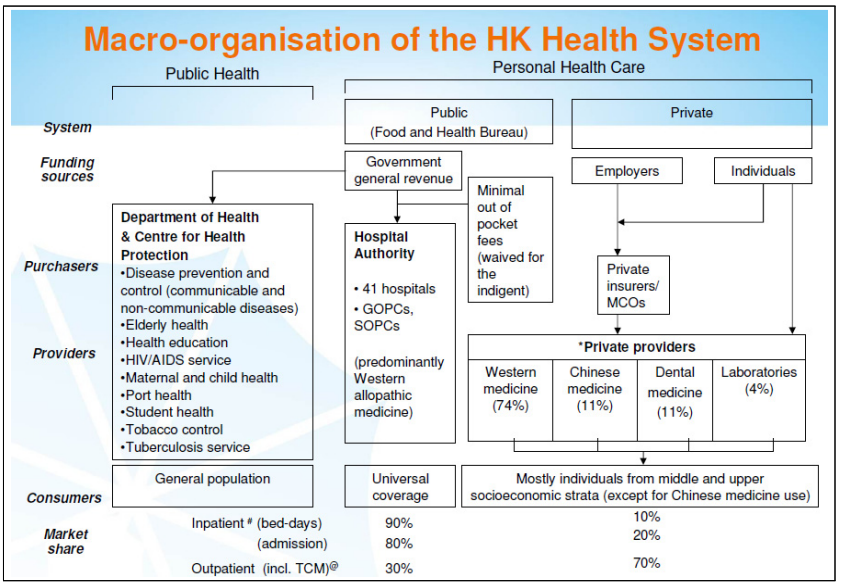
〈표 6-4〉 홍콩의 의료전달체계

	민간 부문	공공 부문
제공자	일반개원의 Private GP	공공병원
서비스 종류	외래진료, 1차의료 (전체 외래진료의 약 70% 담당)	2차, 3차의료 (입원진료의 약 88%를 담당)
재원 조달	본인부담금(65%), 직장의료보험(15%), 민간의료보험(15%)	조세(93%), 본인부담금(7%)
감독기관	보건부(Department of health)의 규제	식품보건국(Food and Health Bureau): 보건부, 병원청을 통한 관리

자료: 알렉스 허, 제이슨 잉(2017), 홍콩과 싱가포르의 보건의료 재정 개혁: 두 도시 이야기를 참고하여 연구진이 정리함.

홍콩의 보건의료 시스템 흐름도를 정리해 보면 [그림 6-4]와 같다. 공공보건은 식품보건국 산하의 보건부가 담당하며 질병 예방, 고령자 건강, 보건교육, HIV/AIDS 서비스, 모자보건, 학생 건강 등을 포함한 서비스를 공공의 건강을 증진시키기 위한 목적으로 일반 국민에게 제공한다. 개인의 건강에 대한 서비스(personal health care)는 공공 부문과 민간 부문에서 서비스를 제공하며 공공 부문은 병원청 산하의 41개 병원을 통해 매우 적은 수준의 본인부담금(OOP)을 받고 운영하며 의료 서비스 재원의 48.9%를 사용한다. 민간 부문은 양의학, 중의학, 치의학, 진단실험실 등 민간 공급자가 있으며 개인은 직장을 통한 민간보험을 활용하거나 본인부담금 전체를 스스로 부담하여 민간 부문의 의료 서비스를 이용한다. 이러한 분절된 체계 속에서 홍콩 정부는 지속되는 의료 지출의 부담으로 지불 여력이 있는 중산층을 대상으로 민간 부문의 이용을 촉진하기 위해 민간보험의 서비스 내용 규제 등 여러 정책을 제시하였으나 서비스 이용자는 민간 부문의 서비스 질에 의문을 품고 공공 의료 서비스 이용을 선호하는 상황이다. 이러한 홍콩 정부의 보건의료 재정 개혁의 성과를 평가하려는 시도가 있다(Lieu, 2016).

〔그림 6-4〕 홍콩의 보건의료 시스템 흐름도



자료: Chris Sun. (2013. 3. 7.). Healthcare Reform in Hong Kong: Supplementary financing in a mixed health care economy. http://www.actuaries.org.hk/upload/File/ ASHK%20Healthcare%20Seminar%202013/Healthcare%20Reform%20in%20Hong%20Kong%20-%20FHB.pdf에서 2017. 10. 26. 인출.

2. 고령자 건강정책

가. 노인 건강증진

홍콩의 노인 건강증진을 위한 서비스로 지역사회 내 노인건강센터와 방문건강관리팀의 프로그램, 노인 및 가족의 의료비 부담을 경감하고 건강증진 및 일차의료를 강화하기 위해 실시 중인 노인 건강관리 바우처 제도를 살펴보았다.

1) 노인건강 서비스(Elderly Health Service)

18개의 노인건강센터(Elderly Health Centre)와 18개의 방문건강관리팀(Visiting Health Teams)으로 구성된 홍콩 보건부 산하의 노인건강 서비스는 노인을 위한 일차의료를 강화하고 자기관리 능력을 향상시키며 건강한 생활을 장려하고 질병과 장애를 최소화하기 위해 가족 지원을 강화하는 목적으로 1998년 설립되었다. 홍콩의 노인건강센터는 65세 이상 등록된 노인을 대상으로 건강 사정, 상담과 교육, 치료를 포함하는 포괄적인 일차 보건의료 프로그램을 제공한다. 영양 관리, 낙상 예방, 질환 관리, 인지 및 스트레스 관리 등 노인건강관리에 전반적으로 필요한 주제를 다루고 있다(Department of Health, 2017a).

노인건강센터의 회원으로 등록을 원하는 경우 신분증을 지참하여 해당 센터에 신청해야 하며 건강검진 및 건강증진 서비스를 위한 연회비 110 홍콩달러, 치료를 위한 방문 비용(경우에 따라 처방전 및 X선 촬영, 검사 비용 포함) 50홍콩달러, 주사치료 및 드레싱을 위한 방문 비용 19홍콩달러 등으로 이용에 드는 비용이 저렴하다. 이에 대상자들의 서비스에 대한 수요가 지속적으로 증가하여 등록 및 이용까지의 대기 시간을 감수해야 하는 상황이다. 보건부에서 발간한 Annual Report2013/2014에 따르면 2013년 기준으로 약 3만 9000명이 등록되었고 건강 사정과 의료 상담을 받은 노인은 약 16만 8000명에 이르는 것으로 보고되었다(Department of Health, 2014, p. 37).

〈표 6-5〉 홍콩의 노인건강센터 목록

지역	노인건강센터
홍콩섬(Hong Kong Island)	• Aberdeen Elderly Health Centre • Sai Ying Pun Elderly Health Centre • Shau Kei Wan Elderly Health Centre • Wan Chai Elderly Health Centre
카오룽(Kowloon)	• Kowloon City Elderly Health Centre • Lam Tin Elderly Health Centre • Nam Shan Elderly Health Centre • San Po Kong Elderly Health Centre • Yau Ma Tei Elderly Health Centre
새로운 지역(New Territories)	• Lek Yuen Elderly Health Centre • Shek Wu Hui Elderly Health Centre • Tai Po Elderly Health Centre • Tseung Kwan O Elderly Health Centre • Kwai Shing Elderly Health Centre • Tsuen Wan Elderly Health Centre • Tuen Mun Wu Hong Elderly Health Centre • Yuen Long Elderly Health Centre
그 외 지역(Outlying island)	• Tung Chung Elderly Health Centre

노인건강센터 방문건강관리팀(Visiting Health Teams)은 건강 노화에 관한 정보를 보급하고 서비스 제공자에게 전문적인 조언을 하며 노인돌봄자를 지원하고 훈련하기 위해 지역사회 및 주거 시설을 방문한다. 방문건강관리팀은 모든 노인 거주 시설을 대상으로 감염 관리, 낙상 예방, 약물 관리 실태뿐만 아니라 서비스 제공자의 훈련 요구까지 파악한다. Annual Report 2013/2014에 따르면 2013년까지 약 31만 7000건의 고객 계약을 체결한 것으로 보고되었다(Department of Health, 2014, p. 37).

〈표 6-6〉 홍콩의 방문건강관리팀 목록

지역	방문건강관리팀
홍콩섬(Hong Kong Island)	• Central and Western District Visiting Health Team • Eastern District Visiting Health Team • Wan Chai District Visiting Health Team • Southern District Visiting Health Team
카오룽(Kowloon)	• Sham Shui Po District Visiting Health Team • Kwun Tong District Visiting Health Team • Yau Tsim Mong District Visiting Health Team • Wong Tai Sin District Visiting Health Team • Kowloon City District Visiting Health Team
새로운 지역(New Territories) 및 그 외 지역(Islands District)	• Sha Tin District Visiting Health Team • North District Visiting Health Team • Sai Kung District Visiting Health Team • Tai Po District Visiting Health Team • Tsuen Wan District Visiting Health Team • Tuen Mun District Visiting Health Team • Kwai Tsing District Visiting Health Team • Yuen Long District Visiting Health Team • Islands District Visiting Health Team

2) 노인 건강관리 바우처 제도(Elderly Health Care Voucher Scheme)

2009년 1월 1일부터 노인을 위한 일차진료 서비스 제공에 대한 새로운 개념을 시험하기 위해 노인 건강관리 바우처 제도가 3년의 기간 동안 시범적으로 시행되었다. 시범 계획(Pilot Scheme)에 따라 매년 70세 이상 노인에게 50홍콩달러 바우처가 5회 제공되었다. 시범 계획은 재정적 인센티브를 제공함으로써 노인이 예방 진료를 포함하여 가장 적합한 민간 의료 서비스를 선택할 수 있도록 기존 공공 의료 서비스(예: 일반 외래 환자 및 전문 외래 환자 클리닉)를 보완하는 것을 목표로 한다. 노인 건강관리 바우처 제도 도입 이후 기존에 이용한 공공 의료 서비스 외 추가로 민간 의료 서비스를 용이하게 이용할 수 있게 되었다. 또한 민간 의사에

게 상담을 요청하고 긴밀한 관계를 수립하도록 격려하며 가정의(family doctor)의 개념을 홍보하는 데 도움이 된다(Department of health, 2017b).

중간 점검 결과에 따라 홍콩 정부는 시범 제도를 확대하고 2012년에 자격을 갖춘 노인 1인당 연간 바우처 금액을 250홍콩달러에서 500홍콩달러로 인상하기로 결정하였다. 이후 긍정적 피드백으로 정부는 2013년에 연간 바우처 금액을 1000홍콩달러로 증액하였다. 2014년에는 시범사업이 아닌 제도로 정착하기 시작하였고 연간 바우처 금액도 2,000홍콩달러로 인상하였다(Department of health, 2017b).

2017년 7월 1일부터는 노인 및 그 가족의 의료비 부담을 경감하고 건강증진 및 일차의료를 강화하기 위해 본 제도의 자격 연령을 70세에서 65세까지로 낮추어 추진하고 있다(Department of health, 2017b).

노인 건강관리 바우처로 사용 가능한 서비스는 전문의, 중의, 치과의, 척추지압사(chiropractor), 간호사, 물리치료사, 직업치료사, 방사선사, 임상병리사, 검안사 등이 제공하는 외래 진료 서비스와 예방 및 치료 재활 서비스가 있다. 의약품, 안경, 의료장비 등 제품의 단독 구매, 병원 당국(Health Authority)이 민간 부문에서 구매하는 의료 서비스를 포함하여 정부로부터 보조받는 공공 의료 서비스(예: The General Outpatient Clinic Public-Private Partnership Programme), 입원 진료 서비스, 선불 의료 서비스, 백내장 수술이나 내시경 시술과 같은 당일 수술 서비스는 노인 건강관리 바우처로 사용이 불가능하다(Department of health, 2017b).

나. 홍콩의 장기요양

홍콩 정부의 장기요양 정책은 보조금을 받는 시설 거주 형태에 지나치게 의존하는 형태이며 거주돌봄 서비스에 비해 가정과 지역사회 서비스의 재원이 부족하고 발전하지 않은 상황이다. 민간 거주돌봄 시설에서 제공하는 서비스의 질이 우려의 원인이 되고 있으며 고령화, 가족구조 변화, 거주 형태 변화로 인해 가까운 기간 내에 고령자 대상 서비스의 자원 부족이 야기될 것으로 보인다(Chui, 2011).

'장기요양(long-term care)'은 쇠약한 노인이 좀 더 독립적으로 최적 수준의 삶의 질을 누릴 수 있도록 돕는 다양한 범위의 서비스로, 지역사회돌봄 서비스, 시설 서비스, 접근 서비스(교통 지원 등), 주택 서비스, 보호 서비스 등이 포함된다(Chui, 2011, p. 120). 홍콩의 장기요양 서비스는 주로 시설돌봄(residental care), 가정과 센터를 기반으로 한 지역사회 돌봄 서비스가 제공되고 있으므로 두 영역의 서비스를 중심으로 논의하고자 한다.

자유시장경제인 홍콩에서는 장기요양 서비스를 정부와 민간 부문이 주요 공급자인 '혼합 모델(mixed model)'로 보고 있으며 홍콩 정부는 고령자를 위한 장기요양 서비스에서 '지역사회돌봄(community care)'과 '지역사회 계속 거주(ageing in place)'를 주요 가치로 내세우고 있다. 이러한 서비스는 노인이 가정과 지역사회에 가능한 한 오래 머무를 수 있도록 돕지만 정부가 이러한 서비스를 직접적으로 제공하지는 않는다. 정부는 비정부기구(NGO)를 통해 보조된 시설돌봄(residential care)과 지역사회돌봄 서비스를 제공한다. 민간의 영리 부문이 시설돌봄 병상(residential care beds)의 상당한 부분을 제공하고 있으나 노인돌봄 시장에서 지역사회돌봄 서비스는 거의 없는 상황이다(Chui, 2011, p. 121).

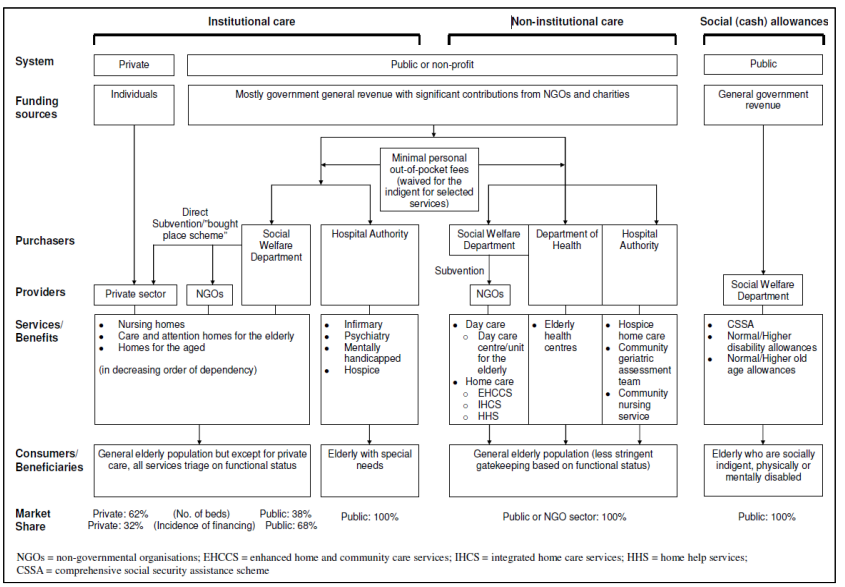
정부로부터 보조를 받는 커뮤니티돌봄 서비스는 세 가지 프로그램이 있는데 가정 기반 서비스인 IHCS(Integrated Home Care Services), EHCCS(Enhanced Home and Community Care Services)와 센터 기반 서비스인 DCC(Day Care Centres for the Eldely)이다.

2003년 홍콩 정부에서는 가정 지원팀(home help teams)으로 알려진 가정돌봄 서비스를 IHCS팀으로 전환하여 더 넓은 범위의 서비스를 지원할 수 있도록 하였으며 IHCS를 이용할 수 있는 사람은 신체적, 정신적으로 장애가 있는 홍콩 시민이지만 이용자의 대다수(80% 이상)는 노인이다. 또한 허약한 노인들의 수요가 증가하는 상황이기에 대다수의 ICHS팀에서 'frail case'를 지원하고 있다. EHCCS와 IHCS는 지역사회에 거주하는 노인에게 의료적 돌봄(nursing care), 식사 배달, 가사, 신체 재활, 이동 서비스 등 가정돌봄 서비스를 제공한다.

정부에서 보조하는 시설돌봄 서비스(residential care service)는 고령자 가정(HA: Homes for the Aged), 간병·주의 가정(C&A: Care and Attention Homes), 양로원(nursing homes)이 있다. 2003년 이후 정부에서는 새로운 고령자 가정(HA)에 보조금 지급을 하지 않는 것으로 결정하였으며 2005년부터는 고령자 가정(HA)이 간병·주의 가정(C&A)으로 전환하였다. 시설돌봄 서비스의 민간 운영자는 양로원을 운영하기 위해서는 비정부기구(NGO)에서 운영하는 간병·주의 가정(C&A) 수준과 유사한 법적인 기준을 준수해야 한다. 민간에서 관리하는 요양원(elderly homes)은 보조금을 받는 요양원에 거주하는 노인과 비슷한 정도로 허약한 노인도 이용할 수 있으며 이러한 민간 시설돌봄 서비스(private residential home)는 이용 가능한 공간과 서비스 품질 수준에서 큰 차이가 있다. 1998년부터 정부는 NGO에서 운영하는 C&A 서비스의 부족을 해소하기 위해 향상된 구매 장소 계획(EBPS: Enhanced

Bought Place Schemes)을 도입하여 민간 양로원에서 시설돌봄용 침대를 구매할 수 있도록 허가하였다.

[그림 6-5] 홍콩의 장기요양 시스템 개요



자료: Chung, R. Y., Tin, K. Y., Cowling, B. J., Chan, K. P., Chan, W. M., Lo, S. V., & Leung, G. M. (2009). Long-term care cost drivers and expenditure projection to 2036 in Hong Kong. BMC health services research, 9(1), 172. p. 6.

제3절 홍콩의 만성질환 예방 및 관리

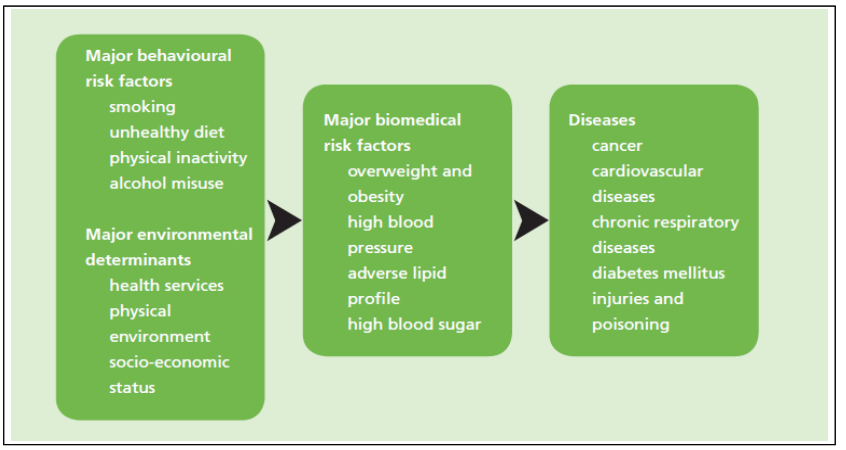
1. 만성질환 예방 관리 프레임워크

최근 홍콩의 만성질환 예방 관리에 대한 정부의 기조는 홍콩 보건부(DH: Department of Health)에서 2013년 발간한 'Promoting Health in Hong Kong: A Strategic Framework for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases'를 통해 확인 가능하다. 이 문서를 통해 만성질환 예방 관리의 포괄적 원칙과 범위, 비전, 목표, 전략적 방향 등을 제시하고 있다. 제시된 프레임워크에 따라 지역사회에서도 관련 정책 및 사업 추진을 권고하고 있다.

세계보건기구(WHO)의 만성질환 예방 관리에 대한 국제적 전략을 기초로 홍콩에서의 원칙은 다음과 같다. (1) 정부, 전문가 그룹, 비정부 기관, 민간 부문, 지역사회 모두가 책임을 공유한다. (2) 전체 인구집단 접근방식과 특정 위험 인구집단 및 개인 접근방식을 모두 추구한다. (3) 건강증진, 예방, 조기 개입에 집중한다. (4) 근거에 기반하고 결과 중심(Outcome-focused)으로 접근하며 건강 결정 요인을 다룬다.

프레임워크의 범위는 아래 그림과 같다. 건강 결과의 향상을 최대로 끌어내기 위해 홍콩 국민의 건강에 지대한 영향을 미치면서 예방 가능한 주요 위험 요인에 초점을 맞추고 있으며 예방 관리가 가능한 만성질환으로 암, 심혈관 질환, 만성 호흡기계 질환, 당뇨병, 외상 및 중독을 포함한다.

〔그림 6-6〕 홍콩 만성질환 예방 관리 프레임워크 범위



자료: Department of Health. (2013). Promoting health in Hong kong: A strategic Framework for Prevention and Control of Non-Communicable diseases. p. 60.

홍콩의 만성질환 예방 관리 비전은 (1) 자신의 건강관리에 책임감이 있는 국민 (2) 국민을 위한 건강한 선택을 보장하는 공공과 민간을 통합하는 지역사회 (3) 건강증진 및 예방을 우선순위에 두는 유능한 보건 전문가 (4) 건강증진, 질병 예방, 치료적 관리의 요소를 통합하는 지속 가능한 보건의료체계를 기반으로 하여 만성질환으로 인한 장애 및 조기 사망을 포함하는 질병 부담을 현저하게 줄이는 데 있다. 비전을 실현하기 위한 목표(Goal)는 다음과 같다.

- 건강증진에 도움이 되는 환경 조성
- 건강증진을 위한 개인, 가족, 지역사회의 참여
- 개인과 인구집단의 만성질환 예방 및 발병 지연
- 만성질환 진행 및 합병증 감소
- 피할 수 있는 병원 입원 및 건강관리 절차 감소
- 건강 유지와 질병 진행 중단을 위한 질 높은 보건의료 환경 제공

위의 목표를 달성하기 위해서 만성질환 예방 및 통제로 건강 결과 측면에서 가장 큰 보상을 기대할 수 있는 영역의 자원과 행동에 초점을 두어 여섯 가지 전략 방향(strategic direction)을 〈표 6-7〉과 같이 제시하였다.

〈표 6-7〉 홍콩의 만성질환 예방 관리 전략 방향 및 주요 행동

방향	주요 행동(key actions)
1. 전략과 일치하는 건강증진 및 만성질환 예방 이니셔티브 또는 활동의 강화	- 건강식이(healthy diet), 활동적 생활(active living), 비만 관리(tackling overweight)와 같은 지역차원의 건강증진 프로그램 시행 촉진 - 건강증진과 만성질환 예방의 주요 NGO를 위한 지원 제공 및 자원 동원 - 건강증진학교(health promoting school), 공공장소 금연구역(smoke-free public places), 건강 사업장(healthy workplaces), 건강도시(healthy cities)와 같은 건강증진과 질병예방에 대한 통합 접근
2. 질병 경로 전반의 행동을 가이드하는 효과적인 정보 기반과 시스템 구축	- 서비스 제공자에게 모범사례를 소개할 수 있는 근거 및 정보로 활용하기 위한 지식 관리 시스템 구축 - 서비스 이용자를 위한 체계적인 건강 정보 보급 전략 개발 - 만성질환 감시 개선 및 위험 프로파일과 건강결정요인의 변화 추적 - 건강증진과 만성질환 예방 정책과 관련된 풍부한 연구지원
3. 모든 이해관계자의 참여와 파트너십 강화	- 민-관 파트너십 장려, 시민사회 참여, 모든 이해관계자와의 네트워킹을 통한 협력 기회 마련 - 건강 행동 증진에 도움이 되는 환경을 조성하기 위한 정부, 지역사회, 대중의 참여 확대 - 예방의 특정 영역에서 요구되는 우선순위 행동을 자문하고 전략적 거버넌스를 제공하기 위한 특정 실무그룹 구성 - 학교, 직장, 병원 등에 대한 접근방식 채택 및 건강 도시 조장
4. 만성질환 예방을 위한 인적·물적 역량 강화	- 보건의료 인력을 대상으로 만성질환 예방 원칙 교육 - 근거 기반 실행을 위한 연구 및 평가 - 일반 대중을 대상으로 적절한 정보와 도구를 통한 건강 지식 함양
5. 만성질환 위험에 대응하고 관리 시스템을 향상시키는 보건의료 영역 강화	- 보건의료 시스템에서 건강증진 및 질병 예방의 역할 강화 - 주요 만성질환의 효과적 관리와 모니터링을 위한 근거 기반 가이드라인의 개발, 구현, 평가 - 보건의료 인력에게 만성질환의 위험요소를 확인 및 대처하고, 적절한 조기개입, 환자의 자가 관리를 지원하도록 장려 - 전략의 추진 목표 및 성과 측정 체계의 프레임워크 수립
6. 건강증진 법안의 발전 및 강화	- 금연 정책, 식품 표시,및 안전과 같은 특정 공중 보건 문제로부터 대중의 건강을 보장하기 위한 법안 발전 및 강화

자료: Department of Health(2013), Promoting health in Hong kong: A strategic Framework for Prevention and Control of Non-Communicable diseases, pp. 63-64 내용을 표로 정리함.

2. 노인 만성질환 예방 관리 프레임워크[41)]

2010년 9월 보건부에서는 홍콩 일차의료의 개발 전략과 행동 수행을 지원, 조정하기 위하여 일차의료사무소(PCO: Primary Care Office)를 설립하였다. 본 사무소에서는 2012년 노인의 예방적 건강관리에 참조할 프레임워크(Hong Kong Reference Framework for Preventive Care for Older Adults in Primary Care Settings)를 처음 발간한 이래 그 내용을 필요에 따라 수정, 보완하고 있다.

이 문서를 근거로 한 권고사항은 건강 위험 사정, 일반적 건강 문제의 조기 발견, 건강한 생활습관 증진을 포함하여 일차의료의 핵심 요소를 담고 있다(Primary Care Office, 2017, p. 46). 앞서 홍콩의 만성질환 예방 관리 프레임워크에서도 언급했듯이 전체 인구의 건강증진을 극대화하기 위해 예방 서비스는 고령자를 대상으로 할 때에도 전체 인구집단 접근방식과 특정 위험 인구집단 및 개인 접근방식 모두를 추구한다. 노인 집단은 특히 기능적 역량(functional capacity)과 만성질환 여부에 큰 차이가 있기 때문에 이를 고려하여 다음과 같은 예방 관리 프레임워크를 강조하고 있다.

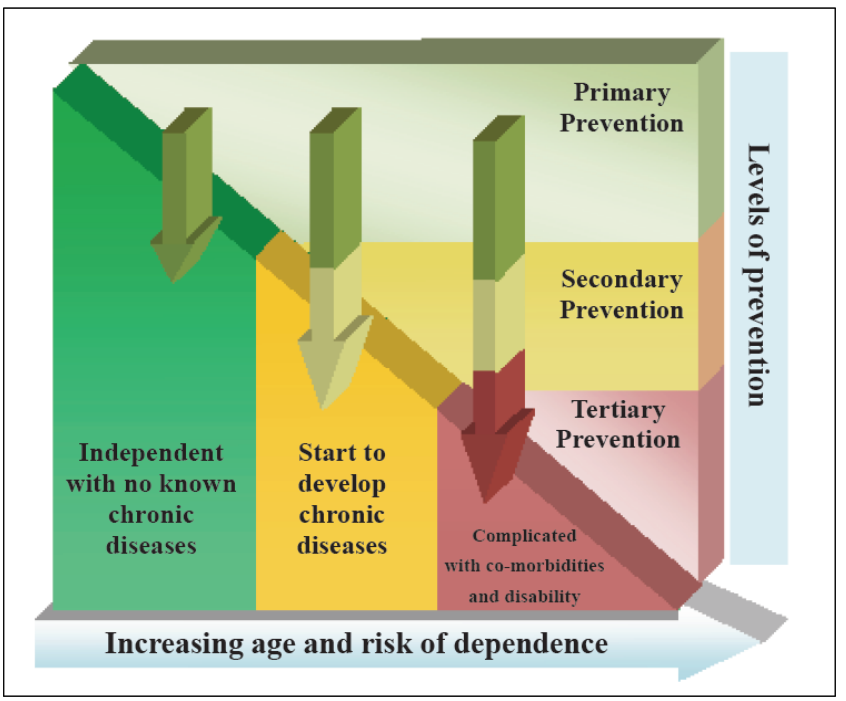
우선 생활 습관 관리를 강조한다. 건강에 유해한 생활 습관과 만성질환은 일반적으로 노인이 갖고 있는 공통 요소이기 때문에 전체 노인을 대상으로 한 개입을 통해 건강 결과를 향상시킬 것으로 본다. 따라서 인구 건강 접근은 부적절한 식이습관, 신체 활동 부족, 흡연, 알코올 남용 등 수정 가능한 행동 위험 요인에 초점을 두어 백신, 금연, 금주, 신체 활동, 영양식이, 구강건강 등을 주제로 한 프로그램 운영을 강조한다.

41) 언급한 프레임워크 내용은 노인의 만성질환 자체 예방 관리 프레임워크가 아니라 노인 건강을 위한 예방적 차원에서 만성질환 여부와 기능 상태를 고려한 건강관리 접근 방식을 다룬 내용임.

둘째, 위험 사정 및 조기 진단을 강조한다. 건강한 생활습관 증진 외에도 위험 요인 및 만성질환 조기 발견을 통한 예방 전략은 노인의 건강 상태를 개선할 뿐 아니라 의료 요구를 감소시키는 효과가 있다. 예방적 관리에 더 많은 성인을 참여시키기 위해 위험 요인 및 건강 문제에 대한 조기 진단 목표를 달성하기 위한 체계적 건강 사정을 강조하며, 이를 바탕으로 한 노인 위험 프로파일링과 기능적 상태를 파악하고, 환자 중심적인 예방 관리 계획 수립을 강조한다. 또한 검진의 중요성 역시 강조하고 있다. 검진은 건강한 사람을 대상으로 하며 누구나 검진을 통해 질환이 의심되면 신속한 임상 관리가 이루어질 수 있도록 하는 체계를 구성하는 것을 강조한다.

마지막으로 특정 고위험 인구 집단을 대상으로 하는 기능적 역량에 따른 관리를 강조한다. 노인의 예방 서비스는 기능적 역량에 따라 요구하는 수준이 다양하다. 건강하고 활동적 노인은 건강증진 및 질병 예방 활동에 초점을 둔 전 생애주기 접근(a life course approach) 방식을 요구할 것이며 노쇠한 노인은 개별화된 관리 계획을 위한 포괄적 평가를 요구할 것이다. 이러한 차이를 고려하여 노인에게는 기능적 역량 수준에 따라 차별화된 접근법의 적용이 필요하다고 프레임워크는 강조한다. 즉, [그림 6-7]에서 보는 바와 같이 일차 예방 및 건강 위험의 조기 발견은 기능적 건강 상태가 양호한 노인을 대상으로 적용할 수 있으며 만성질환이 발생하면 이차 예방에 중점을 두어야 하고 만성질환이 장애 단계로 진행되면 삼차 예방의 관리까지 포함되어야 한다고 구상하고 있다.

〔그림 6-7〕 홍콩 노인의 예방적 건강관리 프레임워크



자료: Primary Care Office. (2017). Hong Kong reference framework for preventive care for older adults in primary care settings. p. 48. Figure 4.

제4절 소결

홍콩 역시 고령화에 따른 만성질환 유병률이 증가하고 있고 의료비 지출 부담 또한 증가하고 있다. 홍콩의 노인 보건의료 시스템은 공공 부문과 민간 부문으로 나눠져 있으며 재원 조달 방식 또한 이중 경로 방식을 따르고 있어 공공 부문의 재원은 주로 조세 방식으로 공급되고 민간 부문의 재원은 본인부담금과 직장·민간 의료보험으로 공급된다. 이러한 체계 속에서 홍콩 정부는 의료비 지출 부담이 증가하므로 민간 부문의 이용을

촉진하기 위한 정책을 제시하였으나 이용자는 민간 부문 서비스의 질에 의문을 품고 공공 서비스 이용을 선호하고 있다.

공공 부문의 병원 운영 및 의료 서비스를 담당하는 병원청에서는 지역에 기반하여 분류된 7개의 클러스터를 바탕으로 환자가 급성기부터 회복기, 재활 및 지역사회에서의 후기 진료에 이르기까지 지역 내에서 양질의 치료를 받을 수 있도록 하며 지역사회 기반의 다양한 노인 대상 서비스를 제공하고 있다. 또한 공공 부문의 보건정책과 지역사회 건강증진, 보조적 의료 서비스를 제공하는 보건부는 18개의 노인건강센터와 방문건강관리팀을 구성하여 노인 건강 서비스를 제공하고 있다. 병원청과 보건부에서 제공하는 서비스 외에도 홍콩에서는 노인 건강관리 바우처 제도, 백신 지원 제도, 대장암 검진 시범 프로그램 등 노인의 건강 수준을 향상하기 위한 시범적 제도를 시행하고 평가하여 확대하는 등 다양한 노력을 기울이고 있다.

고령화와 함께 만성질환 유병률 또한 증가하고 있어 홍콩 정부에서는 만성질환 예방 관리 프레임워크, 노인 만성질환 예방 관리 프레임워크 등을 제시하여 노인의 기능적 역량 수준을 고려한 접근을 강조하고 있다. 그리고 홍콩의 장기요양 서비스는 정부와 민간 부문이 주요 공급자인 '혼합 모델'로 작동하며, 홍콩 정부는 '지역사회 계속 거주(ageing in place)'를 주요 가치로 내세우지만 정부에서 직접적으로 서비스를 제공하지 않고 비정부기구(NGO)와 민간 영리 부문에서 제공하고 있다. 이 같은 형태의 홍콩 장기요양 정책은 보조금을 받는 시설 거주 형태에 지나치게 의존하는 것이라는 지적이 있기도 하다(Chui, 2011).

이처럼 홍콩은 공공 부문에서 지역사회 및 병원 기반의 서비스를 제공하고 시범사업을 수행하며, 노인의 기능적 역량을 고려해 접근하고 있으며, 장기요양 영역에서도 정부 보조를 활용하여 서비스를 제공하는 등 다

양한 노력을 하고 있는 것으로 보인다. 그러나 분절된 보건의료 시스템과 공공 부문의 지출 증가, 시설 거주에 의존하는 형태의 장기요양 정책 등의 문제를 마주하고 있다.

제 7 장 대만의 고령자 건강정책

제1절 대만 노인의 건강 수준
제2절 대만의 고령자 건강정책
제3절 대만의 만성질환 예방 및 관리
제4절 소결

7 대만의 고령자 건강정책

제1절 대만 노인의 건강 수준

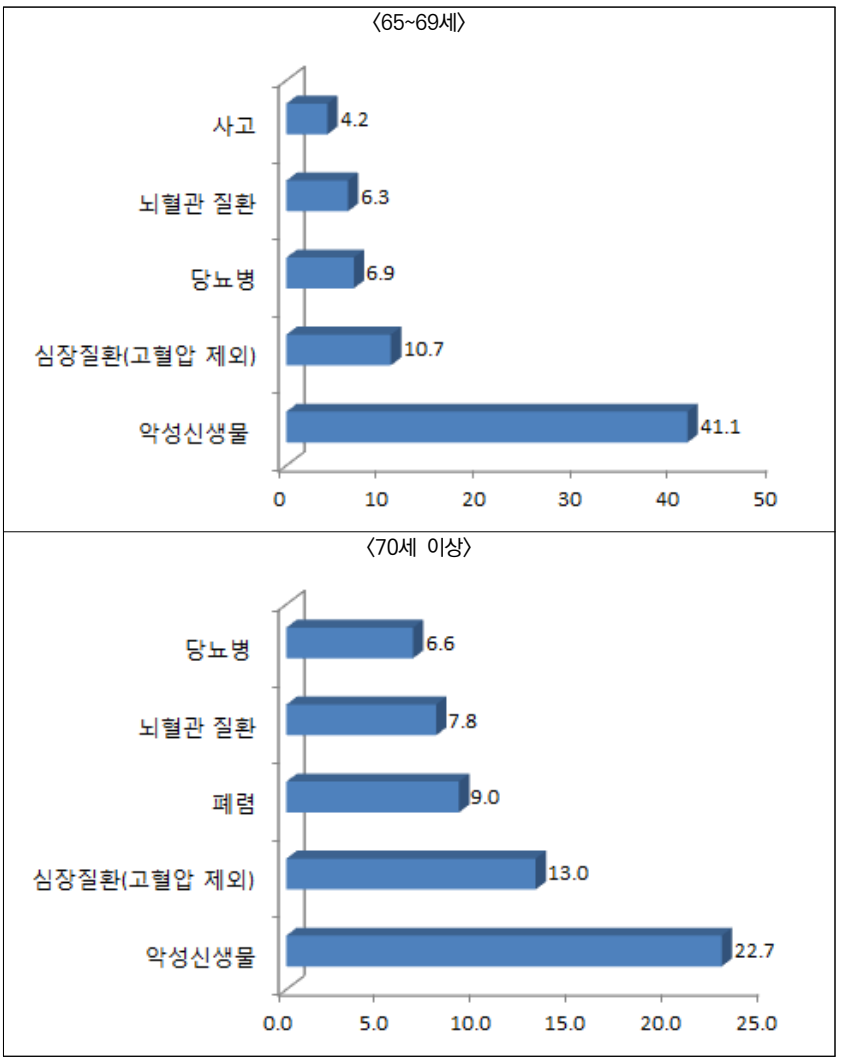
대만은 고령화가 빠르게 진행되고 있는 나라 중 하나이다. 1993년 65세 이상 인구 비중이 처음으로 7%에 도달하며 고령화사회에 진입했다. 2018년에는 그 비율이 14%에 도달해 공식적으로 고령사회에 진입하고 2025년에는 20%에 이르러 공식적으로 초고령사회에 진입할 것으로 예상된다.[42]

65세 이상 대만 노인의 5대 사망 원인을 보면 [그림 7-1]과 같다. 65~69세 노인의 사망률은 인구 10만 명당 1301.1명으로, 사망자의 약 41.1%가 악성신생물로 인해 사망하였으며 10.7%가 심장질환(고혈압 제외), 6.9%가 당뇨병, 6.3%가 뇌혈관 질환, 4.2%가 사고로 사망한 것으로 나타났다. 70세 이상 노인의 사망률은 인구 10만 명당 5260.8명으로, 5대 사망 원인은 악성신생물(22.7%), 고혈압 제외 심장질환(13.0%), 폐렴(9.0%), 뇌혈관 질환(7.8%), 당뇨병(6.6%) 순으로 나타났다.

42) Directorate-General of Budget, Accounting and Statistics. www.dgbas.gov.tw/public/Data/51021161625L3E5JF46.pdf에서 2017. 10. 28. 인출.

〔그림 7-1〕 65세 이상 대만 노인의 5대 사망 원인

(단위: %)



자료: Ministry of Health and Welfare(2015), The Statistics and Trends in Health and Welfare 2015, p. 9의 표를 연구진이 도식화하였음.

제2절 대만의 고령자 건강정책

1. 대만의 보건의료 제도

대만의 질병 중심 서비스 프로그램을 논할 때 급성 또는 만성질환 진단, 치료, 관리 등 모든 부문에서 대만의 '국가건강보험 제도'는 빠질 수 없는 핵심 요소이다. 국가건강보험 프로그램은 1995년 실시되었다. 그때부터 대만의 건강 평등성이 크게 개선되었고 건강과 의료 역사에서 새로운 장이 열렸다. 2011년 '2세대 국가건강보험 제도'가 의회 심의를 통과했다. 2세대 국가건강보험 제도는 품질 중심의 의료건강 서비스, 건강 서비스 품질 지표와 재정의 투명성, 보험기금 제도의 지속 가능성, 가입자 참여 확대, 건강권 보호 강화 등을 사명으로 한다. 지난 수년간 대만의 국가건강보험 제도는 세계에서 성공적인 보편적 건강보험 제도 중 하나로 평가받아 왔다. 최근 높은 환자 자비 부담률, 도서산간 지역의 불평등, 이따금 발생하는 부패 스캔들로 사회적 불안감이 조성되긴 했지만 국가건강보험 제도는 대만 국민들에게 높은 신임을 얻고 있으며 노인뿐만 아니라 외국인 노동자와 학생을 포함한 전체 국민의 건강을 보호하고 있다.

가. 도입: 급속한 고령화와 노년기 삶에 대한 태도 변화

대만 국민들은 급속한 인구 고령화가 야기할 수 있는 부정적 결과를 두려워한다. 젊은 인구보다 고령 인구가 훨씬 더 많아질 경우 사회는 지금과는 매우 다른 양상을 보일 것이며 사회 인프라는 모두 재설계나 재건축해야 할 것이다. 여기에서 흔히 하는 질문 중 하나는 "누가 노인 인구를 돌볼 것인가?"이다. 20세기 말 이후 대만에서는 노인 부양과 노인 부양의

책임 분담 문제를 논하기 위해 이 질문과 유사한 주제의 회의와 세미나를 여러 차례 개최해 왔다. 이러한 회의 중 최초로 개최된 것이 1998년 5월 대만국립대 사회학과에서 개최한 회의이다(Lin, 1998; Ko, 2002). 또한 "누가 노인을 돌보는가?"라는 주제로 정부와 성인 자녀 간 책임 분담에 대한 유럽 국가 간 비교 연구를 수행했다. 전반적으로 사람들은 어떻게 정부(중앙 및 지방정부 모두), 전통적 가정 부양, 새로운 서비스 경제, 또는 기타 메커니즘이 미래 지속 가능한 양질의 삶을 위한 해답이 될 수 있을지 의문을 제기한다.

"누가 노인을 돌볼 것인가?"라는 일반적인 질문에는 노인을 의존적인 존재로 보는 시각이 내포하고 있다. 그러나 현실은 이와 다를 수 있다. 기대수명의 증가 추세가 그 첫 번째 증거이다. 2016년 대만의 출생 시 기대수명은 여성의 경우 83.42세, 남성은 76.81세였다. 비록 2011년 남성의 기대수명이 0.17세 감소하여 수치의 변동이 있었지만 일반적으로 사람들은 80세 이상이 다수의 현실적인 수명 목표가 된다고 생각한다. 사회 내 모든 종류의 교육, 사회, 경제, 신체 활동에서 건강하고 적극적인 노인이 더욱 가시화되고 있다. 성공적인 사회 지도층이 노년기에 왕성한 모습을 보이면서 일반인에게도 활발한 노년의 삶을 장려한다. 예를 들어 포모사 플라스틱스그룹(Formosa Plastics Group)의 창업자이자 대만 역사상 가장 저명한 기업가인 왕융칭(Wang Yung-ching) 회장은 91세로 생을 마감한 당일까지 일을 했다. 또한 유명한 '수건 운동'을 개발하기도 했다. 그는 사내 연례 체육회를 개최했는데 직원을 이끌고 운동장을 여러 바퀴 돌 정도였다. 자립적으로 열심히 일하는 충만한 삶을 산 왕 회장은 대만 노인의 롤모델이 되었다. 또 하나의 사례는 1968년 올림픽 메달리스트로서 평생을 스포츠와 건강을 위해 헌신한 치청(Chi Cheng) 여사이다. 60세가 되던 해 치청 여사는 하루 1만 보 걷기 운동을 펼쳤다. 그녀는 정기

적이고 꾸준한 운동을 통해 노인도 건강과 체력을 유지할 수 있다는 것을 보여주었다.

노인을 의존적인 존재로 볼 수 없다는 두 번째 증거는 최저 수준을 보이는 낮은 출산율이다. 루오(Luoh, 2007)는 1905년대부터 여러 세대의 출산율을 분석했다. 루오의 논문에 따르면 출산율 감소의 진짜 원인은 혼인율 감소이며, 특히 20~29세의 고학력 여성의 혼인율 저하이다. 2010년 호랑이해 대만의 출산율은 0.89명으로 하락했다. 이는 대만 총통이 국가 존치의 위기라고 선언할 정도였다. 2010년 이후 대만 정부는 혼인 혜택, 아동 수당, 양육 수당, 그 외 부모 지원 등을 통해 혼인율과 출산율을 높이기 위해 다양한 노력을 펼쳐 왔다. 지난 2년 동안 대만의 출산율은 1.1~1.2명으로 증가했다. 그러나 인구학자인 제임스 수에(James Hsueh) 교수는 작년 더 낮아진 혼인율로 인해 2017년도 전체 신생아 수가 20만 명 미만에 그쳐 출산율이 2010년 다음으로 가장 낮은 한 해가 될 것이라고 예측한다(Taipei Times, 2017). 한편 성인이 된 젊은 자녀 세대는 저임금과 장시간 근로에 시달리고 있어 상당수가 결혼과 출산을 기피하게 되었다. 가정 부양의 전통은 돌봄과 부양의 책임을 담당하는 가족 구성원을 바탕으로 형성된 것이다. 그러나 결혼하여 자식을 낳는 자녀 세대가 점점 줄어들면서 노인들은 전통적인 가정 부양 방식에 의존할 수 없다는 사실을 서서히 깨닫고 있다. 오히려 재정과 건강 면에서 가능한 한 오래 독립성을 유지해야 한다.

오늘날 대만에서 인구 고령화가 다양한 역학 관계를 일으키는 강력한 사회적 영향력을 행사하고 있는 것은 분명하다. 인구 고령화는 질병이나 장애 또는 치매를 겪고 있는 노인 증가에 따른 많은 부양 문제도 있지만 노인이 건강과 자립성을 유지해야겠다는 깨달음을 얻는 긍정적인 영향도 있다. 사회 가치관이 서서히 변화함에 따라 노년기도 더는 가만히 앉아

서비스를 기다리는 시기가 아니라 노인 스스로 건강과 사회적 자본을 최적화해야 될 시기가 되고 있다.

나. 1990년대 이후 주요 사회 정책

1) 노인 복지 서비스 개선을 위한 3개년 행동 계획

1990년대 이후 대만 정부는 충분한 가정 부양이나 경제 자원 없이 홀로 사는 노인이 증가하고 있다는 사실을 파악하고 노인 복지 서비스 개선을 위한 3개년 계획을 수립하기 시작했다. 1998년 처음 이 계획을 발표한 이후 2002년, 2005년에 2차, 3차 계획이 발표되었다. 이 행동계획은 장기요양, 가정돌봄, 건강증진, 의료 서비스, 사회수당, 사회보험, 성인보호 서비스(노인 학대 보호), 장애물 없는 환경과 주택, 사회 참여, 서비스 인력 훈련, 사회 교육과 지지 등을 포함한 8개 부문의 전략을 담고 있다.

전체 8개 부문의 전략은 종합 건강(holistic health)과 깊은 연관성이 있다. 장기요양 및 가정 내 돌봄과 관련해서는 가정요양 및 지역사회의 주간보호센터의 양과 질을 확대하고 기관 요양의 품질을 확보하기 위한 노력이 이루어졌다.

또한 '지역사회 돌봄센터'를 설립할 수 있도록 힘을 실어주는 부분을 강조하기 시작했다. 건강증진 및 의료 서비스 차원에서는 건강 위험 요인을 줄이고 가정 내 간호 역량을 개발하기 위해 건강강좌, 연례 건강검진, 질병 진료 등 예방적 돌봄에 중점을 두었다. 전문 요양관리사를 대상으로 많은 교육과 함께 도시 구역별 돌봄관리센터도 개발되었다. 성인학대보호 서비스도 지역사회에서 중점을 두었다. 홀몸노인을 위한 '생명선(lifeline) 서비스'도 개설되었다. 또한 저임금 계층을 위한 입원 보조금 제도도 신설됐다.

3개년 행동계획이 처음 시작된 1998년 당시 고령 인구의 보건, 사회, 경제 문제를 관할하는 부처가 정부 내 극심하게 분리되어 있었고 관련 자원 또한 그러했다. 솔직히 말해 대만 국민은 그 당시만 해도 정부가 자신들의 노후를 돌봐 줄 것이라는 큰 기대를 하지 않았다. 당시 65세 이상 인구는 전체 인구의 8%에 불과했고 인구 고령화에 따른 문제는 무시할 만한 수준이었다. 심지어 그 당시에도 많은 학자가 개인 중심의 서비스 전달 시스템을 설계하고 장기요양 서비스를 위한 지속 가능한 재정 시스템을 계획하며 가정 내 간병인을 지원해야 한다고 경고했다. 대만 내무부가 3차례에 걸친 3개년 계획을 시행한 10년이라는 기간에 주요 개발 프로젝트에 큰 발전이 있었다. 예를 들어 '대만 장기요양제도 구축을 위한 시범 프로젝트'가 2000년도에 처음 시작되어 2002년에는 연금 또는 큰 재산이 없는 노인에게 3000대만달러 지급을 보장하고 세대 간 동거 가족에게는 공공주택 분양 시 우선권을 주어 노인과 자녀의 세대 간 동거를 장려했다.

같은 시기인 1998년부터 2001년까지 대만 보건부도 '노인을 위한 3개년 계획'이라는 3개년 행동계획을 실시했다. 이 계획은 가정요양 및 양로원요양을 증진하고 특히 전국 지방정부 내에 '장기요양 사례관리센터'를 설립하는 구체적인 목표를 설정하고 있었다. 급증하는 장기요양 서비스를 담당하는 단일 창구로 설계된 '장기요양 사례관리센터'는 지역 보건부와 사회부가 관장하는 보건 서비스를 통합하는 최초의 노력이기도 했다. 과거에는 건강관리와 사회적 돌봄이 분리되었다. 행정, 서비스 기관, 서비스 가치, 예산 및 재정 조달이 모두 달랐다. '장기요양 사례관리센터'는 종합 건강을 위한 통합적 노력의 시작을 의미했다. 지방정부의 보건부와 사회부는 '장기요양 사례관리센터'에서 근무할 인력을 함께 조달했다. 그러나 중앙정부 차원에서는 2013년이 되어서야 보건부와 사회부를 통합한 보건복지부가 조직, 운영되었다.

보건부가 1998년부터 2001년까지 실시한 '노인을 위한 장기 요양 3개년 계획'은 1986년부터 시행한 '건강관리체계 개발계획(Development of Health Care Net)'의 원래 과정 내로 편입되었다. 병원, 진료소, 지역 건강관리서비스센터 같은 인프라 구축에 초점을 두었던 '건강관리 체계 개발 계획의 1차 3개년 계획' 이후 2001년부터 2004년까지 '새 시대 건강관리 행동 계획'이라는 이름의 4개년 행동 계획이 실시되었다. 이 계획은 다음과 같은 5개 목표를 추구했다.

1) 지역통합 건강 서비스 시스템 구축, 건강관리를 위한 투자 자원의 효과 및 효율 증진
2) 양질의 효과적인 건강관리 서비스에 대한 접근성 향상
3) 대민 건강관리 서비스 강화 및 건강한 지역사회 구축
4) 대민 건강 전문 인력의 지식 및 기술 강화, 지속 가능한 인력 자원 정책 수립
5) 건강관리의 불평등 최소화, 시민의 '건강관리권' 보호

2001~2004년도의 '새 시대 건강관리 행동계획'은 대민 의료, 간호, 공공보건(질병 예방), 재난 구호 및 관리, 장기요양서비스를 포함했다. 이후에도 '건강관리 체계 개발 계획'은 지속되어 2017년 현재 8차 행동 계획을 시행 중이다. 현재의 보건 정책은 앞서 언급한 전통적인 의료 인력뿐만 아니라 신기술, 원격 관리, 새로운 관리 및 행정 기법 등 여러 부문에 걸쳐 좀 더 종합적인 방식으로 수립된다. 2017년 현재 8차 행동계획의 주요 목표는 다음과 같다.

1) 종합적 돌봄이 지속되도록 분리된 의료 관리 제도 통합
2) 여러 지역의 응급 구호 역량 강화, 응급 의료 관리 정보 시스템 개선
3) 의료 인력의 노동권 보호
4) 의료 인력의 안전을 위한 환경 개선, 환자 안전 가치 강화

이러한 새로운 정책은 병원이 지역사회에 더욱 가까이 다가갈 것을 요구하고 장려한다. 대학병원은 지방 병원, 지역 병원, 지역사회 내 진료소와 협업할 수 있는 지원 시스템을 개발해야 한다. 같은 지역에 있는 모든 의료팀은 협업해야 한다. 그렇게 할 때 시민이 주요 대학병원으로 몰리지 않고 근처 병원이나 1차 진료 의사에게 적절한 치료를 받을 수 있을 것이다. 예를 들어 대만국립대학병원은 대만 최고의 대학병원이다. 최근 대만국립대학병원으로 환자가 과도하게 몰려 응급실의 효율성에 문제가 발생했다. 이에 따라 대만국립대학병원은 완후아 지역(Wan-Hua District)의 분원에 더 많은 환자가 머물 수 있도록 지도하며 지역사회 기반 의료 모델을 강화하기 위해 노력하고 있다. 한편 이 대학병원의 지역 분원은 지역 진료소, 소형 병원, 의료관리센터, 기타 건강 및 사회 돌봄 기관 등 지역의 1차 관리 시스템과 협력하고 있다. 대만국립대학병원은 가정 내 호스피스 간호의 질적 개선을 위해서도 노력하고 있다. 최근 병원이 아닌 가정에서 임종을 맞는 환자가 증가했다. 전반적으로 종합적 치료를 요하는 환자의 요구를 바탕으로 한 의료 시스템을 재설계하기 위한 노력이 진행되고 있다. 환자는 더 이상 여러 병원을 돌며 차가운 병원의 비현실적인 환경에 적응하는 고통을 받지 않아도 된다.

2. 고령자 건강정책

전통적으로 사람들은 노인이란 몸이 굽고, 의존적이며, 장애가 있는 사람으로 자동적으로 인식한다. 그러나 이제 수명이 늘어나면서 이와 같이 신체적, 심리적, 경제적, 사회적으로 나타나는 노년기의 부정적인 모습은 개인과 가족, 사회에 부담으로 작용한다. 따라서 대만 의료인들은 2010년 이후부터 인구 고령화에 따른 부담을 완화하고 노인들의 삶의 질을 개

선하기 위해 대중에게 '노쇠(frailty)'의 개념에 중점을 두고 노쇠를 방지하는 전략에 집중하라고 일깨워 왔다.

이러한 일환으로 우 등(Wu et al., 2013)은 5대 전략[43]으로 1) 지역사회 기반 건강증진, 만성질환 관리, 생활방식 변화, 예방접종 2)노쇠 고위험 그룹을 파악하기 위한 노인 건강 클리닉, 80세 이상을 중심으로 한 노인 종합 평가 수단 운영, 노인성 질환 예방 3) 노쇠 노인에 대한 의료기관의 종합 치료, 입원으로 인한 부정적 효과 및 중복이환 예방, 노인 입원 환자의 건강한 퇴원 4) 노쇠 노인에 대한 아급성 치료(sub-acute care) 및 지역사회 재활, 장기 장애 예방 5) 심각하게 불구가 된 노인을 위한 가정요양, 장기요양, 호스피스를 제안한 바 있다. 일반적으로 대만의 노쇠 특정적 지역 사회 기반 서비스는 의료, 간호, 재활서비스뿐만 아니라 사회 환경과 지역 환경, 장애물 없는 기반시설, 공동체 생활 방식, 공동체 안전, 참여, 운동 프로그램, 영양 프로그램, 식사서비스(단체 급식, 식사 배달), 약물 건강 교육, 종교서비스까지 모두 중요하게 포함된다.

또한 대만은 1997년 「노인복지법」 개정 이후부터 지역사회돌봄 운동을 강화해 왔으며, 2005년 '지역사회돌봄서비스센터'를 설립하겠다는 정책 방향을 제시하기도 했다. 이 정책의 목표는 첫째, 지역 주민과 자원봉사자가 지역사회돌봄서비스를 제공하고 지역 자치를 증진하며 지역주민의 진정한 필요에 맞는 지속 가능한 지역사회돌봄서비스 제공, 건강한 지역 환경 조성, 둘째, 질병 예방을 위해 1차 진료 및 서비스를 제공하는 지역사회 돌봄센터를 대만 전역에 3년 내 최소 2000개 설립, 셋째, 지역사

43) 1) 지역사회 기반 건강증진, 만성질환 관리, 생활방식 변화, 예방접종 2)노쇠 고위험 그룹을 파악하기 위한 노인 건강 클리닉, 80세 이상을 중심으로 한 노인 종합 평가 수단 운영, 노인성 질환 예방 3) 노쇠 노인에 대한 의료 기관의 종합 치료, 입원으로 인한 부정적 효과 및 중복이환 예방, 노인 입원 환자의 건강한 퇴원 4) 노쇠 노인에 대한 아급성 치료(sub-acute care) 및 지역사회 재활, 장기 장애 예방 5) 심각하게 불구가 된 노인을 위한 가정요양, 장기요양, 호스피스.

회 내 장기 돌봄서비스와 연계하여 친절한 방문객 서비스, 전화 상담, 식사서비스(단체 급식, 식사 배달), 건강증진 프로그램 운영, 빈틈없는 지역사회돌봄 네트워크 및 지속적 돌봄 체계 구축이다.

대만의 지역사회요양서비스센터 설립은 2005년부터 1차 건강 진료와 사회적 돌봄을 제공하고 장기요양서비스를 제공하는 매우 중요한 역할을 해 왔다. 2000개 이상의 지역사회돌봄서비스센터를 건립하겠다는 목표는 이미 성공적으로 달성되었으며 전체 지역사회 중 60%에서 적어도 1사 이상의 센터를 가지고 있다. 이러한 센터는 노인들이 집 밖으로 나와 비활동적인 생활을 청산하고 운동, 건강교육, 예방접종 서비스를 받고 사회 활동, 특히 식사 서비스를 즐길 수 있는 지역 거점이 되고 있다. 센터에서 제공하는 서비스에 참여하는 사람의 경우 건강 상태가 크게 개선되었다. 이러한 센터는 전문 서비스 인력 부족이라는 큰 난제 또한 해결했다. 지역 자원봉사자팀이 조직되어 영양가 있는 식사를 만들고 지역 병원 또는 NPO와 연계하여 집에만 머무는 노인에게 식사를 배달하며 사회 활동과 운동을 이끌어 가고 있다. 지역사회건강서비스센터와 병원은 이러한 지역사회돌봄센터를 대중 건강 프로그램이나 건강 예방 프로그램을 제공하는 장소로 사용하는 경우도 많다. 첨단 원격 진료 장비를 갖추고 있는 센터도 있어 지역 사회 노인이 건강 검사를 받거나 활력 징후를 모니터할 수 있다. 검사 결과 이상이 있으면 즉시 병원서비스로 연결될 수 있다.

2005년부터 대만의 지역사회돌봄센터는 노화의 개념을 의존에서 자립으로, 치매와 질병에서 건강과 활력으로, 수동적으로 돌봄과 관심을 기다리는 것에서 건강 노화와 지속 가능한 지역사회를 강조하는 적극적인 혁신 프로그램을 만들어 나가는 것으로 전환해 나가고 있다. 이를 위해서는 향후 지역사회돌봄센터가 미치는 영향을 종합적으로 평가하고 측정하는

국가 차원의 체계적인 연구가 필요할 수 있다.

또 다른 중요한 정책은 '친절한 지역사회서비스 프로그램'이다. 이는 2009년에 실시되어 지금까지 지속되고 있다. 이 정책 프로그램은 건강한 노화, 활기찬 노후, 내 집에서 맞이하는 노화(AIP), 스마트 노화, 평생 교육이라는 5개의 주요 주제로 구성돼 있다. 이 외에도 이 정책 프로그램이 추진하는 주제는 많다. 예를 들어 건강한 노화라는 주제와 관련하여 세부적으로 만성질환 및 치료 관리, 조기 암 검진, 정신건강서비스, 자살예방서비스, 전문 강사의 노인 건강교실, 공공 건강 운동 체육관 및 공원 시설 확대, 식품 안전 교육 및 감시, 지역사회 약사의 도움으로 건강한 약물 사용, 노인학대예방서비스, 간병인지원서비스를 포함한 치매 친화적 지역 네트워크 수립 등에 집중하고 있다.

제3절 대만의 만성질환 예방 및 관리

1. 인지 장애(치매) 노인을 위한 제도 및 정책

치매는 나이와 깊은 관계가 있다. 39세에 치매 확진을 받은 최근 보도가 있긴 하지만 치매 환자 대부분은 60세 이상이다. 따라서 인구 고령화가 더욱 가속화됨에 따라 치매 환자도 그만큼 급속도록 증가하고 있다. 대만의 알츠하이머질환협회(Taiwan Alzheimer's Disease Association, 2014)에 따르면 대만의 치매 환자는 경증 환자에서부터 중증 환자에 이르기까지 약 13만 명으로 추산되며 경증 치매 환자는 9만 명으로 추정된다.

대만에서 치매 환자를 돌보는 일은 대부분 가족이 한다. 따라서 가족 간병인을 지원하는 NGO가 많다. 치매 전문 NGO도 있다. 예를 들어 '대

만 알츠하이머 질환 및 치매 가톨릭 재단'이나 '대만 알츠하이머질환협회' 같은 국가 NGO와 '치매 환자를 돌보는 타오위안협회' 같은 다수의 지방 NGO가 있다. 대만 정부는 수년간에 걸친 이러한 NGO의 활발한 활동에 대한 우호적 응답으로 마침내 치매 예방 및 돌봄 관련 문제를 해결하기 위한 정책 보고서와 제도를 제시했다.

알츠하이머국제기구(ADI, 2004)는 교토선언문을 발표했다. 이 선언문은 다음을 포함한 10개 정책 전략을 제안한다.

1) 1차 건강 진료 시스템에서 치료 제공
2) 개별 환자에게 적절한 치료 제공
3) 지역사회돌봄 제공
4) 대중 교육
5) 지역사회, 가정, 대중의 치매돌봄 참여 지도
6) 정책, 제도, 법률 제정
7) 인적 자원 개발
8) 부처 간 연계
9) 지역사회 건강 감독
10) 치매 연구 지원 확대

2007년부터 대만 정부는 치매 환자를 위한 치매사회지원센터, 치매지원서비스, 치매 정보 웹사이트와 온라인 상담, 지역사회 조기 개입 서비스를 마련하기 위해 NGO와 협력해 왔다. '2007년도 1차 10개년 장기요양 계획'에서는 치매 환자를 가정, 주간보호소, 임시위탁보호소, 요양원에서 돌보았다.

2013년 'WHO 치매: 공공 정책 우선과제' 보고서의 제안을 바탕으로 대만 정부는 '치매 예방 및 돌봄을 위한 정책 가이드라인'을 발표했다. 이 정책 가이드라인에는 다음과 같은 2개의 핵심 목표가 있다.

1. 치매 위험 감소, 조기 검진 및 평가, 조기 발견 및 진단
2. 치매 환자 및 가족이 존엄성을 지키고 양질의 삶을 유지하도록 치매 환자와 그 가족에게 양질의 돌봄 지원 제공

이를 달성하기 위해 다음과 같은 7개의 과제를 선정했다.

1) 치매 예방, 발견, 돌봄에 대한 일반 대중의 지식 확대
2) 탄탄한 돌봄 및 서비스 네트워크를 갖춘 지역사회 조성
3) 1차적 치매 질병 예방 및 관련 돌봄서비스 개선
4) 치매돌봄을 위한 인적 자원 개발
5) 부처 간 협력 및 자원 통합 강화
6) 국제 연구 협력 장려
7) 치매 환자의 권리 보호

초기 치매 환자를 위한 '지혜학교(School of Wisdom)', 만화, 연극, 요양원과 주간보호센터의 치매 특별 관리팀 등 알츠하이머와 관련 질환의 검진, 평가, 진단에 도움을 주는 여러 가지 창의적인 프로그램이 만들어졌다. 그러나 실제 경험을 바탕으로 보건대 일반 시민의 경우 가족 구성원이 치매 의심 증상을 보이기 전까지는 치매에 대해 모르는 경우가 많고 치매 환자를 돌보는 일에 많은 어려움을 겪는다. 따라서 심장병, 폐렴, 암과 같은 급성질환과 비교할 때 고혈압, 당뇨병, 치매와 같은 만성질환은 여전히 많은 사람에게 낯선 질환이다. 특히 치매의 경우 환자의 뇌가 손상된 후 오랜 시간이 지나야 신체적, 정신적 증상이 발현되기 때문에 많은 다른 사람이 잘 알지 못한다. 따라서 대만 정부와 NGO가 대중 교육, 치매 예방, 조기 검진 및 평가, 조기 진단 및 치료를 위해 지속적으로 열심히 일하는 것이 중요하다. 치매 초기에 더 많은 노력을 펼칠수록 가정과 사회에 발생하는 비용이 줄어든다.

제4절 소결

건강한 노화는 개인의 노화 과정에서 신체적, 정신적, 사회적, 영적 차원을 포괄하는 통합적 개념이다. 지난 수십 년에 걸쳐 대만 정부는 의료, 간호, 재활, 공공 보건, 재난 관리, 사회 위험 요인 및 사회적 돌봄이라는 다양한 측면에서 이 문제를 다루기 위해 공식적으로 다양한 기관과 부처를 지정하기 시작했다. 그러나 수십 년에 걸친 수많은 정책과 제도를 경험하며 대만 국민은 정부부처, NGO, 지역사회, 가정이 모두 함께 모여 통합된 노력을 펼칠 때에만 건강을 실현할 수 있다는 깨달음을 얻었다.

인구 고령화는 가까운 미래에 그 속도를 늦출 것 같지 않다. 만연한 저출산 현상은 젊은 세대에서 지속될 것이다. 남녀노소 할 것 없이 우리 모두 일상생활 속 바른 습관과 식단, 운동, 건강에 대한 긍정적 태도를 유지하며 자신의 건강을 스스로 책임져야 한다. 대만의 가정은 환자, 장애인, 치매 환자를 돌보며 서로 돕는 핵심적 역할을 지속적으로 해 나갈 것이다. 하지만 정책 및 제도를 통해 돌봄 기능을 하는 가족 구성원에게 더 많이 투자해 이들이 직장과 평생교육을 지속할 수 있도록 해야 할 것이다. 가족 다음으로 대만의 건강한 노화를 뒷받침하는 중요한 지원은 지역사회의 발전과 역량 개발이다. 지난 20년간 수많은 지역사회 프로그램이 성공적으로 실시되었고 '멀리 사는 가족보다 가까운 이웃이 더 낫다'는 전통적 가치관이 현대 대만 사회에 더욱 강력한 사회 자원으로 작용한다는 점을 여실히 보여 주고 있다.

제 8 장

결론 및 함의

제1절 연구 결과 요약
제2절 건강 노화를 위한 정책적 및 실천적 함의

8 결론 및 함의

제1절 연구 결과 요약

건강한 노화는 단순히 노인 개개인의 신체적 건강 측면뿐 아니라 정신적, 사회적 영역을 포괄하는 개념으로 본 연구에서 살펴본 아시아 주요국들은 다양한 건강 노화 정책을 구현하고 있었다. 본 연구에서 살펴본 아시아 주요국들은 공통적으로 출산율 감소와 의료기술, 생활여건 개선 등에 따른 기대수명 증가로 인구 고령화가 급속하게 진행되고 있다. 또한 각국은 공통적으로 인구 고령화에 따른 노인의 일상생활 수행 능력과 같은 기능 감소, 높은 만성질환 유병률, 치매 유병률과 발생률 증가 등의 건강 문제를 경험하고 있었다. 노인 인구가 증가하는 구조에서 각국은 건강 노화라는 글로벌 기조에 따라 건강 노화를 실현하기 위한 정책들을 계획하고 구현해 나가는 등 정책적 관심을 쏟고 있다.

우선 일본의 경우 개호보험을 중심으로 돌봄이 필요한 노인에게 서비스를 제공하고 있으며 최근 들어 지역사회 내에서 노인이 '인생의 마지막까지' 생활할 수 있도록 주거, 의료, 개호, 예방, 생활이 일체적으로 지원되는 지역포괄케어를 추진하고 있다. 이는 WHO가 강조하는 '지역사회 계속 거주(ageing in place)'의 개념과도 일맥상통한다고 볼 수 있다. 즉, 일본의 건강 노화 정책은 개호보험과 지역포괄케어를 중심으로 이루어지고 있으며 최근 증가하는 치매 문제 대응 역시 이를 통해 서비스가 제공되고 있음을 알 수 있었다.

싱가포르의 경우 우수한 보건의료 인프라를 갖추고 있으며 통합적인

보건의료서비스를 연계하여 받을 수 있도록 보건의료 클러스터를 구축하여 운영하고 있다. 또한 의료기관에서 퇴원 계획을 수립하고 지역사회로 케어 자원과 긴밀하게 협력하여 환자가 지역사회에 성공적으로 복귀할 수 있도록 지원하는 통합케어기구 역시 운영되고 있다. 이 같은 싱가포르의 통합적 보건의료서비스 제공 체계는 환자가 연속적인 케어를 일관되게 받을 수 있도록 하는 데 기여하고 있다. 싱가포르의 건강 노화 정책은 위에서 언급한 시스템을 기반으로 노인에게 연속적인 케어를 제공하기 위해 기존 보건의료 클러스터 기능을 강화하고 확산시켜 지역 중심 의료체계로 움직이고 있으며 이를 통해 환자가 급성기 치료 후 지역사회 내 치료 및 재활, 주간재활시설, 너싱홈, 홈케어, 데이케어 등의 연속적이고 통합적인 서비스를 제공받을 수 있도록 설계되어 있다. 즉, 싱가포르의 건강 노화 정책은 환자 중심의 보건의료서비스 제공과 지역사회 기반 돌봄으로 요약할 수 있다.

중국의 경우 국가 차원의 공적인 체계가 완전히 구축되어 있지 않아 노인의 보건의료서비스에의 접근성, 노인을 대상으로 한 효율적이며 양질의 케어가 제한적인 상황이다. 중국의 고령자 대상 보건의료체계가 견고하게 구축되어 있지 않기 때문에 현재 중국의 고령자 케어는 주로 가족, 친구, 친척 등 비공식적 체계가 담당하는 구조로 이루어지고 있다. 최근 중국은 보편적 의료보장을 강조하는 글로벌 추세에 따라 고령자 케어에 대한 집합적 노력의 필요성을 인지하고 고령자의 보건의료서비스에 대한 접근성과 관련 보건 인력의 역량을 강화하고자 노력하고 있다. 이러한 최근의 노력들은 지역사회 기반 서비스를 강조하고 있으며 지역사회 의료센터를 통한 일차의료를 강화하고자 하는 노력도 진행 중이다.

홍콩의 보건의료 시스템은 보건부와 병원청을 통해 보건의료서비스가 운영되며 보건부는 보건 정책과 법적 기능을 수행하고 병원청은 공립병

원을 관리하고 의료서비스를 제공한다. 홍콩은 노인을 대상으로 한 원청 기반의 다양한 병원기반 및 지역사회 기반 서비스 그리고 노인건강센터, 노인 건강관리 바우처 제도, 장기요양제도 등이 구축되어 있다. 이를 기반으로 홍콩의 노인 대상 보건의료서비스는 병원기반뿐 아니라 지역사회 기반으로 다양하게 제공되고 있으며 홍콩은 환자의 개별적 요구를 중심으로 통합적 보건의료서비스를 제공하기 위해 노력하고 있다.

대만의 경우 포괄적인 의미를 띤 건강 노화를 촉진시키기 위하여 정부 부처, NGO, 지역사회, 가정이 함께하는 통합된 노력의 중요성을 강조하고 있다. 다른 국가와 유사하게 대만 역시 지역사회 중심의 건강 노화 증진 프로그램을 실천하고 있다. 대만은 2000개 이상의 지역사회 요양서비스센터를 통해 일차진료와 사회적돌봄 및 장기요양서비스를 제공하고 있으며 '친절한 지역사회서비스 프로그램'을 통해 지역사회 거주 노인의 건강 노화, 지역사회 계속 거주(ageing in place), 평생 교육 등과 관련하여 만성질환 예방 및 관리, 조기 건강검진, 정신건강서비스 등 다양한 내용을 교육하고 있으며 지역사회 돌봄 자원 네트워크 구축을 위해 노력하고 있기도 하다.

즉, 각 국가는 인구 고령화에 따른 의료비 지출 증가뿐 아니라 노인에게 나타나는 건강 문제, 특히 노쇠 예방 및 관리, 만성질환 예방 및 관리 그리고 장기요양을 위해 관심을 가지고 정책을 수립하고 시행하고 있음을 알 수 있다. 하지만 과연 각 국가는 위에서 언급한 노인의 건강 문제에 과연 적절하게 대응하고 있다고 볼 수 있을까? 국가마다 보건의료 제도와 사회문화적 환경, 보건의료서비스 제공 구조가 다르기 때문에 일괄적으로 이야기할 수는 없다. 하지만 본 연구에서 고찰한 WHO의 건강 노화를 위한 글로벌 전략에 비추어 다음과 같은 몇 가지 이슈를 제기할 수 있을 듯하다. 우선 각국의 건강 노화 정책 및 프로그램이 최근 글로벌 보건 이

슈 논의에서 강조되는 보편적 의료보장 달성을 위해 충분한지를 살펴볼 필요가 있다. 중국의 경우 장기요양제도 등 노인을 대상으로 한 공적 보건의료체계가 제대로 구축되어 있다고 보기 어렵다. 또한 아시아 각국의 노인이 적절한 가격 접근성(affordability)을 가지고 지역사회 내 서비스 이용에 접근(accessible)할 수 있다고 단언하기도 어렵다(WHO, 2015b).

또한 아시아 각국은 공통적으로 노인 개개인의 욕구에 따른 통합적 보건의료서비스 제공을 목적으로 다양한 건강 노화 정책 및 프로그램을 제공하고 있으나 기존 연구는 노인을 대상으로 한 보건의료서비스가 분절적이라는 사실을 지적하고 있다. 일부 국가는 이러한 분절적 서비스 이용에 대한 문제의식을 바탕으로 서비스 통합을 위한 노력을 하기도 한다. 예를 들어 최근 싱가포르는 병원 치료에서 지역사회 재활로 이어지는 전환케어(transitional care)를 운영 중이며 일본의 경우 지역포괄센터를 통해 서비스를 통합하여 제공하고자 노력하고 있다.

그리고 글로벌 전략에서 강조하는 노인 친화적 환경을 조성하는 노력들은 각국의 건강 노화 정책을 리뷰하면서 제한적으로 찾아볼 수 있었다. 병원 내 노인 환자를 위한 병원 환경을 개선한다거나 지역사회 거주 노인을 위한 주거 환경과 지역사회 환경을 정비한다는 등의 노력은 싱가포르와 일본에서 제한적으로 살펴볼 수 있었다.

제2절 건강 노화를 위한 정책적 및 실천적 함의

본 연구는 국가 단위에서 노인을 대상으로 한 건강 노화 정책을 실현하고 있는 일본, 싱가포르, 대만, 홍콩을 중심으로 각국 노인의 건강 수준, 보건의료 제도, 고령자 건강정책을 살펴보았다. 본 연구에서 살펴본 아시

아 각국의 건강 노화를 위한 프로그램과 정책들은 공통적으로 노인 중심의 예방에서 치료, 재활에 이르는 과정에서의 연속적인 케어 제공을 목적으로 하고 있으며, WHO에서 강조하는 '지역사회 계속 거주(ageing in place)'를 도모하기 위해 지역사회 내에서 노인의 만성질환 예방 및 관리, 재활 및 요양서비스 제공 등을 하고 있다. 이들 국가의 건강 노화 촉진을 위한 노력을 검토해 볼 때 한국의 건강 노화를 위한 정책적, 실천적 함의는 다음과 같다.

첫째, 한국의 건강 노화 지원 정책, 제도, 프로그램은 과연 충분한가를 점검해 볼 필요가 있다. 한국은 이미 건강보험제도, 장기요양보험제도를 운영 중이며 최근 기초지방자치단체에 치매안심지원센터가 설립되어 운영되는 등 치매 환자 지원이 확대되어 치매 환자 돌봄에 대한 가족 및 보호자의 부담이 상당히 감소한 것으로 볼 수 있다. 그 외에도 4대 중증질환 보장성 강화 정책, 일차의료 만성질환 예방 및 관리 사업 등에 따라 노인 개인뿐 아니라 가족, 보호자의 부담도 감소하고 있다.

하지만 WHO의 건강 노화를 위한 글로벌 전략에서 강조하는 노인 친화적인 환경을 구축하기 위한 노력이 충분한지는 의문이다. 일부 의료기관이 시도한 바 있지만 노인 친화적인 병원 환경이 구축되어 있다고 보기는 어려우며 지역사회 역시 노인 친화적인 환경으로 구축되어 있다고 보기도 어렵다. 또한 최근 강조되는 '노쇠' 예방 및 관리를 위한 서비스, 관련 제도가 정비되어 있는지 역시 의문이다. 만성질환이 있다고 하더라도 건강하게 삶을 영위할 수 있고 식이, 신체활동 등의 건강행태에 대한 개입을 통해 노쇠를 예방하고 건강을 증진시킬 수 있도록 지원하는 체계는 제한적이다. 향후에는 병원 및 지역사회 차원에서 노인 친화적인 환경을 어떻게 구성할 것인지에 대한 고민과 더불어 노쇠 예방 및 관리를 위한 프로그램 및 관련 제도를 개발해 시행하는 것이 필요해 보인다.

둘째, 한국의 건강 노화를 촉진하기 위해서는 환자 중심의 연속적 보건의료서비스를 어떻게 가져갈 것인가에 대한 고민이 필요하다. 앞서 살펴본 것처럼 싱가포르와 홍콩의 경우 환자의 개별 요구를 중심으로 통합적인 보건의료서비스를 연계하여 노인에게 제공하고 있다. 지역사회 기반 예방 프로그램과 더불어 급성기 병원에서의 치료, 치료 이후 지역 병원으로의 연계가 이루어지는 보건의료전달체계는 현재 분절화되어 운영되고 있는 한국의 예방, 치료, 재활 프로그램의 유기성과 연계를 활성화하기 위한 사례가 될 수 있다. 특히 싱가포르의 보건의료 클러스터와 같이 지역별 급성기 상급 병원을 거점으로 고령자가 급성기 치료 이후 치료를 받는 지역병원(Community hospitals), 너싱홈, 홈케어, 데이케어, 주간재활시설, 폴리클리닉, 일반의까지 보건의료전달체계의 기관이 모두 연합하는 시스템은 한국에서 환자 중심의 연속적 보건의료 제공 체계를 구상하는 데 고려해 볼 만한 체계이다. 이 체계는 고령자를 대상으로 질환 진단, 치료, 퇴원 후 관리까지 케어 세팅이 바뀌어도 제한 없이 연속적이고 포괄적인 관리를 할 수 있을 것이다.

또한 한국은 싱가포르와 같이 다양한 서비스 제공 주체가 유기적인 관계를 맺고 있는 것이 아니라 분절화되어 운영되고 있다. 또한 노인에게 다양한 주거 및 생활 지원 서비스를 제공하는 사회복지 전달체계와도 유기적으로 연계되어 서비스가 제공되지 못하고 있어 다양한 의미를 포괄하는 건강 노화를 촉진하는 데는 한계가 있다. 본 연구는 각 국가들에서 어떠한 서비스가 지역사회 내에서 어떻게 제공되고 있는지를 정리하고 있기는 하나 어떤 자원들이 어떻게 서로 연계되어 제공되고 있는지, 그리고 연계 서비스 구축을 지원하는 제도나 인센티브 등이 있는지를 구체적으로 살펴보지는 못해 한계점이 있다.

셋째, 한국의 건강 노화를 촉진하기 위한 지역사회의 역량을 어떻게 강

화할 것인가에 대한 고민이 필요하다. 구체적으로 살펴보면 고령화가 급속하게 진행되는 한국의 경우 건강 노화를 촉진하기 위해 필요한 지역사회 자원은 무엇이며 각 자원의 역량은 어느 정도인지, 역량을 어떻게 강화할 수 있을 것인지에 대한 고민이 필요하다. 본 연구에서 살펴본 아시아 국가들은 지역사회 중심의 건강 노화를 도모하기 위한 정책과 프로그램을 구축하였다. 대표적으로 일본의 지역포괄케어의 경우 급속한 고령화 추세에 따라 시설 입소보다는 지역사회 거주에 기반하여 의료, 간호, 예방, 주거, 생활 지원 서비스를 포괄적으로 제공하고 있다. 그 외에도 싱가포르 역시 지역 중심 보건의료 서비스 원칙에 따라 홈케어 서비스를 확대하고 있으며 지역 내 주간케어센터와 재활케어, 치매케어센터를 중심으로 하는 'Home First' 서비스를 장려하고 재정적 지원 정책을 펼치고 있다. 대만과 홍콩 역시 지역사회 내 보건의료 서비스를 제공하는 지역센터를 설치하여 일차진료나 사회적 돌봄, 요양 서비스를 제공하고 있다. 한국 역시 지자체별로 보건소를 통해 예방 및 건강증진 서비스, 방문간호 서비스 등이 제공되고 있으며 장기요양 제도를 통해 지역사회 거주 노인 대상 재가요양 서비스가 운영되고 있다.

아시아 각국의 지역사회 중심 건강 노화 도모 정책과 프로그램을 비교하여 한국의 지역사회도 과연 건강 노화를 촉진할 수 있는 역량이 있는 것인지에 대한 고민이 필요하다. 앞서 잠시 언급한 보건소의 경우 생애주기별로 다양한 인구 집단에 질환 예방, 영양, 식이 및 운동 등의 만성질환 관리, 치매 검진과 정신건강증진, 방문 간호 등의 다양한 역할을 수행하도록 요구받고 있기는 하나 이를 수행할 수 있는 공중보건 인력이 부족한 실정이다. 특히 최근 치매 예방 및 관리에 대한 국가적 관심이 고조되면서 치매지원센터가 기초지방자치단체별로 설치되는 등 인프라가 확장되는 추세와 더불어 장기요양 제도와 같이 재가 및 시설 내에서의 요양 서

비스 제공이 강화되는 추세를 고려해 볼 때 건강 노화와 관련하여 보건소의 역할과 기능을 어떻게 가져갈 것인가에 대한 고민이 필요하다. 또한 앞서 언급한 것처럼 지역사회 내에 펼쳐져 있는 다양한 유관자원 간 네트워크를 어떻게 구축해 나갈 것인지에 대한 고민 역시 필요하다.

참고문헌

김남순, 박은자, 전진아, 서제희, 정연, 이용주 등. (2017) 고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형. 세종: 한국보건사회연구원.

김유미. (2017). '건강중국 2030' 계획 요강 발표. KiRi 고령화 리뷰, Monthly 제5호, 38-39.

백지은, 최혜경. (2005). 한국노인들이 기대하는 성공적인 노화의 개념, 유형 및 예측요인. 한국가정관리학회지, 23(3), 1-16.

백지은, 최혜경. (2007). 한국사회와 서구사회의 성공적 노화의 구성요소에 대한 비교 문화적 연구. 한국가정관리학회지, 25(2), 137-153.

산업연구원 북경지원. (2016). 중국 고령화 추이와 시사점. 이슈 분석

선우덕. (2015). 일본 개호보험제도의 최근 개혁동향과 정책적 시사점. 보건복지포럼 87-96.

선우덕, 김태완, 김병철, 양입웅, 양찬미. (2012). 중국의 인구고령화대비 지역사회중심의 노인장기요양보호대책 실태분석과 상호협력방안.

알렉스허, 제이슨잉. (2017). 홍콩과 싱가포르의 보건의료 재정 개혁: 두 도시 이야기. 국제사회보장리뷰, 2(0), 49-68.

질병관리본부, 보건복지부. (2016). 2016년 국민건강통계. 오송: 질병관리본부.

오영인. (2016). 중국의 일차의료 정책 동향. 의료정책포럼, 2016. Vol.14 No.4. (webzine.rihp.re.kr/webzine_201701/a_07_03.html)

유멍. (2017). 중국 장기요양보험의 현황 및 과제: 2017년 상하이(上海)시 장기요양보험을 사례로. 국제사회보장리뷰, 3, 123-131.

이정찬, 김계현, 김한나. (2014). 중국의 보건의료제도 및 최근 개혁동향. 서울: 의료정책연구소.

장휘숙. (2007). 성공적 노화. 스트레스硏究, 15(4), 325-330.

최해경. (2013). 지역사회 거주 노인의 성공적 노화 수준과 예측 요인. 사회과학연구, 24(1), 193-217.

추소희. (2014). 중국 도시 독거노인을 위한 지역사회 서비스에 관한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.

한국보건사회연구원. (2016). 글로벌 고령화. 글로벌 사회정책 브리프, September 2016, vol 36.

Agency for Integrated Care, AIC. (2016a). https://www.aic.sg/about-us/more-about-aic에서 2017. 10. 30. 인출.

Agency for Integrated Care, AIC. (2016b). https://www.aic.sg/about-us/our-identity에서 2017. 10. 30. 인출.

Agency for Integrated Care, AIC. (2017a). Means Testing. https://www.silverpages.sg/resource-library/application-forms/Means%20Testing에서 2017. 11. 1. 인출.

Agency for Integrated Care, AIC. (2017b). https://www.silverpages.sg/financial-assistance/Pioneer%20Generation%20Disability%20Assistance%20Scheme%20%28PioneerDAS%29에서 2017. 11. 1. 인출.

Agency for Integrated Care, AIC. (2017c). https://www.silverpages.sg/care-services/Community%20Health%20Centres에서 2017. 11. 1. 인출.

Alzheimer's Disease International. (2004). Kyoto Declaration.

Caravan. (2017. 9.). 認知症サポタキャラバンとは. http://www.caravanmate.com/ 에서 2017. 9. 30. 인출.

Chen, Z., Yang, X., Song, Y., Song, B., Zhang, Y., Liu, J., ... & Yu, J. (2017). Challenges of dementia care in China. Geriatrics, 2(1), 7.

Chris Sun. (2013. 3. 7.). Healthcare Reform in Hong Kong: Supplementary financing in a mixed health care economy. http://www.actuaries.org.hk/upload/File/ ASHK%20Healthcare%20Seminar%202013/Healthcare%20Reform%20in%20Hong%20Kong%20-%20FHB.pdf에서 2017. 10. 26. 인출.

Chui, E. W. T. (2011). Long-term care policy in Hong Kong:

Challenges and future directions. Home health care services quarterly, 30(3), 119-132.

Chung, R. Y., Tin, K. Y., Cowling, B. J., Chan, K. P., Chan, W. M., Lo, S. V., & Leung, G. M. (2009). Long-term care cost drivers and expenditure projection to 2036 in Hong Kong. BMC health services research, 9(1), 172. p. 6.

Community Health Assist Scheme(CHAS), MoH Singapore. (2017a). https://www.chas.sg/content.aspx?id=303에서 2017. 11. 1. 인출.

Community health Assist Scheme(CHAS). MoH Singapore. (2017b). CHAS Subsidies. https://www.chas.sg/content.aspx?id=636에서 2017. 11. 1. 인출.

Community health Assist Scheme(CHAS), MoH Singapore. (2017c). https://www.chas.sg/faq_content.aspx?id=335&terms=CDMP에서 2017. 11. 1. 인출.

Dai, B., Mao, Z., Mei, J., Levkoff, S., Wang, H., Pacheco, M., Wu, B. (2013). Caregivers in China: Knowledge of mild cognitive impairment. PLoS ONE 2013, 8, e53928

Department of Health. (2013). Promoting health in Hong kong: A strategic Framework for Prevention and Control of Non-Communicable diseases.

Department of Health. (2014). Department of Health 2013/2014 Annual Report.

Department of Health. (2017a). Elderly Health Service, http://www.elderly.gov.hk에서 2017. 10. 22. 인출

Department of Health. (2017b). Elderly Health Care Voucher Scheme. http://www.hcv.gov.hk에서 2017. 10. 22. 인출

Department of Statistics Singapore. (2017a). Latest Data. http://www.singstat.gov.sg/statistics/latest-data#16에서 2017.

10. 18. 인출.

Department of Statistics Singapore. (2017b). Population 2017. http://www.singstat.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/statistics/visualising_data/population-trends2017.pdf에서 2017. 10. 18. 인출.

Feng, Z., Liu, C., Guan, X., & Mor, V. (2012). China's rapidly aging population creates policy challenges in shaping a viable long-term care system. Health Aff. (Millwood) 31, 2764-2773.

Flaherty, J. H., Liu, M. L., Ding, L., Dong, B., Ding, Q., Li, X., & Xiao, S. (2007). China: the aging giant. Journal of the American Geriatrics Society, 55(8), 1295-1300.

Gauld, R. (2004). Comparative Health Policy in the Asia Pacific. McGraw-Hill Education (UK).

GOV HK. (2017a). Thematic household survey report No. 63.

Gov HK. (2017b. 10.). Overview of the Health Care System in Hong Kong. https://www.gov.hk/en/residents/health/hosp/ overview.htm에서 2018. 1. 24. 인출.

Gov HK. (2017c). Clusters, Hospitals & Institutions. http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10084&Lang=ENG&Dimension=100&Parent_ID=10042#에서 2017. 1. 25. 인출.

Gov HK. (2017d). Health Facts of Hong Kong: 2017 Edition. http://www.dh.gov.hk/english/statistics/statistics_hs/files/Health_Statistics_pamphlet_E.pdf에서 2017. 1. 25. 인출.

Health Hub. (2017). Enhanced subsidies for selected Health Screenings. https://www.healthhub.sg/programmes/61/Screen_for_Life에서 2018. 10. 18. 인출.

Health Promotion Board. (2017. 8. 12.). About Us. https://www.hpb.go

v.sg/about/about-us organisation chart에서 2017. 10. 18. 인출.

Iwamasa, G. Y., & Iwasaki, M. (2011). A New Multidimensional Model of Successful Aging: Perceptions of Japanese American Older AdultsJ Cross Cult Gerontol, 26, 261-278.

Kang Soon Hock, Tan Ern Ser, Yap Mui Teng. (2013). National Survey of Senior Citizens 2011, the Institute of Policy Studies, Lee Kuan Yew School of Public Policy, National University of singapore.

Ko, C. F. (2002). Who cares for the elderly: A comparative study among EU countries. Journal of Population Studies, 24, 1-32.

Lamb, V., & Myers, G. (1999). A comparative study of successful aging in three Asian countries. Population Research and Policy Review, 18(5), 433-449.

Land Transport Authority. (2017. 8. 3.). Silver Zones. https://www.lta.gov.sg/content/ltaweb/en/roads-and-motoring/projects/road-and-commuter-facilities/silver-zones.html에서 2017. 10. 18. 인출.

Li, X., Fang, W., Su, N., Liu, Y., Xiao, S., Xiao, Z. (2011). Survey in Shanghai communities: The public awareness of and attitude towards dementia. Psychogeriatrics, 11, 83-89.

Li, C., Wu, W., Jin, H., Zhang, X., Xue, H., et al. (2006). Successful aging in Shanghai, China: definition, distribution and related factors. International Psychogeriatrics, 18(3), 551-563.

Lieu, G. (2016). Launching Hong Kong's healthcare financing reform: Why continued inaction?. Asia Pacific Journal of Health Management,. 11(3), 87-102.

Lin, W. Y. (1998, May). A proposal of Long Term Care 10 Year Plan. In Who will take care of the elderly. Conference conducted at National Taiwan University, Department of Sociology, Taipei. Taiwan. Journal of Taiwan Studies, 3, 37-60.

Liu, Z., Albanese, E., Li, S., Huang, Y., Ferri, C. P., Yan, F., Sousa, R., Dang, W., & Prince, M. (2009). Chronic disease prevalence and care among the elderly in Urban and Rural Beijing, China—A 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey. BMC Public Health, 9, 394.

Luoh, M. C. (2007). The Appearance and Reality of Declining Total Fertility Rates in Taiwan. Journal of Taiwan Studies, 3, 37-60.

Ministry of Health and Welfare. (2015). The Statistics and Trends in Health and Welfare 2015.

Ministry of health, Labour and Welfare. (2014). Summary report of Comprehensive Survey of Living Conditions 2013.

Ministry of health, Labour and Welfare. (2015). 2014 Summary of Patient Survey. www.mhlw.go.jp/english/database/db-hss/sps_2014.html에서 2017. 10. 30. 인출.

Ministry of health, Lavour and Welfare. www.mhlw.go/jp/topics/kenko21_11/s0.html에서 2017. 10. 30. 인출.

Ministry of Health, Lavour and Welfare. www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/ bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/에서 2017. 10. 17. 인출.

Ministry of Health, Lavour and Welfare. www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou -12300000-Roukenkyoku/0000077236.pdf에서 2017. 10. 30. 인출

MoH Singapore. (2012). Healthscope: Archive. https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/healthscope/archive/2012 /MOH%20Healthscope_July-August%202012%20Issue.pdf.에서 2017. 10. 18. 인출.

MoH Singapore. (2015). https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/policies-and-issues/elderly_healthcare.html에서 2017. 10.

18. 인출.

MoH Singapore. (2016). Action Plan For Successful Ageing, p. 60.

MoH Singapore. (2017a). Population And Vital Statistics. www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/Health_Facts_Singapore/Population_And_Vital_Statistics.html에서 2017. 10. 30. 인출.

MoH Singapore. (2017b). principal causes of Death. www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/Health_Facts_Singapore/Principal_Causes_of_Death.html에서 2017. 10. 30. 인출.

MoH, Ministerial Committee on Ageing, Singapore. (2017c). https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/ifeelyoungsg.html에서 2017. 10. 18. 인출.

MoH Singapore. (2017d). What is the Action Plan About? https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/ifeelyoungsg/about-the-action-plan /what-is-the-plan-about.html에서 2017. 10. 18. 인출.

MoH Singapore. (2017e). Chronic diseases. https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/ costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave/Chronic_Diseases.html에서 2017. 10. 18. 인출.

National Development and Reform Commission. (2017). The 13th five-year plan for economic and social development of the people's republic of china(2016-2020).

Ng, T.e P., Broekman, B. F. P., Niti, M., Gwee, X., & Kua, E. H. (2009). Determinants of Successful Aging Using a Multidimensional Definition Among Chinese Elderly in Singapore. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 17, 5, 407-416.

Nguyen, A., & Seal, D. W. (2014). Cross-cultural comparison of successful aging definitions. J Cross Cult Gerontol, 29(2), 153-171.

OECD. (2017). OECD Health Statistics 2016.

Population By-Census, GOV HK. (2017. 8. 24.). Population Pyramid. https://www.bycensus2016.gov.hk/en/bc-population-pyramid.html에서 2017. 12. 14. 인출.

Primary Care Office. (2017). Hong Kong reference framework for preventive care for older adults in primary care settings.

Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M., & Karagiannidou, M. (2016). World Alzheimer report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging.* New York: Pantheon Books.

Silver Pages Singapore. (2017a). Care Services. https://www.silverpages.sg/care-services에서 2017. 10. 17. 인출.

Silver Pages Singapore. (2017b). Medifund. https://www.silverpages.sg/financial-assistance/Medifund에서 2017. 10. 17. 인출.

Silver Pages Singapore. (2017c). Nursing Home respite care. https://www.silverpages.sg/care-services/Nursing%20Home%20Respite%20Care 에서 2017. 10. 17. 인출.

Singapore Economic Development Board. (2016). https://www.edb.gov.sg/content/edb/en/industries/industries/healthcare.html에서 2017. 10. 18. 인출.

Singapore Economic Development Board. (2017). https://www.edb.gov.sg/content/edb/en/industries/industries/healthcare.html에서 2017. 10. 18. 인출.

Smith, J. P., Strauss, J., & Zhao, Y. (2014). Healthy Aging in China. J Econ Ageing. 4, 37-43.

Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications. (201

7). Statistical Handbook of Japan 2017. Tokyo: Statistics Bureau.

Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. The Gerontologist, 42(6), 727-733.

Suh S., Choi H., Lee C., Cha M., & Jo I. (2012). Association between knowledge and attitude about aging and life satisfaction among older Koreans. Asian Nursing Research, 6(3), 96-101.

The Census and Statistics Department, GOV HK. (2018. 1. 23.). Demog raphics. http://www.censtatd.gov.hk/hkstat/sub/so160.jsp에서 2 018. 1. 24. 인출.

The Census and Statistics Department. GOV HK. (2017). Hong Kong Polulation Projections 2017-2066.

Thiamwong, L., McManus, M. S., & Suwanno, J. (2013). Development of the Thai healthy aging model: A grounded theory study. Nursing and Health Sciences, 15, 256-261.

Taipei Times. (2017). State warned over low birth rate. http://www.tai peitimes.com/News/taiwan/archives/2017/07/12/2003674397에 서 2017. 10. 30. 인출.

Tohit, N., Browning, C. J., & Radermacher, H. (2012). 'We want a peaceful life here and hereafter': healthy ageing perspectives of older Malays in Malaysia. Ageing & Society 32, 405-424.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Population Division. (2015). World Population Ageing 2015.

Wang, H., Wang, J. J., Wang, S., et al. (2015). The development of ur-ban community health centres for strengthening primary care in China: a systematic literature review. British Medical Bulletin.

World Health Organization. (2014). Regional framework for action on ageing and health in the Western Pacic(2014-2019).

http://www.wpro.who.int/topics/ageing/regional_framework_final.pdf

World Health Organization. (2015a). World report on ageing and health. http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/

World Health Organization. (2015b). China country assessment report on ageing and health.

Wu, F. L., Chen, C. Y., Hsu, C. C., & Hsieh, B. S. (2013). Frailty-focused preventive care for the elderly. Taiwan Medical Journal, 56(9), 17-22.

Xiao, L. D., Wang, J., He, G. P., De Bellis, A., Verbeeck, J., & Kyriazopoulos, H. (2014). Family caregiver challenges in dementia care in Australia and China: A critical perspective. BMC Geriatr. 14(6).

Yu, X., Chen, S., Chen, X., Jia, J., Li, C., Liu, C., Toumi, M., Milea, D. (2015). Clinical management and associated costs for moderate and severe Alzheimer's disease in urban China: A Delphi panel study. Transl. Neurodegener. 4, 15.

관련 자료

Chang, C. S., Lu, H. P., Luor, T. Y., & Yang, P. S. (2015). Active aging: A systematic literature review of 2000-2014 SSCI journal articles. NTU Social Work Review, 32, 177-224.

Community Development Council, CDC. (2017). https://cdc.org.sg/SouthEast/What_We_Do/Elderly_and_Active_Ageing/Community_Outreach_Programme_for_the_Elderly에서 2017. 11. 1. 인출.

Fried, P. F., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & Mcburnie. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype, Journal of Gerontology: Medical Sciences, 56A(3).

Ministry of Health and Welfare. (2017). 2015 Life table of Taiwan. http://sowf.moi.gov.tw/stat/Life/104%E5%B9%B4%E7%B0%A1%E6%98%93%E7%94%9F%E5%91%BD%E8%A1%A8%E6%8F%90%E8%A6%81%E5%88%86%E6%9E%90.pdf

MoH Singapore. (2010). https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/ Publications/guidelines/cpg/2010/functional_screening_for_older_adult_in_the_community.html에서 2017. 10. 18. 인출.

National Development Council. (2016). The Population Estimation Report. Retrieved from https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72

Palliative Care Act. (2017). Retrieved from http://www.th-o.org.tw/xms/toc/list.php?courseID=14

Reach. MoH. (2017). https://www.reach.gov.sg/participate/discussion-forum/2015/09/05/set-up-of-silver-volunteer-fund에서 2017. 11. 2. 인출.

Shih, Y. (2010). Successful aging, active aging and productive aging: Reflections on welfare policy for the elderly in Taiwan. Community Development Quarterly, 132, 234-251.

TADA. (2017). Statistics of dementia. Retrieved from http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html#01

The World Bank. (2016). Deepening Health Reform in China: Building High-Quality and Value-Based Service Delivery. http://www.indiaenvironmentportal.org.in/content/433080/deepening-health-reform-in-chinabuilding-high-quality-and-value-based-service-

delivery/

World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework. Retrieved from http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

World Health Organization. (2012). Dementia: A Public Policy Priority. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

World Health Organization. (2017). The global strategy and action pla n on ageing and health. http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf

Xue, Q. L. (2011) The frailty syndrome: definition and natural history. Clinics in geriatric medicine, 27(1), 1-15.

Yaung, C. L. (2010). Constructing a new vision of national health from the perspective of active aging. Community Development Quart erly, 132, 26-40.

Youtube. (2016). Towel Exercises Unit3. Retrieved from https://www.youtube.com/watch?v=sGA4nGqsg9I

范玉英. (2015). 上海市城居家老服究. (석사학위논문, 政法大)

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」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