

# 노인보건의료사업의 추진과제

선 우 덕

한국보건사회연구원 고령사회연구팀

## I. 문제제기

우리나라는 지난 2000년도 고령화 사회(ageing society)의 진입을 계기로 노인복지 및 노인보건의료대책에 대한 논의가 이어지고 있다. 그 중에서 현재 정부가 추진하고 있는 노인복지 및 보건의료대책 중에 크게 부각되고 있는 것이 노인의 장기요양보호 대책이다. 이러한 장기요양보호의 욕구는 고연령화 될수록 필연적으로 나타나는 현상이고, 장수 선진국가들이 고심하고 있는 대표적인 고령자대책 중의 하나이다. 우리나라의 경우는, 인구고령화수준이 2005년도 현재에는 전체인구의 9.1%로 추정되고 있어 선진국가들에 비하여 고령화정도가 아직은 심화되어 있지는 않지만, 고령화추세의 속도만큼은 이미 주지된 바와 같이 선진국들의 경험보다 훨씬 빠르게 진행되고 있어, 이에 대책을 강구하는 정책입안자들의 마음을 조급하게 만들고 있다.

그런데, 여기에서 노인보건의료정책과 관련하여 볼 때, 정부는 균형을 잃은 채, 또는 여건이나 환경의 성숙을 기다리지 않은 채 조급하게 추진되고 있다는 느낌을 받고 있다. 다시 말하면, 전반적인 보건의료시스템의 균형적 발전을 도모하면서 노인보건의료제도의 틀을 구축하여야 하는데, 그 틀의 어느 한 부문에 너무 집중하고 있지는 않은가 하는 것이다.

2000년도 이후 정부의 노인보건의료대책을 정리해 보면, 노인 장기요양보호대책을 제외하고는 거의 큰 변화를 찾아보기가 어렵다. 다시 말하면, 보건의료서비스의 흐름을 단순하게 1단계: 건강증진 및 질병예방 - 2단계: 급성적 치료·간호·재활 - 3단계: 장기적 의료관리·요양보호로 볼 때, 노인과 관련해서는 3단계 부문에 대해서만 집중되고 있지는 않은가 하는 것이다. 즉, 인구고령화가 심화된 선진국가들은 2단계→1단계→3단계의 순으로 정책이 마련되고 있는데, 우리나라는 3단계→1단계→2단계의 순을 밟

고 있다는 것이다. 그 내용을 제도나 대책을 기준으로 간략하게 살펴보면, 노인장기요양보호대책(3단계)→노인건강증진대책(1단계)→노인의료비대책(1단계)의 순으로 정책개발이 집중되고 있다는 것이다.

예를 들면, 2000년도 이후 노인장기요양보호대책과 관련해서는, 꾸준히 기획단과 실행준비단을 만들어 시범사업까지 진행되고 있고, 노인건강증진대책과 관련해서는, 1995년도 국민건강증진법의 제정과 함께 2005년도 하반기에 국민건강증진종합계획 2010의 중간평가를 통하여 사업의 내용을 마련하여 추진을 준비 중에 있으나, 노인의료비대책과 관련해서는 이렇다할 만한 대안모색이 가시화되고 있지 못한 실정이다.

따라서, 본고에서는 노인보건의료사업이 지향하여야 하는 기본적인 철학과 목표, 그리고 이를 바탕으로 한 추진과제에 대해서 검토해 보고자 한다.

## II. 노인의 건강실태와 문제점

### 1. 만성질환의 복합유병(co-morbidity) 상태

한국보건사회연구원의 전국실태조사 보고서에 의하면(정경희 외, 2004), 2004년도 노인의 만성질환유병률은 전체노인의 90.9%로 나타나 10명의 노인 중에서 9명은 한 가지 이상의 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다. 그 중에서 1개의 만성질환을 지닌 노인은 17.1%에 불과하고, 전체노인의 약 3/4이 최소한 2개 이상의 질환을 복합적으로 지니고 있는 것으로 나타났으며, 심지어 3개 이상의 질환을 지니고 있는 노인도 전체의 54.8%로 나타났다. 특히, 여성노인은 남성에 비하여 평균적인 만성질환유병률이 높는데, 3개 이상의 복합유병률은 남성에 비하여 거의 2배나 높게 나타나고 있어, 상대적으로 건강·의료문제가 심각한 상태에 있음을 보여주고 있다. 이외에도 배우자가 없거나 혼자 사는 노인의 경우는 그렇지 않은 노인에 비하여 상대적으로 만성질환유병률이 더 높은 실정이다.

표 1. 노인의 일반특성별 본인인지 만성질환수

(단위: %)

특성	없다	1개	2개	3개 이상	계 (명)
전체 <sup>1)</sup>	9.1	17.1	19.0	54.8	100.0 (3,209)
지역					
동부	9.6	17.8	19.0	53.7	100.0 (2,052)
읍·면부	8.1	15.5	19.1	57.3	100.0 ( 977)
성					
남자	15.6	25.9	21.3	37.1	100.0 (1,171)
여자	5.0	11.5	17.5	66.0	100.0 (1,858)
결혼상태					
유배우	11.8	20.9	19.9	47.4	100.0 (1,712)
무배우	5.5	12.1	17.8	64.5	100.0 (1,317)
가구형태					
노인독신	4.0	13.3	14.5	68.2	100.0 ( 669)
노인부부	11.7	20.4	19.8	48.1	100.0 (1,081)
자녀동거	9.8	16.2	21.5	52.5	100.0 (1,100)
기타	7.3	16.8	16.2	59.8	100.0 ( 179)
1998년	13.3	86.7	-	-	100.0 (2,224)

주: 1) 본인응답자 3,029명을 분석대상으로 함. 2) 무응답 1명을 제외함. 자료: 정경희 외, 2004년 전국노인 생활실태 및 복지욕구조사, 한국보건사회연구원, 2004.

그리고 만성질환유형별 유병률을 살펴보면, 관절염이 43.1%로 가장 높고 그 다음으로 고혈압(40.8%), 요통·좌골통(30.6%), 신경통(22.1%), 골다공증(18.9%), 백내장(18.1%), 소화성궤양(16.5%), 빈혈(15.9%), 당뇨병(13.8%), 디스크(12.6%) 등이다. 이러한 질병유형을 고려해 볼 때, 관절염, 요통좌골통, 디스크, 골다공증 등의 근골격계 질환을 제외하면, 고혈압, 당뇨병, 협심증·심근경색증, 중풍·뇌혈관질환 등 생활습관병이 중심이다. 이러한 만성질환으로 인하여 노인계층이 겪고 있는 고통은 일상생활수행능력의 제한과 질병치료에 소요되는 경제적 부담, 사회활동의 제한 등이 대부분인 것으로 조사되고 있다.

여기에서 성별차이를 보면, 남성노인의 경우에는 고혈압>관절염>요통좌골통>신경통>당뇨병>소화성궤양>백내장 등의 순으로 나타난 반면에, 여성노인의 경우에는 관절염>고혈압>요통좌골통>골다공증>신경통>백내장>빈혈 등의 순으로 나타나, 성별 특성을 보이고 있다.

이외에도 2003년도 통계청의 발표에 의하면, 노인계층의 주요 사인질병으로 인구 10만명당 암이 775.5명, 뇌혈관질환이 539.3명, 심장질환이 228.2명, 당뇨병이 171.5명, 만성하기도질환이 148.6명으로 나타나고 있는데, 이러한 결과만을 보더라도 노인사망의

거의 대부분이 생활습관병에 의해 발생되고 있음을 알 수 있다.

(단위: %)

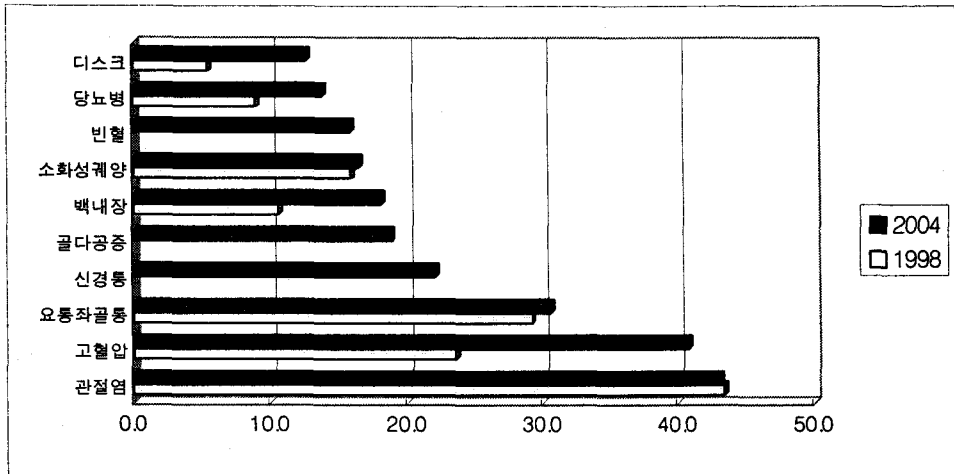


그림 1. 노인의 만성질환 유병률(요약)

자료: 한국보건사회연구원, 2004년도 노인생활실태 및 복지욕구조사 자료

표 2. 성별 주요 만성질환유병률 및 의사진단 비율

(단위: %, 명)

구분	전체		남자		여자		(대상자수)	1998년 유병률
	유병률	의사진단	유병률	의사진단	유병률	의사진단		
악성신생물(암)	2.7	100.0	3.3	100.0	2.3	100.0	(3,029)	0.9
관절염	43.1	87.0	21.8	76.9	56.6	89.5	(3,029)	43.4
요통, 좌골통	30.6	74.7	18.6	71.1	38.1	75.8	(3,029)	29.2
디스크	12.6	90.0	8.0	86.0	15.4	91.3	(3,029)	5.4
신경통	22.1	70.4	14.9	69.1	26.5	70.8	(3,029)	-
골다공증	18.9	94.8	3.5	78.6	28.6	96.1	(3,029)	-
소화성궤양	16.5	85.0	12.0	83.7	19.3	85.5	(3,029)	15.9
만성간염·간경변	1.9	96.6	1.9	91.3	1.9	100.0	(3,029)	1.6
당뇨병	13.8	99.8	12.3	100.0	14.8	99.6	(3,029)	9.0
갑상선 질환	1.7	100.0	0.4	100.0	2.5	100.0	(3,029)	1.3
고혈압	40.8	98.4	34.4	98.3	44.8	98.4	(3,029)	23.5
저혈압	4.5	91.2	2.1	96.0	5.9	90.1	(3,029)	-
중풍·뇌혈관 질환	6.0	93.4	6.8	98.8	5.5	89.3	(3,029)	4.4
협심증·심근경색증	6.9	92.8	5.6	98.5	7.8	90.3	(3,029)	5.1
폐결핵·결핵	1.0	93.1	1.8	90.5	0.4	100.0	(3,029)	0.5
만성기관지염	7.0	73.3	9.4	76.1	6.7	70.7	(3,029)	6.3
천식	6.4	90.6	7.0	90.2	6.0	90.9	(3,029)	5.1
백내장	18.1	90.5	11.3	92.4	22.4	89.9	(3,029)	10.6
녹내장	1.8	94.6	1.1	85.7	2.2	97.6	(3,029)	-
만성중이염	0.9	92.9	0.9	80.0	1.0	100.0	(3,029)	1.0
만성신장질환	1.6	85.7	1.5	94.4	1.7	80.6	(3,029)	1.1
빈혈	15.9	50.4	8.3	41.7	20.7	52.6	(3,029)	-
피부병	6.6	68.0	7.3	63.5	6.2	71.3	(3,029)	-
골절, 후유증	12.1	86.7	9.6	87.5	13.8	86.3	(3,029)	5.4

자료: 한국보건사회연구원, 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사 자료

이상과 같이 노인계층이 주로 가지고 있는 만성질환은 완치가 불가능하기 때문에 잔여적인 생활동안 지니고 있어야 하기에 질병관리를 위한 지속적인 의료기관의 방문<sup>12)</sup>이 필요하고, 또한 신체적 및 인지기능의 유지를 위한 지속적인 재활치료서비스가 필요함에도 불구하고 현행 노인보건의료서비스의 경우 병·의원 등의 의료기관에서는

12 상기 실태조사결과에 의하면, 만성질환의 치료를 위하여 의료기관을 이용하는 비율이 82.9%로 나타났고, 그 중에서 85.8%가 병의원을 이용하는 것으로 나타나, 향후 노인보건의료체계는 민간과 공공의 연계적 구축이 절대적으로 필요함을 시사해주고 있음.

건강보험제도의 틀 안에서 치료적 서비스가 제공되고 있고, 지역사회 거주 노인을 위한 서비스는 보건소를 중심으로 한 지역보건제도 틀 안에서 제공되고 있다. 다시 말하면, 현행 우리나라의 건강보험제도의 이용은 높은 비용부담을 전제로 하고 있고, 지역보건제도의 활용은 일부 국민 또는 저소득노인계층에게 한정적이기 때문에 어느 측면으로 보나 우리나라 노인보건의료서비스는 그 대상범위측면에서 보편적이지 못한 실정이다.

## 2. 약물의 다제복용(polypharmacy) 상태

일반적으로 한 번에 5개 이상의 약을 복용하는 경우를 다제복용(polypharmacy)이라고 하는데 노인에게서 흔히 발견되는 현상인데, 선우덕 등(2004a)의 연구결과에 의하면, 2001년 국민건강·영양조사를 사용한 지역사회 노인의 의약품 이용실태 연구에서 만성질환의 개수가 많을수록 처방약 복용경험이 높다는 것을 발견하였다. 그리고, 오정미(2004)가 1개 병원의 이용환자를 대상으로 한 연구에 의하면, 입원환자의 하루 평균 처방약의 수는 18개였고 연령이 증가할수록 그 개수가 증가하였고, 외래환자의 경우는 하루 평균 처방약의 수가 5.8개였다. 미국의 국민건강영양검진조사(the Third National Health and Nutrition Examination Survey: NHANES III)에 따르면, 65세 이상 74세 이하의 노인들의 절반 이상이 2개 이상의 약을 사용하고 있으며 12%는 5개 이상의 약을 사용한 것으로 나타났고, 그 반면에 75세 이상의 노인의 60%가 2개 이상의 약을 사용하였으며, 16%가 5개 이상의 약을 사용하고 있었다.

노인은 전술한 바와 같이 한 가지 이상의 만성질환을 지니고 있다는 것은 그만큼 의약품 복용도 높을 것으로 보인다. 실제의 조사결과에 의하면, 최근 3개월간 약물 또는 건강식품을 복용하는 비율이 전체노인의 81.2%로 나타났고, 그 중에서 의사 처방약은 88.9%, 약국의 일반의약품 18.5%, 건강보조식품 18.5%, 한약 12.7% 등으로 나타나 투약이 필요한 만성질환을 앓고 있는 노인이 거의 대부분인 것을 알 수 있다. 특히 3가지 이상의 만성질환을 가지고 있는 노인일수록 여러 종류의 약물복용으로 인한 부작용이 발생할 가능성이 높으며, 약물부작용으로 인한 낙상사고도 발생할 가능성이 있다.

현행 노인의료체계에서는 노인환자를 종합적으로 사정하고 치료하는 전문적인 노인병전문의가 공식적으로 존재하고 있지 않기 때문에 만성질환 노인은 각 진료과에서 별도로 처방 받은 약물을 복용할 수밖에 없으며, 지역사회내 약국약사도 투약관리를 실시하고 있지 않은 실정이다. 다만, 보건소내 방문간호사에 의한 투약지도 정도가 전

부라 할 수 있다.

표 3. 노인의 일반특성별 치료·건강을 위한 약 또는 건강식품 복용여부 및 종류

(단위: %)

특성	복용률 <sup>1)</sup>	주로 복용한 약 또는 건강식품 비율(중복응답) <sup>2)</sup>					(대상자수)
		의사 처방약	약국 일반약	건강보조식품	한약	기타	
전체	81.2	88.9	18.5	18.5	12.7	1.0	(2,458)
지역							
동부	80.2	88.3	18.7	20.3	11.7	1.0	(1,645)
읍·면부	83.2	90.2	18.0	14.9	14.8	1.1	( 813)
성							
남자	74.3	87.2	17.9	20.2	12.9	1.5	( 870)
여자	85.5	89.8	18.8	17.6	12.6	0.8	(1,588)
연령							
65~69세	81.6	87.5	20.9	21.3	14.0	1.0	( 993)
70~74세	81.4	89.2	14.6	17.6	13.6	1.4	( 734)
75세 이	80.2	90.4	19.1	15.5	10.0	0.7	( 731)

주: 1) 본인응답자 3,029명을 분석대상으로 함.

2) 본인응답자 3,029명중 약 또는 건강식품을 복용한 경험이 있는 2,458명을 분석대상으로 함.

자료: 한국보건사회연구원, 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사 자료

### 3. 건강실천행위의 저조

일반적인 건강실천행위에 해당하는 금연, 금주/절주, 운동, 영양섭취의 실태에 대한 조사보고서(한국보건사회연구원의 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사) 결과를 바탕으로 살펴보면 다음과 같다. 금연실천율은 조사대상노인의 82.4%에 이르고 있는 반면에 금주실천율은 65.9%로 금연에 비하여 낮은 것으로 나타났고, 운동실천율은 39.6%로 금연이나 금주보다도 매우 낮은 실정이다. 그리고 식생활습관실태를 통하여 영양섭취상태를 살펴보면, 매 식사마다 영양소가 골고루 들어 있는 영양식을 섭취하는 비율이 조사대상노인의 35.3%로 나타났다.

이와 같은 노인의 건강실천행위실태에 대한 조사결과를 고려해 보면, 골다공증이나 알코올성 치매, 낙상 등 각종 질병 및 사고발생의 위험인자를 지니고 있는 노인이 지역사회내에 상당히 존재하고 있음을 짐작할 수 있다. 결국 건강행위를 실천하지 못하는 노인계층은 신체적으로나 인지기능적으로 허약한 상태에 빠질 위험이 높을 뿐만 아니라 장기요양이 필요한 장애상태에 빠질 수 있는 계층에 해당하기 때문에 이에 대한 대책이 필요하다.

#### 4. 재활욕구 대처의 미흡

노인계층에게 흔히 발생하고 있는 만성질환을 보면, 관절염, 요통좌골통, 디스크, 골다공증 등의 근골격계 질환이 차지하고 있어 통증관리서비스가 필요하다는 것을 시사해주고 있으며, 생활습관병은 신체적 활동을 저하시키는 요인으로 나타나 각종 신체적 기능의 쇠퇴를 유발하게 되기 때문에 이를 억제시키기 위해서는 적절한 재활서비스가 요구되고 있다. 전국 실태조사의 결과를 보면, 지역사회거주 노인의 39%는 신체적 마비나 구축 등으로 인하여 재활서비스의 욕구를 지니고 있는 것으로 나타났으며, 한편으로 지난 1년간 낙상사고를 당한 노인도 전체의 15.3%로 나타났는데, 이들은 사고의 경증을 떠나서 일단 재활치료를 필요로 하는 계층으로 볼 수 있다.

그러나, 재활서비스는 사고나 질병을 발생이후 제공되는 치료적 서비스 이외에 사고 및 질병의 발생가능성을 지닌 계층을 사전적으로 색출하여 미연에 발생을 차단하는 차원에서 제공되는 예방적 서비스도 포함하고 있다는 점을 고려한다면, 실제적으로 지역사회에서 재활서비스를 필요로 하는 노인계층은 절반 가까이 되는 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 현행 보건의료체계내에서의 재활서비스는 병원에서 이루어지는 치료적 서비스가 중심적이고, 예방적 서비스는 일부 보건소에서 시행하고 있는 방문물리치료사업에 국한되어 있는 실정이다.

#### 5. 노인의료비지출 증가 및 일부 고액환자중심의 노인진료비 집중현상

점차적으로 노인의료비가 국민의료비에서 차지하는 비중이 높아지고 있어 인구고령화가 심화되어 있는 선진각국은 노인의료비의 증가억제에 각종 대책을 강구하고 있는 실정이다. 우리나라의 경우에도 전체건강보험진료비지출에서 차지하는 노인진료비지출의 비중이 2004년도에 20%를 초과한 상태이고, 지난 전국민 의료보험화됨 이후 급속하게 증가하고 있는 것으로 나타나고 있다. 그러나, 노인진료비의 속성을 분석해보면, 모든 노인들에게 골고루 배분되어 있다기보다는 일부 계층에 집중되어 있다는 것이다. 건강보험 진료비심사 청구자료를 기준으로 분석해 보면 진료비지출규모가 큰 상위 10%에 해당하는 노인환자가 전체 노인진료비의 50%(2003년)를 차지한 것으로 나타나, 일부 노인계층의 의료비집중이 높다는 것을 알 수 있다(선우덕 외, 2004b).

일반적으로 노인의 의료비지출은 사망이전 1년간에 가장 높게 발생하는 것으로 분석되고 있다. 특히 우리나라의 경우에는 진료비지불방식이 진료행위별(fee-for-service) 방식으로 사망이전에 가능한 모든 진료를 받아보려는 환자의 욕구와



부합되어 높은 지출을 발생시키고, 이러한 현상이 일부 소득계층에 집중되고 있는 것으로 생각할 수 있다.

표 4. 노인의료비 추이(건강보험진료비지출 기준)

(단위: 억원)

	1985	1990	1995	2000	2004
전체의료비(A) (증가지수)	5,832 (100)	22,197 (381)	59,774 (1,052)	129,122 (2,214)	223,559 (3,833)
노인의료비(B) (증가지수)	275 (100)	2,392 (869)	7,281 (2,643)	22,555 (8,202)	51,497 (18,726)
(B)/(A) (%)	4.7	8.2	12.2	17.5	22.9

자료: 국민건강보험공단 자료

### Ⅲ. 노인보건의료사업의 기본목표 설정

#### 1. 노인보건의료사업의 기본방향

고령화 사회에서의 노인보건의료체계가 지향하여야 하는 기본이념은 ‘활기찬 고령화’(active ageing), 또는 ‘건강한 노화’(healthy ageing)에 두어져야 한다. WHO에서는 ‘활기찬 고령화’의 의미를 다음과 같이 설명하고 있는데, 즉 ‘노년기의 건강수명, 생산성 및 삶의 질을 연장하기 위하여 생의 전반에 걸쳐서 육체적, 사회적 및 정신적 복지를 위한 기회를 최적화하는 과정’으로 제시하고 있다. 이 개념은 ‘건강한 노화’보다 폭넓은 것으로 이미 WHO, OECD, ILO, EU 등에서 지난 90년대 후반부터 통용되고 있다.

이러한 기본적 이념아래 노인계층에게 필요한 보건의료체계의 기본목표는 신체적 및 정신적 기능의 자립성 유지, 다시 말하면 일상생활에 대한 제어, 대처 및 결정능력을 유지시키는 것에 두어야 한다. 이는 개개인뿐만 아니라 정책결정자가 요구하는 기본적인 목표이기도 하다. 여기에서 자립성(independence)을 가능하게 하는 건강(health)이 ‘활기찬 고령화’를 촉진시키는 중요요소라는 것이다.

여기에서, ‘활기찬 고령화’를 촉진시키기 위한 보건의료정책(프로그램)은 다음과 같은 결과를 얻을 수 있는 체계로 구축하여야 한다. 첫째는 빈곤 및 저소득계층을 포함하는 지나친 장애부담을 줄일 수 있어야 할 것, 둘째는 생의 전반에 걸쳐서 건강과 복리를 보호하는 요소를 증가시키고, 주요 질환의 발생원인과 관련된 위험요소를 줄일 수 있어야 할 것, 셋째는 건강증진, 질병예방 및 비용효과적이고 공평하며 질적인 장기

요양보호(long-term care)대책을 강조하는 일차보건의료체계를 개발하여야 할 것, 넷째는 다른 교육, 주거 및 고용 등의 사회정책과 연계적으로 추진할 수 있어야 한다는 것이다.

그리고 노인보건사업을 전개하는 데에는 기본적으로 노인의 특성을 고려할 필요가 있다는 것이다. 노인계층은 신체적 및 정신적인 건강수준이 매우 다양하기 때문에 가능한 한 유사한 특징을 지닌 노인을 집단별로 유형화하여 필요한 서비스를 집중적으로 제공하여야 한다. 그 집단별 유형화의 기준으로 만성질환의 보유여부와 일상생활수행능력을 고려할 수 있겠는데, 이를 Nagi 등에 의해서 개념화된 장애발생과정(disablement process)을 토대로 좀더 구체화시킬 수 있겠다. 즉, 첫번째 집단은 주요 만성질환도 없고, 일상생활수행능력의 장애도 없는 건강한 집단이고, 두번째 집단은 주요 만성질환은 지니고 있지만, 일상생활수행능력에는 장애가 없는 신체적 자립적인 집단이고, 세번째 집단은 주요 만성질환의 유무와 관계없이 일상생활수행능력의 장애가 발생할 위험성을 지닌 신체적 기능제한의 허약한 집단이고, 네번째 집단은 일상생활수행능력에 장애가 있어서 타인의 간병수발을 필요로 하는 장애 집단이라 할 수 있다.

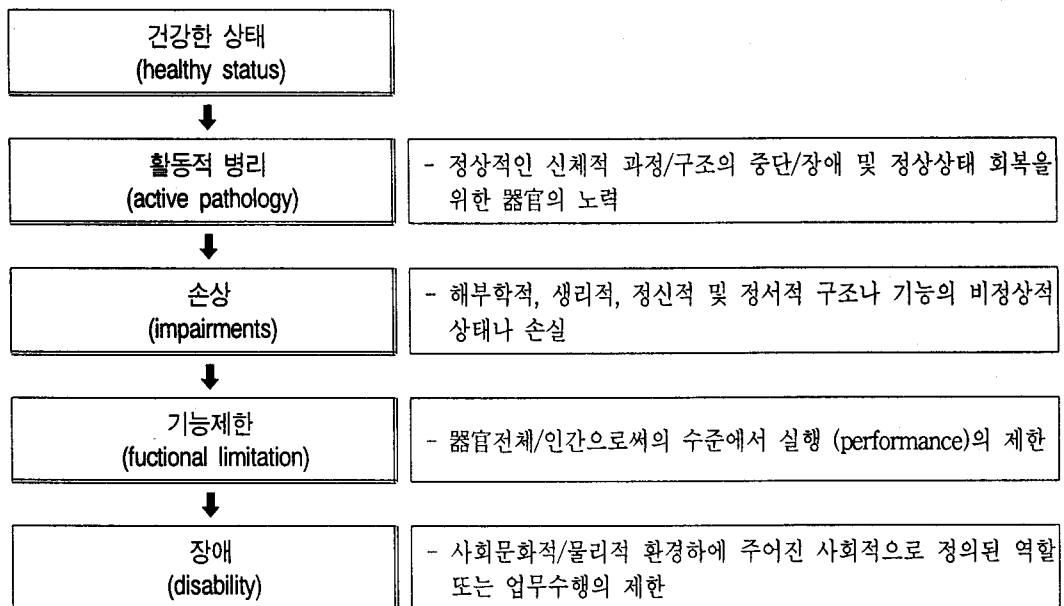


그림 2. Nagi의 장애발생과정(1964년, 1979년, 1991년)

출처: Nagi(1964, 1979, 1991)

## 2. 노인보건사업의 정책방안

### 가. 신체적 자립성의 회복 및 향상을 위한 보건의료서비스체계 구축

대부분의 노인계층은 전술한 바와 같이 이미 1개 이상의 만성질환을 지니고 있는데, 만성질환은 기본적으로 완치(cure)가 불가능한 질환이기 때문에 노인 보건의료체계의 목표가 합병증예방의 질병관리와 신체적 기능장애의 예방 및 지연에 두어져야 한다. 이러한 목표를 통하여 얻어지는 기대효과는 노화곡선의 개선이다. [그림 3]을 통해서 설명하면, 현재의 노화곡선은 65세 이후부터 신체적 기능이 하락하기 시작하는데, 후기고령자라 할 수 있는 75세 이후부터는 좀더 가파르게 기능상태가 하락하여 장애상태를 보이기 시작하다가, 일정연령부터는 보다 건강한 고령자만 생존하게 됨으로써 대략적으로 80세 이후부터는 그 이전에 비하여 완만한 곡선을 그리면서 사망에 이르게 된다.

이를 이상적인 노화곡선으로 변경시키기 위해서는 그림에서 보듯이 건강한 상태를 가능한 한 연장시키고, 허약계층의 신체기능은 향상시킬 수 있는 한도까지 제고시켜야 한다. 이와 동시에 장애가 있다고 하더라도 기능향상이 기대되는 경증상태의 장애노인도 기능을 향상시켜서, 결과적으로 전체적인 노화곡선이 연령증가에 따라 건강한 상태를 최대한 연장시키면서 신체적 기능이 전 연령에 걸쳐서 완만하게 하락, 사망에 이르는 것으로 나타나게 된다는 것이다.

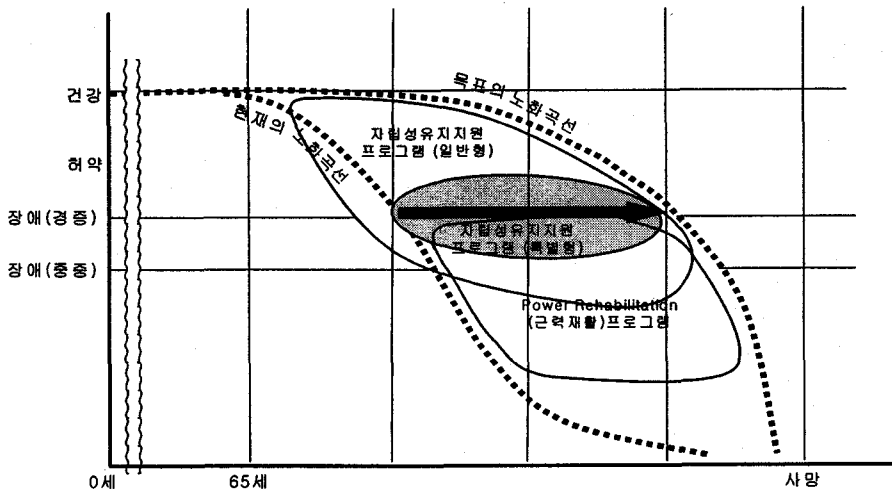


그림 3. 신체적 자립성 유지 및 향상을 위한 노인 보건의료서비스 개입

출처: 선우덕 외(2004a)

### 나. 연속적인 서비스(continuum of care)제공을 위한 체계 구축

연속적인 서비스의 제공체계는 [그림 4]에서 볼 수 있듯이 건강한 상태에서부터 사망단계의 종말기까지 각종 서비스가 연계적으로 제공될 수 있는 체계를 말한다. 여기에서 주요 특징적인 측면만을 설명하자면, 질병예방 및 조기진단단계에서는 건강교육, 상담, 검진, 예방접종까지 일차적으로 실시할 수 있는 서비스를 포함하고 있지만, 본 체계하에서는 이미 질병예방 및 조기진단단계에서부터 그 이후 발생할 수 있는 모든 단계를 상정하여 서비스계획을 수립한다는 것이다. 질병예방 및 조기진단단계에서부터 종말기 의료단계의 모든 단계에서는 지역사회보건과 의료기관·시설에서의 보건 의료서비스가 연계적으로 제공되어야 함을 의미하고 있다.

이와 같은 체계를 통하여 기대할 수 있는 효과는 분절적이고 연계적이지 못한 서비스로 인하여 발생할 수 있는 비용의 낭비를 절감할 수 있다는 것이다. 예를 들면, 노인의료비 증가원인의 특징을 살펴보면, 그림에서 볼 수 있듯이 의료서비스의 전달체계가 분절적이고 연계적이지 못하기 때문에 서비스의 중복 및 누락이 발생하고 있다는 점, 고가의료장비의 부적절한 사용과 종말기 의료에 집중되어 있다는 점을 들 수 있다.

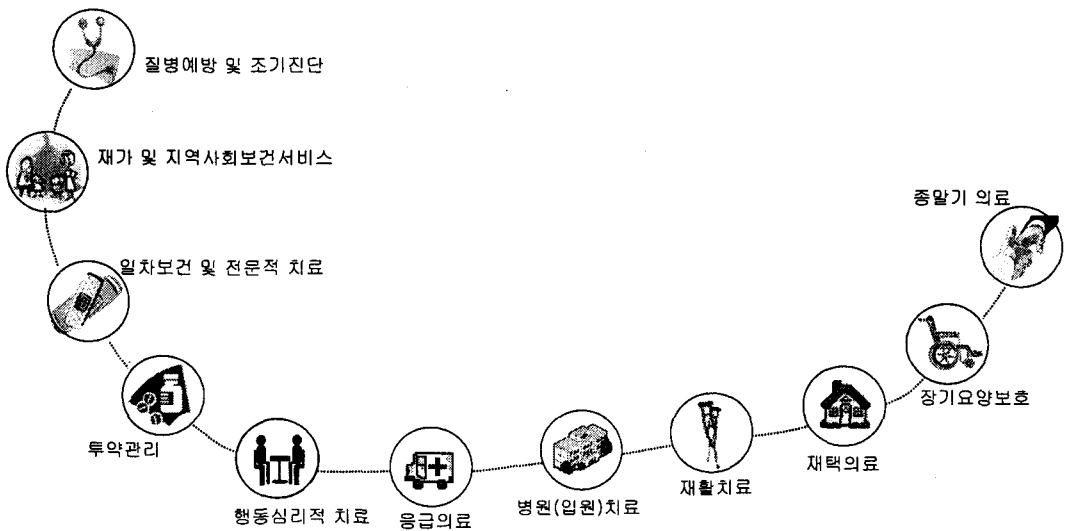


그림 4. 연속적 보건의료서비스의 흐름도

특히, 이러한 서비스는 연계적으로 제공될 수 있는 시스템의 구축이 중요하며, 무엇보다도 노인 보건의료서비스는 지역사회 일차보건의료기관(communit; 예방·검진중심의 사업; prevention) ➔ 급성기 의료기관(hospital; 치료·회복 중심의 사업; acute & subacute care) ➔ 지역사회 일차보건의료기관(communit; 질병관리·유지중심의 사업; maintenance & chronic care)의 흐름 속에서 연계될 수 있도록 하는 것이 고령화 사회에서는 필요하다. 이를 위한 대책으로는 노인 의료공급체계의 개선으로 회복기병상의 확보, 지역사회 고령자주치의 및 지역사회간호사, 지역사회 재활치료사의 확보가 필요하고, 노인의료서비스전달체계의 개선으로 건강검진, 재택원격의료, 재활/요양서비스 등 공공성이 강한 노인보건의사업도 민간의료기관으로 하여금 수행하도록 하고 이를 정부가 지원해주는 방안을 검토하여야 한다.

궁극적으로 말하면, 노인의 의료·보건체계는 지역사회·가정중심의 생활습관병 예방 및 관리 ➔ 응급/처치 ➔ 간호/재활 ➔ 질병합병증 관리/장기요양이라는 흐름 속에서 각 서비스가 일관적으로 제공될 수 있는 체계로 구성되어 있는가에 기초를 두고 검토되어야 할 것이다.

그리고, 일반적으로 의료서비스의 기능별 자원소모량을 기초로 할 때, 급성기(acute) 치료이후 서비스의 전달이 얼마나 효율적으로 이루어지느냐에 따라서 의료자원의 소모가 달라질 수 있다. 즉, 첫째, 급성기치료가 효과적이고 효율적으로 이루어질 때 의료서비스 소모(의료비)는 줄어들 수 있다는 것, 둘째, 아급성(sub-acute)치료가 필요할 때 적극적인 의료서비스의 투입으로 의료서비스 소모(의료비)는 줄어들 수 있다는 것, 셋째는 부적절한 아급성 치료는 신체적 상태의 만성화를 유발시켜 장기요양상태로 접어들게 하고, 의료서비스의 소모(의료비)는 지속적으로 발생한다는 점이다.

## IV. 노인보건의료사업의 추진과제

### 1. 노인건강증진사업의 개발추진

노인의 건강증진사업의 목표는 어디까지 신체적 생활기능의 유지 및 향상에 두어져야 하고, 이를 위한 건강실천행위에는 금연, 금주(절주), 식생활(영양) 및 운동 등이 있는데, 그 중에서 노인을 대상으로 할 때에는 식생활(영양) 및 운동에 중점을 두어야 하

겠다. 즉, 영양부문은 노인의 체력을 유지시키는데 중요한 것으로 노인의 체질에 부합되는 식이생활을 유지하도록 하는 것이 중요하다. 그리고 운동은 노인뿐만 아니라 일반성인에게도 중요한 건강실천행위에 해당하는 것인데, 특히 노인(고령자)에게는 운동이 라기 보다는 신체적 활동의 표현아래 추진하는 것이 필요하겠다.

다시 말하면, 옥외에서는 低강도의 운동의 개념아래 걷기나 산책 중심의 신체적 활동이 중심적이어야 하고, 실내에서는 스트레칭정도의 운동이 중심적이어야 하겠다.

## 2. 노인 일차보건의료사업의 확립

노인보건의료사업의 중점은 만성질환의 발생억제라기 보다는 기존 만성질환으로 인한 합병증의 억제와 만성질환으로 인한 생활기능의 장애예방에 두어져야 함을 전술한 바 있으며, 이러한 배경을 고려하면, 노인보건의료사업의 중심은 일차보건의료사업이라 할 수 있다.

첫째, 건강진단사업의 재검토 및 활성화가 요구된다. 기존의 노인대상의 건강검진 방법에는 건강보험제도에 의한 건강검진과 노인복지법에 의한 기초생활수급자중심의 건강검진사업이 있는데, 두 가지 사업 모두 질병발견에 초점을 두고 실시되고 있다는 공통점이 있다. 전반적으로 노인의 건강검진수검률이 낮은 실정인데, 특히, 기초생활수급자중심의 건강검진사업의 경우에는 주요 만성질환이 없는 지역사회거주노인을 찾아내서 검진을 받도록 유도하고 있는 실정이다. 이는 기본적으로 노인의 만성질환유병률이 매우 높은 것으로 나타난 조사결과를 기초로 할 때 질병발견중심의 건강검진사업은 실효성이 없다는 것을 의미한다.

따라서 노인대상의 건강검진사업은 검진도구부터 재검토를 하여야 하는데, 그 내용의 중심은 주요 만성질환의 유무, 생활기능의 장애유무 및 생활기능의 장애 발생인자 보유유무 등에 두어져야 하겠다.

둘째, 지역사회거주노인에 대한 투약관리사업의 개발이 요구된다. 복합만성질환의 유병은 다량, 다수의 투약이 이루어지게 마련인데, 이러한 약물의 복용을 관리해주는 체계나 인력이 거의 부재한 실정이다. 의사측면에서도 각 전문진료과 의사간 정보교환이 부족하고, 종합적인 소견을 제시해줄 수 있는 노인병(노년의학)전문의가 없다는 점도 문제로 지적할 수 있다. 현재에는 노인병관련 학회에서 자체적으로 노인병인정의제도를 만들어 연수교육시키고는 있지만, 법적 제도가 아니기 때문에 노인환자를 진료하는 데에는 한계점이 있다고 하겠다. 그리고 약물관리와 직접적인 관련이 있는 약사측면을 보더라도 처방약물에 대한 복약지도가 거의 이루어지지 않고 있는 현실이다.

따라서 노인환자에 대한 의사 및 약사의 투약관리·복약지도체계의 개발이 필요하다. 즉, 의료기관내에서는 노인환자를 진료시에 처방약품에 대한 복약관리를 지도할 수 있도록 비용을 지불하도록 하고, 지역사회에 거주하는 개업약사로 하여금 가정을 방문하여 복약지도를 할 수 있도록 비용지불체계를 개발하여야 하겠다.

셋째, 만성질환을 관리할 수 있는 지역사회 노인주치의제도의 개발이 요구된다. 점차적으로 고령화되어가고 있는 사회에서 노인환자의 비중도 상당히 높아지고 있는데, 이러한 노인환자는 일부 중증노인을 제외하고는 병원에서의 입원보다는 가정에서 생활하는 경증의 상태가 대부분이다. 이는 의원급 또는 보건기관에서도 충분히 담당할 수 있다는 것을 의미하기 때문에, 이들 기관내의 개업의를 지역할당의 노인주치의제도로 활용할 수 있는 방안을 구축할 수 있다.

예를 들면, 저출산의 영향으로 지역사회에서는 소아과개업의가 과잉으로 나타나고 있다는 것을 감안하여 이들의 전문의를 대상으로 일차적으로 노인병에 대한 보수교육을 통하여 노인주치의로 활용하는 것인데, 이는 특히 약물을 처방하는 경우 數나 量으로 볼 때 소아나 고령자는 그 처방방식이 유사할 수 있다는 점, 신체적 특징(체력약화, 골강도의 약화 등)도 유사하다는 점을 고려할 때, 타 전문진료과보다도 적절할 수 있다는 것이다.

넷째, 노인의 구강보건체계의 개발이 요구된다. 이는 식이생활과 밀접하게 연관되어 있는데, 저작능력을 제고시켜 건강수준을 유지시킬 수 있기 때문이다. 치아보철 및 의치사업은 사후적인 조치에 불과하고 이를 사전으로 예방하기 위해서는 40대 이후 중년기부터 철저하게 치아관리를 실시하여야 한다.

궁극적으로 노인보건의료서비스는 노인의 건강수준에 따라서 적절하게 제공되어야 한다. 즉, 노인의 건강수준을 건강 및 신체적 자립 상태, 허약한 상태 및 장애상태로 구분하여 볼 때, 허약 및 장애상태에 놓여 있는 계층으로 하여금 자립성을 최대한 향상 및 유지할 수 있도록 하는데 필요한 보건의료서비스를 제공하여야 한다. 즉, 건강·신체적 자립 및 허약한 상태의 노인계층에게는 금연·금주·영양·운동중심의 건강증진 프로그램을 집중적으로 제공함으로써 신체적 자립기능을 최대한 향상 및 유지할 수 있도록 하여야 한다. 이를 위해서는 무엇보다도 종합적인 노인기능평가도구(Comprehensive Geriatric Assessment; CGA)에 기반을 둔 신체기능선별중심의 검진 프로그램, 간단한 도구를 이용한 기능향상프로그램, 투약관리프로그램 등이 제공되어야 한다. 그리고 장애상태의 집단에는 장애의 중증도에 따라서 다르겠지만, (일상생활동작의) 경증 장애노인에게는 근력, 균형, 지구력 등의 회복 및 향상을 위한 고강도의 집중

적인 재활프로그램이 제공되어야 한다.

### 3. 노인의 의료비억제방안 개발

첫째, 노인의료비의 집중도의 분석결과를 보더라도 일반성인에 비하여 일부노인계층으로의 의료비지출 집중도가 심한 것으로 나타나고 있기 때문에 일차적으로는 고비용지출의 노인환자의 진료행태를 면밀하게 검토, 분석하여 도덕적 해이(moral hazard)성 진료행태를 제어하는 방안을 개발하여야 하겠다. 특히 노인환자의 진료는 수요자측이나 공급자측의 양측으로부터 도덕적 해이현상이 심하게 발생하는 특징을 지니고 있다.

둘째, 노인 표준진료지침의 개발이 요구된다. 이는 전술한 노인진료를 둘러싼 도덕적 해이현상을 일차적으로는 제어하는 기능을 지니게 하고, 고난도의 치료기술을 적용시키기 보다는 일반적인 수준의 의료기술을 활용하게 하여 비용지출을 절감시킬 수 있도록 하는데 기본방향을 설정하여야 한다. 이외에도 종말기 환자에 대한 필요이상의 생명연장성 치료를 제어할 수 있는 내용도 포함시키는 것이 바람직하다.

셋째, 급성기치료 위주의 노인진료체계에서 벗어나 아급성진료를 제공할 수 있는 체계도 구축하는 것이 요구된다. 이에 대한 대책으로는 효과적이고 효율적인 급성기 치료를 유도하기 위해서는 노인성질환의 응급체계의 구축 및 노인의료비 지불방식의 개발 이외에, 아급성 치료의 결과를 극대화시키기 위해서는 회복기재활을 집중적으로 실시할 수 있는 노인재활집중센터(주간병동, 주간재활센터 등)의 설치가 필요하며, 마지막으로 장기요양치료를 위해서는 지속적인 질병관리에 의한 2차적 질병(합병증) 발생을 억제시킬 수 있는 방문형 의료서비스(의사, 간호사, 재활치료사 등)의 개발이 필요하다.

### 4. 노인 장기요양보장제도의 비용효율적 체계 구축

노인 장기요양보호와 관련해서는 두 가지의 측면에서 논의할 필요가 있는데, 그 하나는 수발서비스(치료)중심의 제도이고, 또 하나는 장기요양 예방서비스중심의 제도이다. 전자의 제도에 대한 기본방향의 설계를 논의하면 다음과 같다.

첫째, 노인요양보장제도에서 급여해주는 서비스비용은 수발서비스비용 지불중심이어야 한다는 것이다. 이러한 원칙을 설정하면, 장기요양대상자에게 제공되는 보건의료 서비스에 대한 비용지불은 건강보험에서 담당하게 하고, 기타 복지서비스는 지자체의



지역복지서비스지원제도를 통해서 제공한다는 것이다. 이러한 방식은 독일의 장기요양 보험방식에 해당하는 것으로 의사의 진료, 간호사 및 재활치료사(PT, OT)에 의한 간 호재활서비스에 대한 급여비용은 질병보험에서 지불하고, 요양보험에서는 복지인력에 의한 간병수발서비스비용만을 지불하고 있다는 것이다. 그러나 일본에서는 장기요양대 상자에게 제공되는 방문간호, 방문재활, 통원재활 등과 같은 보건의료서비스비용에 한 정하여 개호보험(요양보험)에서 지불하고 있다.

이러한 점에서 볼 때, 건강보험제도하에 가정간호서비스비용을 지불하고 있기 때 문에 요양보험제도에서 방문간호급여서비스를 제공하는 것은 제도의 중복이 발생하고 있다. 이와 유사하게 현재에는 법정화 되어 있지 않은 재활서비스도 물리치료사 및 작 업치료사에 의한 가정재활서비스를 개발하여 그 비용을 건강보험에서 지불하게 할 수 있다는 것이다.

일반적으로 보건의료인력의 인건비가 복지인력의 인건비에 비하여 높다는 점을 감안한다면, 비용절감적인 제도의 구축을 전제로 한다면, 수발서비스와 일부의 복지서 비스(필요하다면)중심의 제도로 구축하여야 할 것이다.

둘째, 장기요양상태의 발생을 사전적으로 예방할 수 있는 제도의 개발이 필요하 다. 즉, 장기요양예방서비스의 대상자는 두 가지 유형으로 구분할 수 있는데, 그 하나 는 기존 장기요양대상자로 기능장애의 중증화 예방 및 지연에 목적을 두고 있고, 또 하나는 장기요양상태에 빠질 위험성이 높은 인자를 지닌 자로, 적극적인 기능장애의 발생예방 및 지연에 목적을 두고 있다.

이 중에서 효과가 큰 것은 전자보다는 후자이고, 노인의 호응도측면에서 보더라도 후자가 더 크게 나타나고 있다. 최근 개호보험제도의 개혁안에 의하면, 전자의 기존 경 중의 장기요양대상자 중에서 선별하여 개호보험제도에 의한 예방적 급여서비스를 제 공하는 것으로 하고, 후자의 개호보험제도 비해당자에게는 노인보건법 및 지자체재정 으로 유시한 예방적 서비스를 제공하는 내용을 담고 있다. 이미 후자의 대상자를 선별 하기 위한 도구(screening tool)도 개발되어 현장에서 사용되고 있는 실정이다.

이러한 일본의 경험을 참고로 한다면, 장기요양보호서비스의 욕구는 존재하지만 공적요양보장제도의 급여대상에서 제외되는 경중대상자에게 서비스를 제공할 수 있는 전달체제도 아울러 구비되어야만 원활한 공적요양보장제도의 운영이 가능할 것이다. 그런데, 우리나라의 현실은 당분간 공적요양보장제도의 구축 이외에는 거의 신경을 쓸 수 있는 여력이 없어 보인다. 장기요양예방서비스는 어디까지나 보건소 등 지방자치단 체를 중심으로 하여 제공되어야 하기 때문인데, 현행 보건소의 기능이나 지방재정의

측면에서 볼 때 거의 불가능에 가깝다고 보여진다.

예방서비스에 기능재활훈련, 구강케어 등과 같은 보건의료서비스 뿐만 아니라 장기요양서비스, 사회서비스 등의 복지서비스도 포함되어 있다는 것은 건강보험제도나 지역보건법에서의 예방적 서비스제공체계와 노인복지법에 의한 예방적 서비스제공체계가 강화되어야 할 것이다. 특히, 현행 노인복지법내에서는 예방서비스의 내용이 부족하기 때문에 이러한 내용을 강화시키거나, 장기요양예방중심의 별도의 법령이 마련될 필요가 있다.

## <참고문헌>

- 보건복지부, 공적노인요양보장제도관련 공청회 자료  
선우덕, 일본 장기요양보헌제도의 실적평가 및 시사점, 한국보건사회연구원 보건복지포럼, 2005.8
- 선우덕 외, 허약노인대상의 보건의료서비스 및 효율적 운영체계 개발연구, 한국보건사회연구원, 2004a.12
- 선우덕 외, 인구고령화와 보건복지대책, 한국보건사회연구원, 2004b.12
- 정경희 외, 2004년 전국노인생활실태 및 복지욕구조사, 한국보건사회연구원, 2004.12
- 한국보건사회연구원, 국민건강증진종합계획2010 수정보완보고서, 2005.10
- 日本東京都老人綜合研究所, 介護豫防매뉴얼, 2004.