

노년기 건강 수준과 정책과제

Health Status in Old Age and
Its Policy Implications

박은자 | 한국보건사회연구원 부연구위원

2015년 우리나라 인구 중 65세 이상은 13.1%였으며 내년(2017년)에는 우리나라 노인인구 비중이 전체 인구의 14%를 넘어설 것으로 예상되는 등 고령사회 도래를 예고하고 있다. 모든 노인이 질병을 앓는 것은 아니지만 노년기에는 개별 만성질환 발생이 늘어날 뿐만 아니라 연령이 증가함에 따라 2개 이상의 만성 질환을 가진 복합만성질환자도 증가한다. 또한 노년기 건강 수준 저하는 의료기관 방문으로 이어지나 노년기에 증가하는 활동 제한, 낮은 소득 수준, 노인 독거 등은 질환 관리를 위한 의료 이용을 어렵게 만든다. 노년기에는 복합만성질환이 나타나고 허약, 신체 기능 저하 등 다양한 요인이 건강에 영향을 주기 때문에 개별 질병의 치료, 관리와 함께 통합적으로 노인의 건강 수준을 평가하고 관리하며 노인의 의료 이용을 어렵게 하는 원인을 찾아 개선할 필요가 있다고 생각된다.

1. 들어가며

전 세계적으로 인구 고령화가 진행되고 있다. 2015년 우리나라 인구 중 65세 이상은 13.1%였으며¹⁾ 내년(2017년) 우리나라 노인인구 비중은

전체 인구의 14%를 넘어설 것으로 예상된다. 이는 고령사회 도래를 예고한다.

우리나라는 일본, 독일 등보다 인구 고령화가 늦게 시작되었으나 고령화 속도는 매우 빠르다. 더욱이 1차 베이비부머(1955~1963년생)

1) 통계청(2015). 2015 고령자 통계.

가 노년기에 들어서는 2020~2028년, 2차 베이비부머(1968~1974년생)가 노년기에 들어서는 2033~2039년을 기점으로 노인인구가 급속하게 늘어날 것으로 예상된다.

모든 노인이 질병을 앓는 것은 아니지만 노인 인구에서 만성질환을 가진 환자가 많고 전반적으로 다른 연령군보다 건강 수준이 낮으므로 고령사회에서는 보건의료서비스에 대한 요구가 증가하게 된다. 유병률에 큰 변동이 없어도 베이비부머가 노년기에 진입하면 노인인구 수가 증가하여 만성질환 유병자 수가 크게 늘 수 있다.

청장년기뿐만 아니라 노년기에도 만성질환 관리를 포함하여 건강 수준을 적절히 유지하는 것이 중요하다. 불충분한 자기관리 및 의료 이용 부족은 건강 상태를 악화시켜 합병증 등을 불러올 뿐만 아니라 활동 제한의 원인이 돼 삶의 질을 악화시킬 수 있으며 노인의 독립적인 삶을 어렵게 하는 요인이 될 수 있다.

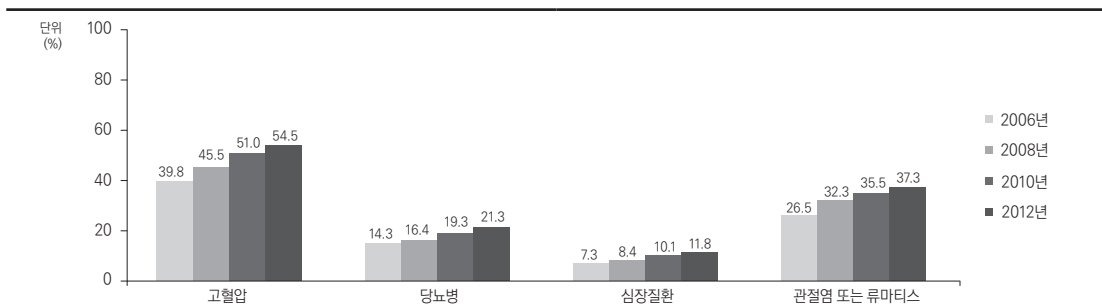
이 글에서는 노년기 건강 수준 현황과 의료 이

용에 대한 인식을 살펴보고, 고령사회에서 요구되는 정책과제를 모색해 보고자 한다.

2. 노년기 만성질환과 활동 제한 증가

[그림 1], [그림 2], [그림 3], <표 1>은 고령화 연구패널 1차 조사부터 5차 조사까지 모두 참여한, 1차 조사(2006년) 시점을 기준으로 65세 이상인 노인 2359명의 주요 만성질환 유병률과 활동 제한 변화를 나타낸 것이다.²⁾ 고혈압 유병률은 2006년 39.8%였으나 2008년 45.5%, 2010년 51.0%, 2012년 54.5%로 6년간 14.7% 포인트 증가하였다. 당뇨병 유병률은 2006년 14.3%에서 2012년 21.3%로, 심장질환은 2006년 7.0%에서 2012년 11.8%로, 관절염 또는 류마티스 질환은 2006년 26.5%에서 2012년 37.3%로 증가하여 노년기에도 연령 증가에 따라 만성질환이 증가하는 양상을 보여 준다.

그림 1. 65세 이상 노인의 만성질환 유병률 변화, 2006~2012년



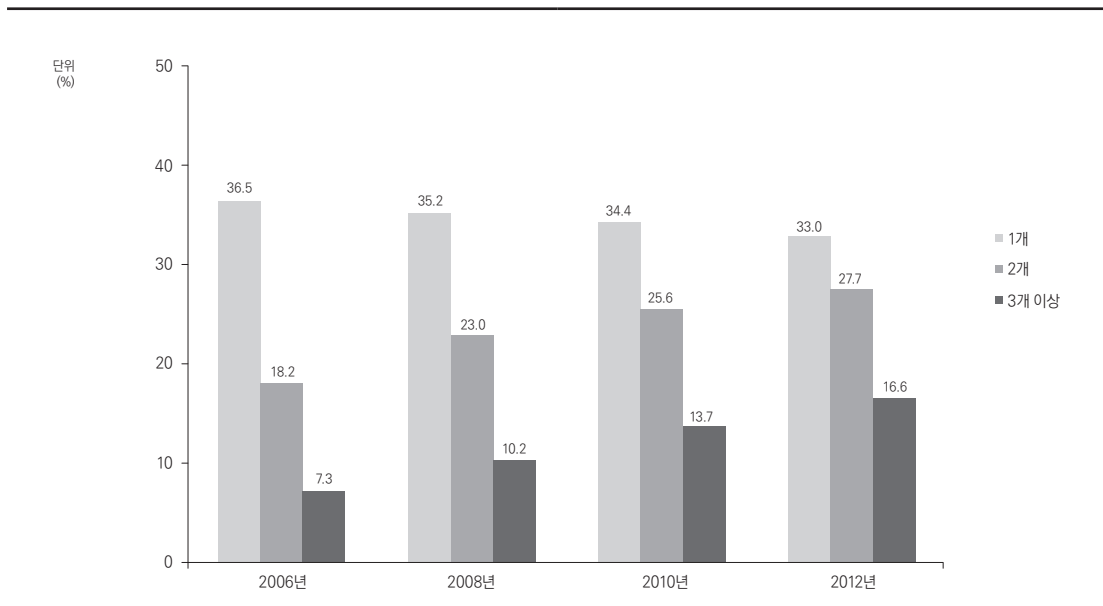
자료: 한국고용정보원, 고령화연구패널조사 1차(2006년)~4차(2012년), 원자료 분석.

2) 국제 비교가 가능한 Harmonized KLoSA 데이터를 사용하여 5차 자료를 분석에 포함하지 못했으며, 패널 자료를 종단적으로 분석한 것으로 국민건강영양조사 등 횡단면 자료의 값과는 차이가 있을 수 있음.

개별 만성질환 발생이 늘어날 뿐만 아니라 연령이 증가함에 따라 2개 이상의 만성질환을 가진 복합만성질환자도 증가한다. [그림 2]는 주요 만성질환(고혈압, 당뇨병, 심장질환, 암 및 악성종양, 만성 폐질환, 뇌혈관질환, 관절염 또는 류마티스)을 1개, 2개, 3개 이상 가진 사람의 비율을 나타낸 것이다. 2006년에는 2개의 주요 만성질환을 앓은 사람이 18.2%였으나 2012년에는 27.7%였고, 3개 이상의 주요 만성질환을 가진 사람의 비율도 2006년 7.3%에서 2008년 10.2%, 2010년 13.7%, 2012년 16.6%로 증가하였다.

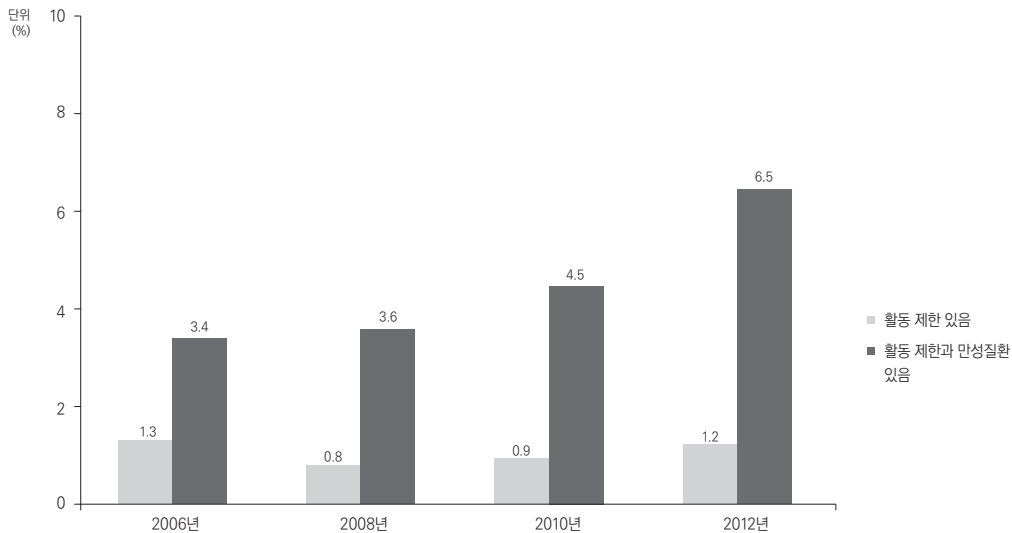
만성질환 증가와 함께 노년기에는 신체가 허약하거나 장애를 가진 사람이 늘어나며 이로 인해 다른 사람의 도움 없이는 활동하기 어려운 활동 제한이 문제가 된다. 활동 제한이 있는 사람들은 독립적으로 생활할 수 없기 때문에 만성질환 치료, 관리를 위한 의료 이용에도 어려움이 생긴다. 2006년에는 3.4%의 노인이 주요 만성질환을 가지고 있으면서 활동 제한이 있었으나 6년 후에는 6.5%의 사람이 주요 만성질환 중 1개 이상의 질환을 가지고 있으면서 활동 제한이 있어 활동 제한으로 인해 의료 이용에 어려움을 겪을 수 있음을 보여 주었다(그림 3).

그림 2. 65세 이상 노인의 주요 만성질환 수 변화, 2006~2012년



자료: 한국고용정보원, 고령화연구패널 1차(2006년)~4차(2012년), 원자료 분석.

그림 3. 65세 이상 노인의 활동 제한 변화, 2006~2012년



주: 옷 갈아입기, 목욕·샤워하기, 차려 놓은 음식 식사하기, 이부자리에서 일어나 방 밖으로 나오기, 화장실 이용하기 중 1개 이상의 항목에 대해 도움이 필요하면 활동 제한이 있는 것으로 간주함.

자료: 한국고용정보원, 고령화연구패널 1차(2006년)~4차(2012년), 원자료 분석.

노인이 된 이후에도 연령이 증가함에 따라 만성질환 발생이 증가하고 활동 제한이 늘어나기 때문에 비교적 젊은 노인과 나이가 많은 노인의 건강 수준은 차이가 난다. <표 1>은 65~74세 전기노인과 75세 이상 후기노인으로 나눠 주요 만성질환 수와 활동 제한이 있는 사람의 비율을 나타낸 것이다. 65~74세 노인의 29.0%, 75세 이상 노인의 20.4%가 주요 만성질환이 없어 75세 이상 노인 가운데 만성질환이 없는 사람의 비율이 65~74세 노인보다 낮았다. 65~74세 노인 중

23.3%는 2개의 주요 만성질환을 가지고 있었고, 13.4%는 3개 이상의 주요 만성질환을 가지고 있었다. 이에 비해 75세 이상 노인은 28.5%가 2개의 주요 만성질환을, 18%가 3개 이상의 주요 만성질환을 가지고 있었다. 65~74세 노인은 2.5%가 활동 제한이 있었으나 75세 노인은 10.2%가 활동 제한이 있었다. 이는 75세 이상 고령 노인에게는 복합만성질환과 활동 제한으로 인한 건강 문제가 중요하다는 것을 보여 준다.

표 1. 65~74세 전기노인과 75세 이상 후기노인의 주요 만성질환 유병률과 활동 제한

(단위: %)

	65~74세 전기노인	75세 이상 후기노인
주요 만성질환 수		
없음	29.0	20.4
1개	34.4	33.1
2개	23.3	28.5
3개 이상	13.4	18.0
활동 제한이 있는 사람의 비율	2.5	10.2

자료: 한국고용정보원, 고령화연구패널 4차(2012년), 원자료 분석.

노년기 건강 수준 저하는 의료기관 방문으로 이어진다. 2014년 노인실태조사에 따르면 65세 이상 노인 중 78.2%가 지난 1개월 동안 병원, 의원, 보건(지·진료)소, 한의원, 치과 등의 의료기관을 이용한 경험이 있었다. 방문 횟수는 평균 2.4회로 1개월간 1회 방문한 사람이 38%로 가장 많았으나 2~3회 19.3%, 4~5회 10.3%, 6회 이상 10.7%로 나타났다.³⁾ 65세 이상 노인 중 8.8%

는 지난 1년간 병의원 진료가 필요하다고 생각했으나 진료를 받지 못한 적이 있었다고 응답했으며 18%는 치과 진료가 필요하다고 생각했으나 진료를 받지 못한 적이 있었다고 답했다. 65~74세 전기노인보다 75세 이상 후기노인, 독거노인, 가구 소득이 낮은 노인, 활동 제한이 있는 노인의 미치료율이 높았다(표 2).

표 2. 65세 이상 노인의 기능 상태별 미치료율

(단위: %)

	병의원 진료 미치료율 ¹⁾	치과 진료 미치료율 ²⁾
전체	8.8	18.0
연령		
65~69세	6.0	16.3
70~74세	9.1	18.8
75~79세	10.2	18.3
80~84세	10.0	18.4
85세 이상	14.7	21.7

3) 정경희 외(2014), 2014년도 노인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원.

(표 계속)

	병의원 진료 미치료율 ¹⁾	치과 진료 미치료율 ²⁾
성		
남자	6.8	15.5
여자	10.3	19.9
지역		
동부	8.9	19.0
읍면부	8.7	15.0
가구 형태		
노인 독거	12.6	21.9
노인 부부	6.4	15.0
자녀 동거	9.6	19.2
기타	8.9	21.5
연가소득 ³⁾		
1분위	14.8	25.2
2분위	10.2	20.3
3분위	7.9	19.5
4분위	7.1	16.3
5분위	4.2	9.1
활동 제한 ⁴⁾		
제한 없음	6.8	16.1
제한 있음	18.7	27.8

주: 1) 병의원진료 미치료율은 지난 1년간 병의원(치과 제외) 진료가 필요하다고 생각했으나 진료를 받지 못한 적이 있다고 응답한 사람의 비율.

2) 치과 진료 미치료율은 지난 1년간 치과 진료가 필요하다고 생각했으나 진료를 받지 못한 적이 있다고 응답한 사람의 비율.

3) 제1오분위 754만 원 이하, 제2오분위 754만 원 초과~1208만 원 이하, 제3오분위 1208만 원 초과~1946만 원 이하, 제4오분위 1946만 원 초과~3426만 원 이하, 제5오분위 3426만 원 초과로 구분됨.

4) 일상생활 활동(Activities of Daily Living: ADL) 7개 항목과 수단적 일상생활 활동(Instrumental Activities of Daily Living: IADL) 10개 항목 중 1개 이상 남의 도움이 필요하면 제한이 있는 것으로 봄.

자료: 정경희 외(2014), 2014년도 노인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원.

3. 노년기 의료 이용에 대한 인식

노년기에 진입하는 베이비부머의 노년기 건강 및 보건의료서비스에 대한 인식을 조사하고자

50대 500명, 60대 500명을 대상으로 노년기 의료 이용을 어떻게 생각하는지 전화 설문조사⁴⁾를 하였다. 응답자의 36%가 노인이 되었을 때 본인 이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못할 수 있다고 생

4) 2016년 5월 전국 50대, 60대 남녀 1000명을 대상으로 노년기 건강 수준에 대한 인식, 노년기에 필요한 보건의료서비스 종류 등을 조사함.

각한다고 응답했는데 50대 31.6%, 60대 40.4%로 50대보다 60대에서 이러한 응답이 많았다. 병의원에 가지 못하는 이유는 거동이 불편하거나 도와주는 사람이 없어서 62.2%, 경제적인 이유 43.9%, 교통이 불편해서 12.5%, 병원 등에 예약하기가 힘들어서 3.3% 순이었다.

〈표 3〉은 노인이 되었을 때 의사가 직접 집을 방문하여 진료를 하는 것이 필요하다고 생각하는지, 간호사가 집을 방문하여 간호를 해 주는 것이 필요하다고 생각하는지, 담당 주치의가 건강 상담과 진료를 해 주는 것이 필요하다고 생각하는지, 한곳에서 나의 건강 문제를 파악하여 필요한 서비스를 제공해 주거나 서비스를 제공해 줄 수 있는 기관을 연결해 주는 것이 필요하다고 생

각하는지 질문한 결과이다.

50대의 65.6%, 60대의 70.2%가 노인이 되었을 때 의사가 직접 집을 방문하여 진료하는 것이 필요하다고 응답했으며 50대의 74.6%, 60대의 75.4%는 간호사가 집을 방문하여 간호해 주는 것이 필요하다고 응답하였다. 90% 이상의 응답자(50대 94.2%, 60대 93.6%)가 노인이 되었을 때 담당 주치의가 건강 상담과 진료를 해 주는 것이 필요하다고 했으며, 한곳에서 나의 건강 문제를 파악하여 필요한 서비스를 제공해 주거나 서비스를 제공해 줄 수 있는 기관을 연결해 주는 것이 필요하다는 응답은 50대 90.4%, 60대 88.0%였다.

표 3. 노년기 보건의료서비스의 필요성에 대한 인식

(단위: %)

구분	필요함	보통	필요하지 않음
의사가 직접 집을 방문하여 진료를 하는 것			
50~59세	65.6	21.0	13.4
60~69세	70.2	14.4	15.4
간호사가 집을 방문하여 간호를 해 주는 것			
50~59세	74.6	13.2	12.2
60~69세	75.4	13.6	11.0
담당 주치의가 건강 상담과 진료를 해 주는 것			
50~59세	94.2	2.4	3.4
60~69세	93.6	4.0	2.4
건강 문제를 파악하여 필요한 서비스를 제공해 주거나 서비스를 제공해 줄 수 있는 기관을 연결해 주는 것			
50~59세	90.4	6.6	3.0
60~69세	88.0	6.8	5.2

자료: 한국보건사회연구원(2016), 50·60대의 노년기 건강 및 보건의료서비스에 대한 인식조사, 원자료 분석.

4. 정책과제

가. 서비스 연계와 통합적 관리

노년기 만성질환 관리는 매우 중요하다. 만성 질환을 잘 관리해야 합병증 등 다른 질환의 발생을 막고 활동 제한을 방지하여 노인의 삶의 질이 악화되는 것을 막을 수 있다. 앞에서 살펴본 것처럼 중년기 이후 만성질환 발생이 증가하며 2개 이상의 만성질환을 가지는 복합만성질환자도 증가한다. 만성질환뿐만 아니라 일부 노인에게서는 신체 허약이나 장애가 나타나기도 한다. 노년기에는 1개 질환이 아니라 여러 개의 질환이 나타나고 허약, 신체 기능 저하 등 다양한 요인이 건강에 영향을 주기 때문에 개별 질병의 치료·관리와 함께 통합적으로 노인의 건강 수준을 평가하고 관리하는 것이 필요하다.

또한 노인의 보건의료서비스 요구는 복합적인 성격이 있어 보건의료서비스와 함께 장기요양 등의 복지서비스가 필요한 경우도 있으며 급성기 치료 이후 재활, 요양서비스가 요구되기도 한다. 노인에게 필요한 서비스가 연속적으로 제공될 수 있도록 서비스 연계 체계가 구축되어야 한다.

새롭게 노인인구에 진입하는 베이비부머는 이전 노인 세대보다 교육 수준이 높고, 연금 수령으로 소득이 안정적이며, 상대적으로 더 건강하다. 노인이 의료진과 함께 적극적으로 질병을 관리

하고 재활할 수 있는 환경을 만들어 노인의 건강 수준을 높여야 하겠다.

나. 노인의 의료 이용 접근성 확보

의료기관이 부족한 농어촌에 거주하는 경우 의료 이용에 어려움이 있으며, 만성질환으로 정기적으로 병의원을 방문해야 하는 노인은 물리적, 공간적 제약이 있을 수 있다. 낮은 소득으로 인한 노인의 의료비 부담이 우려돼 왔고, 정부에서는 의료비 부담 완화를 위해 많은 노력을 해 왔다. 향후 노년기에 진입하는 베이비부머는 국민연금 수급으로 가구 소득이 늘어날 것으로 예상되나 새로운 의료기술 발달로 의료비가 증가할 가능성이 있으므로 노인이 의료비 부담으로 의료서비스를 과소 이용하는지 지속적으로 모니터링할 필요가 있다.

의료비 부담에 비해 활동 제한이 의료 이용에 미치는 영향은 많은 주목을 받지 못했으나 앞으로 80세 이상 고령 노인이 증가하면 활동 제한이 있는 노인의 의료 이용 접근성이 문제가 될 수 있다. 활동 제한이 있는 노인은 병의원 방문을 하려면 다른 사람의 도움을 받아야 하지만 오늘날의 상황은 과거와 같이 가족이 노인의 활동을 전적으로 도울 수 있는 환경이 못 된다. 노인 독거 가구⁵⁾는 2015년 7.4%이며 2035년 15.4%로 늘어날 것으로 예측된다.⁶⁾ 노인 독거 가구뿐만 아니라 노인 부부 가구도 증가하고 있다. 핵가족화

5) 가구주의 연령이 65세 이상이면서 혼자 사는 가구.

6) 통계청(2015). 2015 고령자 통계.

로 노인과 자녀가 서로 다른 지역에 사는 경우도 많아 가족의 도움 없이 노인이 단독으로 또는 노인 부부가 병의원을 방문하는 일이 늘어날 것이다. 부부가 모두 고령이면 배우자의 도움만으로는 활동이 어려운 경우도 있다.

다양한 요인들이 노인의 의료 이용에 영향을 미칠 수 있으므로 노인의 의료 이용을 지속적으로 모니터링하고 의료 이용을 어렵게 하는 원인을 찾아 개선할 필요가 있다. 예를 들어 80세 이상 초고령 노인, 거동이 불편한 노인이 병의원을 방문해 진료받을 수 있도록 교통서비스를 제공하거나 집에서 서비스를 받을 수 있도록 하는 것을 검토할 필요가 있다고 생각된다.

다. 노인성 질병, 초고령 노인 환자에 대한 치료관리체계 구축

대표적인 노인성 질병으로 알려져 있는 치매의 유병률은 2012년 9.18%이며 2024년에는 치매 환자 수가 100만 명 이상, 2041년에는 200만 명 이상이 될 것으로 추정되는 등⁷⁾ 노인성 질병⁸⁾이 늘어날 것으로 예측된다. 치매, 파킨슨병 등의 노인성 질병에 대한 연구에 투자하고 효과적으로

진단, 치료, 재활할 수 있는 치료관리체계를 마련해야 할 것이다.

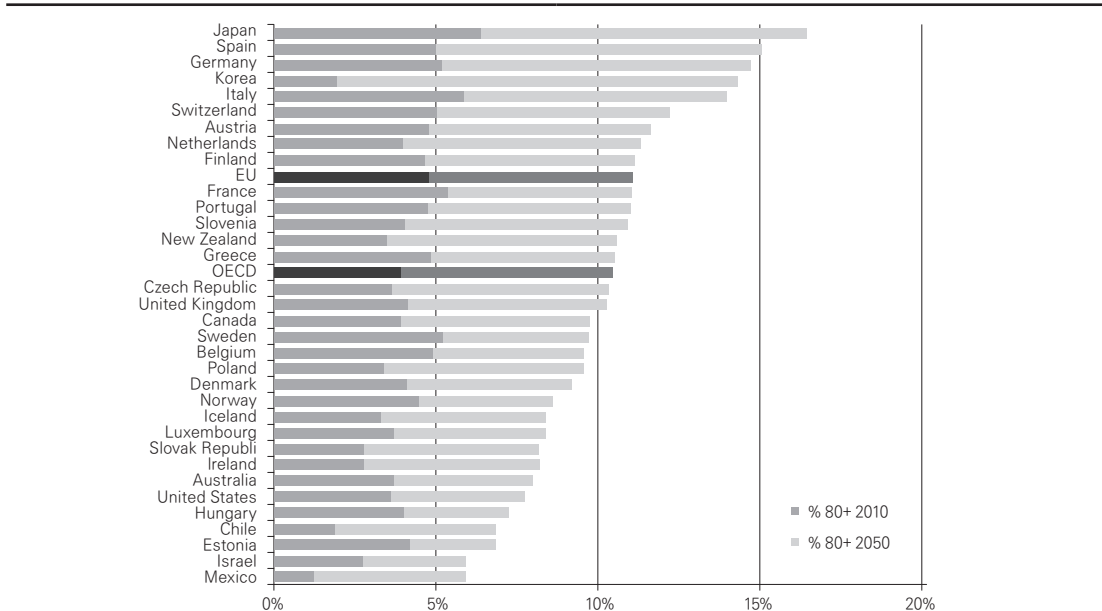
노인성 질환과 함께 주목해야 할 사항은 80세 이상 초고령 노인이 증가하고 있다는 것이다. 수명 연장과 인구 고령화는 노인인구가 늘어난다는 것뿐만 아니라 80세 이상 초고령 노인이 늘어난다는 것을 의미한다. [그림 4]는 경제협력개발기구(OECD) 회원국의 80세 이상 초고령 노인 비중을 보여 준다. 우리나라는 아직 초고령 노인의 비중이 높지 않으나 우리보다 먼저 인구 고령화가 진행된 일본, 유럽 국가들을 보면 초고령 노인의 비율이 5%를 넘고 있다. 인구 고령화가 진행될수록 우리나라에서 초고령 노인이 늘어날 것이다.

초고령 노인은 허약, 질병 등으로 활동 제한이 있는 경우가 많고 보건의료적 케어, 사회적 케어 요구 또한 젊은 노인보다 높다. 신체 기능이 쇠퇴해 있고, 복합만성질환을 가진 경우도 많아 젊은 노인들보다 질환을 치료하기가 쉽지 않다. 초고령 노인 환자를 효과적으로 치료할 수 있는 시스템을 갖추어 나가야 할 것이다.

7) 2012년 치매 유병률 조사 결과.

8) 우리나라 노인장기요양보험에서 규정하는 노인성 질병은 알츠하이머 치매, 혈관성 치매, 기타 질환에서의 치매, 상설불명의 치매, 알츠하이머병, 지주막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 명시되지 않은 뇌졸중, 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증, 파킨슨병, 이차성 파킨슨증, 달리 분류된 파킨슨증, 기저핵의 기타 퇴행성질환, 한의학에서의 중풍후유증과 진전임.

그림 4. OECD 회원국의 80세 이상 초고령 노인 비중



SOURCE: OECD Labour Force and Demographic Database, 2013

자료: OECD/European Commission(2013). Policy Brief A Good Life in Old Age.

5. 나가며

과거 노인은 아프고 허약한 존재로 인식되었으나 평균수명이 늘어나면서 노년기를 어떻게 건강하고 충만하게 보낼 것인가에 대한 관심이 늘어나고 있다. ‘성공적 노화(Successful Ageing)’는 질병이나 장애가 없으며 인지기능과 신체기능을 유지하고 적극적으로 생활하며 건강 수준을 적절히 유지하는 것이 필수적이다.

우리나라는 베이비부머가 노년기에 들어섬에 따라 앞으로 노인인구가 상당히 증가할 것으로 예상된다. 노인들이 노후를 독립적이고 건강하게 보내야 노인 자신과 가족이 행복하고 사회

의 부담을 줄일 수 있으며 건강한 노인의 에너지를 사회발전에 사용할 수 있다. 50, 60대 일반 국민의 인식도 조사에서 5~15년 후 노인이 될 50, 60대는 경제적인 이유와 거동 불편으로 인해 병의원 이용이 어려울 것이라고 인식하고 있었으며 통합적인 의료서비스 제공과 서비스 연계의 필요성을 느끼고 있었다.

현재 우리가 가지고 있는 보건의료체계가 고령사회에서 효과적으로 작동할 것인지, 초고령 노인을 위한 진료체계가 갖춰져 있는지 점검할 필요가 있다. 노인에게 어떠한 보건의료서비스를 어떠한 형태로 제공할 것인지 적극적으로 논의하고 고민해야 하겠다. ■