

【주제발표 I】

농촌의 초고령화와 건강관리 방안

이 성 국
경 북 대 학 교

1. 노령화 추이

□ 2004년 우리나라 현재 총인구 중 65세이상 인구의 비중은 4,171천명으로 전체인구의 8.7%로 2003년 8.3%에 비해 0.4%p 증가하였고 10년전인 1994년 5.7%에 비해서는 3.0%p 증가하였으며, 평균수명 연장 및 출산율 감소로 인해 2000년 7.2%로 고령화 사회(Aging society)에 이미 접어 들었으며, 2019년에는 14.4%로 고령사회(Aged society)에 진입하고, 2026년에는 20.0%로 초(超)고령사회(Super-aged society)에 도달할 전망이다(통계청, 2004)(표 1).

- 고령화사회에서 고령사회로의 전환기간을 기준으로 할 때 우리나라의 고령사회 진입 속도가 19년으로 일본(24년), 미국(71년), 프랑스(115년) 등 선진산업국가들과 비교할 수 없을 정도로 빨라 향후 보건, 의료, 복지 등의 문제가 급속도로 가시화될 것이다.

※ 북한 : 7%(2002), 14%(2032) · 7%→14% 소요기간: 약 30년

<표 1> 65세이상 고령인구 추이

	2000 (고령화)	2010	2019 (고령)	2020	2026 (초고령)	2030
총 인 구(천명)	47,008	49,594	50,619	50,650	50,610	50,296
65세이상(천명)	3,395	5,302	7,314	7,667	10,113	11,604
구 성 비(%)	7.2	10.7	14.4	15.1	20.0	23.1

자료 : 통계청, 「장래인구추계」, 2001

□ 한편, 고령화의 속도는 도시지역에 비하여 농촌지역(읍·면부지역)이 훨씬 빠르게 진행되고 있으며, 65세이상 노인이 도시지역의 경우 1990년에 3.6%, 2000년에는 5.5%인 반면, 농촌지역의 경우 1990년에 9.0%로 이미 고령화 사회에 진입하였고, 2000년에는 14.7%로 고령사회에 진입하였다. 또한, 2000년 전체인구 중 농촌지역 거주인구는 20.3%이고, 65세이상 인구 중 농촌지역 거주인구는 40.6%이다(표 2).

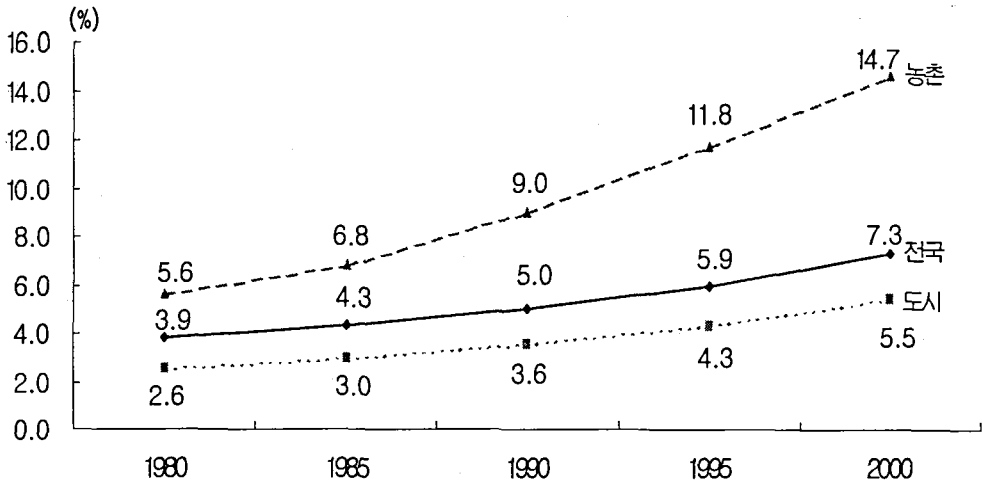


그림 1. 도시·농촌의 65세이상 인구비율

<표 2> 도시·농촌의 65세이상 인구 비교

(단위 : 명, %)

		전국(A)	도시(동부)	농촌(읍면부)	농촌거주인구(%)
1990	전체인구	43,390,374	32,290,055	11,100,319	25.6
	65세이상인구	2,162,239	1,158,570	1,003,669	46.4
	(비율)	5.0	3.6	9.0	-
2000	전체인구	45,985,289	36,642,448	9,342,841	20.3
	65세이상인구	3,371,806	2,001,341	1,370,465	40.6
	(비율)	7.3	5.5	14.7	-

자료 : 통계청, 「인구주택총조사보고서」, 각년도

□ 인구의 도시유출은 농촌의 노령화를 촉진(가난과 인구감소 유발)

- 도시유출로 인한 가족의 지원제한
- 서비스 이용이나 서비스의 다양성에 있어서 제한
- 사회적 지원의 제한
- 생활환경의 미흡, 교통의 부족, 주거환경의 미흡

<표 4> 총 인구대비 노인인구(65세 이상)비가 가장 높은 지역
(2003년 12월 31일 주민등록인구 기준)

순위	시도명	시군구명	총인구수	노인인구수	노인비율
1	경남	의령군	32,766	8,085	24.67
2	경남	남해군	54,392	13,417	24.67
3	경북	의성군	68,372	16,145	23.61
4	경북	군위군	29,762	6,986	23.47
5	전남	곡성군	35,297	8,225	23.30
6	경남	산청군	37,783	8,715	23.07
7	전북	순창군	31,482	7,243	23.01
8	전남	고흥군	91,518	21,051	23.00
9	전남	보성군	55,983	12,804	22.87
10	전북	임실군	34,283	7,778	22.69

2. 노인인구의 보건의료 현황

□ 2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사(한국보건사회연구원, 2004) 보고서에 의하면 생활습관을 통한 노인들의 건강수준을 예측하기 위하여 흡연 및 음주 상태를 파악하였으며, 건강증진 및 질병예방을 위한 노력의 평가 항목으로 규칙적 운동 실시, 올바른 식생활 습관, 독감예방접종 및 건강검진 실태 등을 본인응답자에 대하여 분석하였다. 노인의 건강상태는 주요 만성질환상태, 노인이 스스로 인지하는 주관적 건강상태, 낙상 사고 및 약물 오·남용의 실태를 파악하였다.

가. 생활양식

1) 흡연 및 음주 상태

□ 본 조사결과 대상노인 3,209명 중 본인응답자의 17.6%가 현재 흡연을 하고 있으며, 22.4%는 과거에 피웠으나 현재는 피우지 않고, 59.9%는 담배를 피운 적이 없다고 응답하였다. 지역별 현재 흡연율은 농촌지역이 20.8%로 도시지역 16.2% 보다 높았으며, 음주상태를 보면 현재 술을 마신다는 노인은 34.1%이며, 과거에 마셨으나 현재는 안마신다는 노인이 17.3%, 그리고 술을 전혀 안 마신다는 노인이

48.6%이다. 지역별 현재 음주 노인은 비슷한 수준이며, 과거 음주노인은 농촌지역이 약간 높은 수준이며, 비음주노인은 도시지역(49.4%)이 농촌지역(46.9%)보다 조금 높은 편이다(표 4).

<표 4> 노인의 지역별 흡연 및 음주상태

(단위: %)

	도시	농촌	전체
흡연상태			
현재 피움	16.2	20.8	17.6
과거에 피웠으나 현재는 피우지 않음	22.5	22.4	22.4
피운 적 없음	61.4	56.9	59.9
음주상태			
현재 마심	33.8	34.3	34.1
과거에 마셨으나 현재는 안마심	16.8	18.3	17.3
전혀 안 마심	49.4	46.9	48.6
계 (명)	100.0 (2,052)	100.0 (977)	100.0 (3,029)

2) 운동실천

- 규칙적 운동은 1주에 2회 이상, 1회 20분 이상 지속적으로 운동을 하는 경우로 정의 하였으며, 건강을 위하여 운동을 하는지에 대하여 질문한 결과를 보면, 아주 규칙적으로 운동을 하는 노인이 29.3%이며, 가끔 운동을 하는 노인은 10.3%로 전체 노인의 39.6%는 운동을 하고 있으며, 60.4%는 평소에 운동을 전혀 하지 않는다고 응답 하였다. 또한 건강을 위하여 평소에 운동을 하는 노인의 경우에는 1주에 평균 약 5 일간은 운동을 실시하고 있는 것으로 나타났다. 지역별 운동실천 상태를 보면, 도시 지역의 경우 규칙적으로(34.4%) 또는 가끔(12.4%) 운동을 하는 노인이 농촌지역 (24.5%)에 비하여 약 2배 정도 더 많았다.
- 규칙적 또는 가끔 운동을 하는 노인의 경우 가장 많이 하는 운동으로는 걷기가 67.4%로 가장 높으며, 그 다음으로 등산이 13.4%, 체조(스트레칭) 6.0%, 게이트볼 1.3%, 달리기 1.0%, 헬스 1.0%, 배드민턴 0.9%, 수영 0.8%, 요가 0.8%, 탁구 0.7% 등의 순이다. 지역별로는 도시지역의 경우 주된 운동 종목에서 등산(14.1%)이 농촌 지역보다 다소 높은 편이다(표 5).

<표 5> 노인의 지역별 운동실천여부 및 주된 운동 종목

(단위: %)

	도시	농촌	전체
운동실천여부			
아주 규칙적으로 한다	34.4	18.5	29.3
가끔 한다	12.4	6.0	10.3
전혀 안 한다	53.3	75.4	60.4
1주일간 평균 운동일수(일) ¹⁾	5.1	5.2	5.1
주된 운동 종목 ²⁾			
걷기	67.3	68.0	67.4
등산	14.1	10.4	13.4
체조	5.7	7.1	6.0
게이트볼	0.3	5.4	1.3
배드민턴	1.1	-	0.9
수영	0.9	0.4	0.8
달리기	0.8	1.7	1.0
헬스	0.9	1.2	1.0
에어로빅	0.3	-	0.2
탁구	0.6	0.8	0.7
요가	0.8	0.4	0.8
기타	6.9	4.6	6.4
계 (명)	100.0 (2,052)	100.0 (977)	100.0 (3,029)

주 : 1) 본인응답자 3,029명 중 운동을 하는 1,199명을 분석대상으로 함

2) 본인응답자 3,029명 중 운동을 하는 1,199명을 분석대상으로 함

3) 식생활 습관

□ 지난 2일간 하루 3번 식사를 하였는지를 질문한 결과를 보면, 그저께 끼니별 식사 비율을 보면 아침 식사율은 96.6%, 점심은 92.8%, 저녁은 98.0%이며, 어제 끼니별 식사 비율은 아침 식사율이 96.4%, 점심 93.1%, 저녁 97.0%로 나타났다. 대체적으로 하루 3끼중 저녁 식사 비율이 가장 높으며 아침, 점심의 순서이다. 지역별로는 농촌 지역이 도시지역에 비하여 식사율이 높았다.

□ 매 식사마다 영양소가 골고루 들어있는 영양식을 섭취하려고 노력하는지를 보면, 매우 그런 편이라는 응답이 6.5%이며, 그런 편이다가 28.8%, 그저 그런 편이다는 21.2%, 그렇지 않다는 33.4%, 매우 그렇지 않다는 10.1% 등이다. 즉, 전체노인의 35.3%는 영양식을 섭취하려고 노력하고 있으나, 약 절반정도는 전혀 노력을 하지 않는 것을 알 수 있다. 지역별로 보면 도시지역은 영양식 섭취 노력에 대하여 '매우 그렇다' 또는 '그런 편이다'의 비율이 36.8%로 농촌지역의 32.0%보다 더 높았다(표 6).

<표 6> 노인의 지역별 식생활 상태

(단위: %)

	도시	농촌	전체
끼니별 식사 비율			
그저께 아침	96.2	97.4	96.6
점심	92.3	94.0	92.8
저녁	97.9	98.1	98.0
어제 아침	95.8	97.7	96.4
점심	92.6	94.2	93.1
저녁	97.0	97.0	97.0
영양식 섭취 노력 정도			
매우 그렇다	7.3	4.8	6.5
그런 편이다	29.5	27.2	28.8
그저 그렇다	21.2	21.1	21.2
그렇지 않다	34.2	31.9	33.4
매우 그렇지 않다	7.8	14.9	10.1
계 (명)	100.0 (2,052)	100.0 (977)	100.0 (3,029)

□ 한편 지난 2일간 한 끼라도 식사를 거른 경우 그 주된 이유에 대하여 살펴보면, 식욕이 없어서가 49.1%로 가장 많으며, 소화가 잘 안되어서는 8.3%, 밥하기 싫어서 7.7%, 습관이 되어서 6.5%, 시간이 없어서 5.7%, 간식을 먹어서 5.2%, 체중조절 4.8%, 돈이 없어서(절약하기 위해서) 4.9%, 아파서 3.5%, 늦잠을 자서 1.0% 등의 순으로 나타났다. 지역별로 보면 농촌지역의 경우 식욕이 없어서(61.2%)와 밥하기 싫어서(12.1%)라는 이유가 도시지역의 44.6%와 5.9%에 비하여 매우 높은 편이다(표 7).

<표 7> 노인의 지역별 결식 이유

(단위: %)

	도시	농촌	전체
늦잠을 자서	1.3	0.9	1.0
식욕이 없어서	44.6	61.2	49.1
소화가 잘 안돼서	9.2	6.0	8.3
간식을 먹어서	5.9	3.4	5.2
체중조절	5.9	1.7	4.8
돈이 없어서	6.2	0.9	4.9
시간이 없어서	5.9	5.2	5.7
습관이 되어서	8.2	2.6	6.5
아파서	3.3	3.4	3.5
밥하기가 싫어서	5.9	12.1	7.7
기타	3.3	2.6	3.1
종교적 이유	0.3	-	0.2
계 (명)	100.0 (305)	100.0 (116)	100.0 (422)

4) 독감예방접종 및 건강검진수진

- 지난 1년간 독감예방접종을 받았다는 노인은 75.7%로 전체의 3/4정도가 접종하였다. 독감예방접종률은 농촌지역(79.7%)이 도시지역(73.7%) 보다 더 높았다. 한편 지난 2년 동안 건강검진을 받은 경험이 있는 노인은 전체의 52.0%이며, 지역별로는 농촌 지역의 건강검진율이 53.2%로 도시지역 51.4% 보다 더 높았다.
- 건강검진을 받은 경험이 있는 노인의 경우 어떠한 경로를 통하여 건강검진을 받았는지 살펴보면, 국민건강보험공단에서 실시하는 직장·지역 가입자(17.7%) 및 피부양자(31.5%) 건강검진이 49.2%로 거의 절반 정도이며, 그 다음은 정부(시·군·구) 지원의 노인 건강검진을 받은 경우가 23.0%, 개인비용으로 병·의원 등에서 실시하는 건강검진이 20.8%, 그리고 복지시설·의료기관 등에서 제공하는 무료건강검진이 6.4% 등이다. 지역별로는 도시지역은 국민건강보험공단에서 실시하는 건강검진(50.1%) 또는 개인 비용(24.4%)으로 건강검진을 받은 비율이 높은 반면, 농촌지역은 정부지원(28.7%)과 무료건강검진(10.1%)의 비율이 높았다(표 8).

<표 8> 노인의 지역별 독감예방접종률, 건강검진수진율 및 건강검진 경로

(단위: %)

	도시	농촌	전체
독감예방접종률	73.7	79.7	75.7
건강검진수진율	51.4	53.2	52.0
건강검진 경로 ¹⁾			
정부지원	20.3	28.7	23.0
국민건강보험공단			
피부양자	33.2	28.1	31.5
가입자	16.9	19.4	17.7
개인비용	24.4	13.7	20.8
무료 건강검진	4.6	10.1	6.4
기타	0.6	0.2	0.4
계 (명)	100.0 (2,052)	100.0 (977)	100.0 (3,029)

주 : 1) 본인응답자 3,029명 중 건강검진을 받은 경험이 있는 1,574명을 분석대상으로 하였으며, 지난 2년간을 기준으로 함.

나. 건강상태

1) 만성질병 상태

- 본인이 인지한 만성질병 상태(현재 3개월 이상 앓고 있는 질환)를 살펴보면 전체 노인의 90.9%가 만성질환을 한 가지 이상 앓고 있는 것으로 나타났다. 지역별로는 농촌지역(91.9%)이 도시지역(90.4%)에 비하여 만성질환 유병률이 약간 더 높다. 특히 농촌지역의 경우 2개 이상의 만성질환을 앓고 있는 비율이 더 높은 편이다.

본 조사결과인 전체 노인의 만성질환유병률 90.9%는 1998년도 노인조사결과에서 나타난 86.7%보다 조금 높은 편이다. 한편 만성질환을 앓고 있는 노인 중에서 만성질환으로 인하여 힘든 점(통증 제외)이 있다는 비율이 50.8%이며, 농촌지역(52.2%)이 도시지역(50.1%) 보다 약간 더 높다.

- 또한 만성질환으로 인하여 어려움이 있다는 노인에 대하여 어떠한 점이 가장 어려운지를 살펴보면, 일상생활수행의 제한이 43.3%로 가장 많으며, 그 다음 치료비로 인한 경제적 어려움이 22.4%, 사회활동의 제한 17.0%, 외로움, 소외감, 자존감 상실 등 15.8%, 간호와 수발에 따른 어려움이 0.9% 등이다. 지역별로는 도시지역은 일상

생활 수행의 제한(46.5%), 농촌지역은 외로움, 소외감, 자존감 상실(18.3%)과 사회활동 제한(21.7%)을 각각 더 호소하고 있다(표 9).

<표 9> 노인의 지역별 만성질환 수

(단위: %)

	도시	농촌	전체
만성질환수			
없다	9.6	8.1	9.1
1개	17.8	15.5	17.1
2개	19.0	19.1	19.0
3개 이상	53.7	57.3	54.8
만성질환으로 인하여 힘든 점 유무			
있음	50.1	52.2	50.8
없음	49.9	47.8	49.2
만성질환으로 인하여 힘든 이유 ¹⁾			
일상생활 수행 제한	46.5	36.9	43.3
간호와 수발	1.0	0.9	0.9
경제적 어려움	22.6	22.2	22.4
외로움·소외감	14.6	18.3	15.8
사회활동 제한	14.6	21.7	17.0
기타	0.8	-	0.5
계 (명)	100.0 (2,052)	100.0 (977)	100.0 (3,029)

주 : 1) 본인응답자 3,029명 중 만성질환을 1가지 이상 앓고 있는 2,754명을 분석대상으로 함

- 만성질환종류별 유병률을 살펴보면, 가장 유병률이 높은 만성질환은 관절염(43.1%)이며, 그 다음이 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%) 등의 순이다.
- 성별 만성질환유병률은 큰 차이를 보이는데, 남자 노인은 고혈압(34.4%)이 가장 많고, 관절염(21.8%), 요통·좌골통(18.6%), 신경통(14.9%), 당뇨병(12.3%) 등의 순이다. 여자노인은 관절염이 56.6%로 매우 높게 나타났으며, 그 다음 고혈압(44.8%), 요통·좌골통(38.1%), 골다공증(28.6%), 신경통(26.5%) 등이다. 즉, 여자노인의 경우 남자노인에 비해 관절염, 요통·좌골통, 골다공증 등은 유병률이 약 20% 포인트 더 높게 나타났다.

□ 만성질환종류별 의사진단 비율은 큰 차이를 보이고 있다. 즉, 악성신생물, 갑상선 질환은 모두 의사로부터 진단을 받은 것으로 나타났으나, 요통·좌골통(74.7%), 신경통(70.4%), 만성기관지염(73.3%) 등은 의사진단 비율이 70% 정도이며, 빈혈은 의사진단비율이 50.4%로 매우 낮게 나타났다(표 10).

<표 10> 노인의 주요 만성질환유병률 및 의사진단 비율

(단위: %, 명)

구 분	전체		1998년
	유병률	의사진단	유병률
악성신생물(암)	2.7	100.0	0.9
관절염	43.1	87.0	43.4
요통·좌골통	30.6	74.7	29.2
디스크	12.6	90.0	5.4
신경통	22.1	70.4	-
골다공증	18.9	94.8	-
소화성궤양	16.5	85.0	15.9
만성간염·간경변	1.9	96.6	1.6
당뇨병	13.8	99.8	9.0
갑상선 질환	1.7	100.0	1.3
고혈압	40.8	98.4	23.5
저혈압	4.5	91.2	-
중풍·뇌혈관 질환	6.0	93.4	4.4
협심증·심근경색증	6.9	92.8	5.1
폐결핵·결핵	1.0	93.1	0.5
만성기관지염	7.0	73.3	6.3
천식	6.4	90.6	5.1
백내장	18.1	90.5	10.6
녹내장	1.8	94.6	-
만성중이염	0.9	92.9	1.0
만성신장질환	1.6	85.7	1.1
빈혈	15.9	50.4	-
피부병	6.6	68.0	-
골절, 후유증	12.1	86.7	5.4

□ 한편 최근 3개월간 만성질환 치료를 위하여 주로 이용한 의료기관을 보면, 병.의원 85.8%로 가장 많으며, 보건(지)소/보건진료소가 8.4%, 한방 병.의원은 4.0%, 약국 1.7% 등의 순이다. 지역별로는 도시지역은 병.의원(89.1%)과 한방 병.의원(4.2%)을 이용하는 비율이 농촌지역보다 더 높은 반면, 농촌지역은 보건(지)소/보건진료소(14.5%)와 약국(2.2%)을 이용하는 비율이 도시지역보다 각각 9.3% 포인트와 0.8% 포인트 더 높았다(표 11).

<표 11> 노인의 지역별 만성질환 치료를 위한 의료기관 이용률 및 의료기관 종류 (단위: %)

	도시	농촌	전체
의료기관 이용률 ¹⁾	81.7	85.3	82.9
이용 의료기관 종류 ²⁾			
병·의원	89.1	79.4	85.6
한방 병의원	4.2	3.8	4.0
보건(지)소/보건진료소	5.2	14.5	8.4
약국	1.4	2.2	1.7
기타	0.1	0.1	0.1

주 : 1) 본인응답자 3,029명 중 만성질환을 앓고 있는 2,754명을 분석대상으로 함.

2) 본인응답자 3,029명 중 만성질환 치료를 위하여 의료기관을 이용한 2,283명을 분석대상으로 함

2) 주관적 건강상태

<표 12> 노인의 지역별 동년배와 비교한 주관적 건강상태 (단위: %)

	도시	농촌	전체
매우 좋다	9.4	6.2	8.3
약간 좋다	25.7	24.6	25.4
보통이다	27.8	27.8	27.8
약간 나쁘다	25.8	28.7	26.8
매우 나쁘다	11.4	12.6	11.7
계 (명)	100.0 (2,052)	100.0 (977)	100.0 (3,029)

주: 1) 본인응답자 3,029명을 분석대상으로 함.

2) 무응답 1명을 제외함.

□ 동년배의 다른 노인들에 비하여 자신의 건강상태를 어떻게 인지하고 있는가를 살펴보면, '매우 좋다'고 응답한 노인은 8.3%, '약간 좋다'는 25.4%, '보통이다'는 27.8%, '약간 나쁘다'는 26.8%, '매우 나쁘다'는 11.7% 등이다. 즉, 자신의 건강상태가 좋은 것으로 평가하고 있는 노인이 33.7%이며, 나쁘다는 노인이 38.5%로 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 인식하는 비율이 더 높았다. 지역별로는 '약간 좋다' 또는 '매우 좋다'는 긍정적 응답이 도시지역(35.1%)이 농촌지역(30.8%)에서 보다 더 높았다(표 12).

3) 낙상사고

□ 지난 1년 동안 낙상사고를 당한 적이 있는 노인은 15.3%이며, 지역별로는 비슷한 수준이다. 한편 낙상사고가 어디에서 발생하였는지를 보면 가정 내 사고가 25.2%이며, 외부에서의 사고가 74.8%이다. 농촌지역(27.7%)이 도시지역(24.0)보다 가정내 사고가 더 높은 경향이다(표 13).

<표 13> 노인의 지역별 낙상사고율 및 낙상사고 장소

(단위: %)

	도시	농촌	전체
낙상사고율	15.4	15.1	15.3
낙상사고 장소 ¹⁾			
가정내 사고	24.0	27.7	25.2
외부에서 사고	76.0	72.3	74.8
계 (명)	100.0 (2,052)	100.0 (977)	100.0 (3,029)

주 : 1) 본인응답자 3,029명 중 낙상사고 경험이 있는 465명을 분석대상으로 함

□ 한편 낙상사고의 원인으로서는 미끄러운 바닥 때문이라는 응답이 34.7%로 가장 많으며, 울퉁불퉁한 바닥은 18.7%, 장애물이 15.3%, 급격한 경사가 11.8%, 문턱(문지방)이 4.6% 등의 순이다.

지역별로 살펴보면 도시지역은 울퉁불퉁한 바닥이라는 응답이 다소 높은데 비하여 농촌지역은 급격한 경사에 의한 낙상사고가 많은 편이다.

<표 14> 노인의 지역별 낙상사고 이유

(단위: %)

	도시	농촌	전체
미끄러운 바닥	34.6	35.1	34.7
장애물	15.6	14.9	15.3
문턱(문지방)	4.4	4.7	4.6
급격한 경사	10.8	13.5	11.8
울퉁불퉁한 바닥	20.3	15.5	18.7
손잡이가 없음	2.9	2.0	2.7
불충분한 조명	1.3	0.7	1.0
기타	3.8	4.7	4.1
비환경적인 요인	6.3	8.8	7.1
계 (명)	100.0 (315)	100.0 (148)	100.0 (465)

4) 약 또는 건강식품 복용

□ 최근 3개월간 치료·건강을 위하여 약 또는 건강식품을 복용한 노인은 81.2%이며, 지역별로는 농촌지역(83.2%)이 도시지역(80.2%) 보다 약 또는 건강식품의 복용률이 더 높았다.

<표 15> 노인의 지역별 치료·건강을 위한 약 또는 건강식품 복용여부 및 종류

(단위: %)

	도시	농촌	전체
복용률 ¹⁾	80.2	83.2	81.2
주로 복용한 약 또는 건강식품 비율(중복응답) ²⁾			
의사처방약	88.3	90.2	88.9
약국일반약	18.7	18.0	18.5
건강보조식품	20.3	14.9	18.5
한약	11.7	14.8	12.7
기타	1.0	1.1	1.0

주 : 1) 본인응답자 3,029명을 분석대상으로 함

2) 본인응답자 3,029명 중 약 또는 건강식품을 복용한 경험이 있는 2,458명을 분석 대상으로 함

한편 치료.건강을 위하여 약 또는 건강식품을 복용한 경우 어떠한 종류를 복용하였는지를 보면 의사처방약 복용률이 88.9%로 가장 많으며, 약국 일반약 및 건강보조식품이 각각 18.5%이며, 한약 복용률은 12.7% 등이다. 지역별로는 도시지역의 경우 약국 일반약과 건강보조식품의 복용률이, 농촌지역은 의사처방약과 한약의 복용률이 상대적으로 더 높은 편이다.

다. 노인의 기능상태

□ 전국적으로 ADL 항목에 제한이 없는 노인의 비율은 91.8%, IADL영역에는 77.8%, 인지기능영역에는 81.5%, 문제행동영역에는 91.6%가 문제가 없는 것으로 나타났다. 지역별로는 큰 차이가 없었다(표 16)

<표 16> 노인의 지역별 각 영역별 기능상태 분포

(단위 : %)

	도시	농촌	전체
ADL ¹⁾			
제한 없음	91.3	92.8	91.8
경증	5.9	4.2	5.3
중증	2.8	3.0	2.9
IADL ²⁾			
제한 없음	79.8	73.7	77.8
경증	6.9	13.1	8.9
중증	9.0	9.1	9.1
최중증	4.2	4.1	4.2
인지기능			
장애 없음	82.1	80.3	81.5
2개 이하 장애	13.0	14.8	13.6
3개 이하 장애	4.9	4.9	4.9
문제행동			
증상 없음	91.6	91.5	91.6
2개 이하 증상	6.8	6.6	6.8
3개 이하 증상	1.6	1.8	1.7

- 주 : 1) ADL의 경증은 4개의 부분도움이나 2개의 완전도움까지이고 중증은 이 범위보다 심한 제한이 있는 경우임.
 2) IADL의 경증은 2개의 부분도움이나 1개의 완전도움까지이고 중증은 경증이상으로 10개에 부분도움이 있거나 5개의 완전도움이 있는 경우이며 최중증은 이 범위보다 심한 제한이 있는 경우임.

1) 신체기능영역

□ 기본적 일상생활 수행능력(ADL: Activities of Daily Living)에서 항목별로 살펴보면 목욕하기에 도움을 받는 경우가 6.5%로 12개 항목 중에 가장 수행능력상에 문제가 많은 항목으로 나타났다. 다음으로 어려운 항목으로는 전체노인의 경우 옷벗고입기(3.7%)와 소변조절하기(3.6%)로 밝혀졌고 나머지 항목들은 대략 1.2%(체위변경하기)에서 2.6%(대변조절하기)사이에서 도움이 필요한 것으로 나타났다(표 17).

<표 17> 노인의 기본적 일상생활 수행능력

(단위 : %)

항 목	완전자립	부분도움	완전도움
옷 벗고 입기	96.3	2.2	1.5
세수하기	97.6	1.1	1.4
양치질하기	97.6	1.0	1.3
목욕하기	93.5	3.3	3.2
식사하기	98.1	1.0	0.9
체위변경하기	98.8	0.6	0.2
일어나 앉기	98.5	0.7	0.8
움겨타기	98.3	0.7	1.1
방밖으로 나오기	97.8	1.0	1.2
화장실 사용하기	97.5	1.1	1.4
대변 조절하기	97.4	1.3	1.3
소변 조절하기	96.4	2.4	1.2

주 : 1) 본인응답자 3,278명을 분석대상으로 함

□ 수단적 일상생활 수행능력(Instrumental Activity Daily Living)에서 항목별로 살펴보면 금전관리하기에 도움을 받는 경우가 14.9%로 10개 항목 중에 가장 수행능력상에 문제가 많은 항목으로 나타났다. 그 다음으로 어려운 항목으로는 전체노인의 경우 전화사용하기(13.4%)와 교통수단이용하기(13.8%)로 밝혀졌고, 약 챙겨먹기와 몸 단장하기는 4.3%정도 만이 도움이 필요한 것으로 나타나 가장 쉬운 항목들로 꼽혔다(표 18).

<표 18> 노인의 수단적 일상생활 수행능력

(단위 : %)

항 목	완전자립	부분도움		완전도움
		적은 부분도움	많은 부분도움	
몸 단장하기	95.6	2.6		1.7
집안일	91.0	5.1		3.9
식사준비	90.3	5.1		4.6
빨래하기	90.6	4.7		4.7
근거리 외출하기	92.5	3.8		3.7
교통수단 이용하기	86.2	6.1	3.8	3.9
물건 사러가기	92.3	2.6	2.2	2.9
금전관리	86.1	11.1		3.8
전화 사용하기	86.6	6.7	3.8	2.9
약 챙겨먹기	95.7	2.3		2.0

주 : 1) 본인응답자 3,278명을 분석대상으로 함

2) 인지기능 영역

□ 노인의 인지기능을 항목별로 살펴보면 ‘방금전이나 며칠전 일 잊음’이 전체의 15.9%가 장애가 있는 것으로 나타나 가장 장애가 많은 항목으로 나타났으며, 그다음으로 ‘상황판단력감퇴’(7.7%), ‘의사소통전달 장애’(5.3%) 순으로 나타났다. 장소 불인지, 가족친척 불인지는 둘 다 1.4% 만이 장애를 보여 가장 낮은 항목으로 나타났다(표 19).

<표 19> 노인의 인지 기능장애 비율

(단위 : %)

	전체
방금 전이나 며칠 전일 잊음	15.9
날짜 계정 불인지	3.8
장소 불인지	1.4
가족 친척 불인지	1.4
본인 나이 생년월일 불인지	3.0
지시사항 이해 못함	4.0
일정표 이해 못함	3.1
상황 판단력 감퇴	7.7
의사소통 전달 장애	5.3

주: 1) 본인응답자 3,278명 중 무응답 1명을 제외한 3,277명을 분석대상으로 함

3) 문제행동 영역

□ 노인의 문제행동에 대한 응답 유형을 항목별로 살펴보면 ‘우울상태를 보이거나 울기도 함’에 전체의 6.1%가 장애가 있는 것으로 나타나 가장 장애가 많은 항목으로 나타났다으며, 그 다음으로 ‘불규칙한 수면이나 주야혼돈’(4.3%), ‘환각이나 환청’(2.7%), ‘서성거림 또는 안절부절못함’과 ‘돈·물건 감추기’(2.6%), ‘외출시 길 잃음’(2.3%)순으로 나타났다. ‘물건 훔쳐서 집에 가지고 옴’과 ‘부적절한노출과 성행위’ 는 둘 다 0.3%만이 장애를 보여 가장 장애율이 낮은 항목으로 나타났다(표 20).

<표 20> 노인의 문제행동 출현율

(단위 : %)

	전체
절도나 상해 위협(망상)	1.6
환각·환청	2.7
우울상태나 울기도 함	6.1
불규칙 수면과 주야 혼돈	4.3
도움에 저항	1.9
서성거림 안절부절 못함	2.6
외출하면 길을 잃음	2.3
폭언이나 위협 행동	2.1
이유없이 크게 소리내거나 고함침	1.8
밖으로 나가려고 함	1.0
물건·옷 등을 망가뜨림	0.6
먹지 못하는 것을 먹으려고 함	0.8
의미없거나 부적절한 행동을 반복함	1.8
물건을 훔쳐서 집에 가지고 옴	0.3
혼자있기 두려움	1.4
사람 혼동이나 오인	1.8
귀찮을 정도로 따라 다님	0.7
돈 물건 감추기	2.6
부적절한 옷입기	1.2
지나친 간섭이나 참견	2.1
부적절한 노출이나 성행위	0.3
대소변 벽이나 옷에 바름	0.8

주 : 1) 본인응답자 3,278명 중 무응답 1명을 제외한 3,277명을 분석대상으로 함
 '상황판단력감퇴'(7.7%), '의사소통전달 장애'(5.3%) 순으로 나타났다. 장소 불
 인지, 가족친척 불인지는 둘 다 1.4% 만이 장애를 보여 가장 낮은 항목으로
 나타났다.

3. 농촌노인의 건강관리 모델

□ OECD 보고서에서 허약(frail)노인과 장애(disabled)노인의 개념을 비교하고 있는데, 전자는 상해(injury)가 발생할 위험에 처해 있는 상태가 장기간 지속되어 있거나 전반적인 건강수준이 위험에 빠질 수 있는 상태에 있는 노인으로 보고 있고, 반면에 장애노인은 이미 기능의 하락으로 정상적인 일상생활동작을 수행하기 위하여 제3자로부터 실질적인 도움을 필요로 할 수 있는 자로 정의하고 있다.

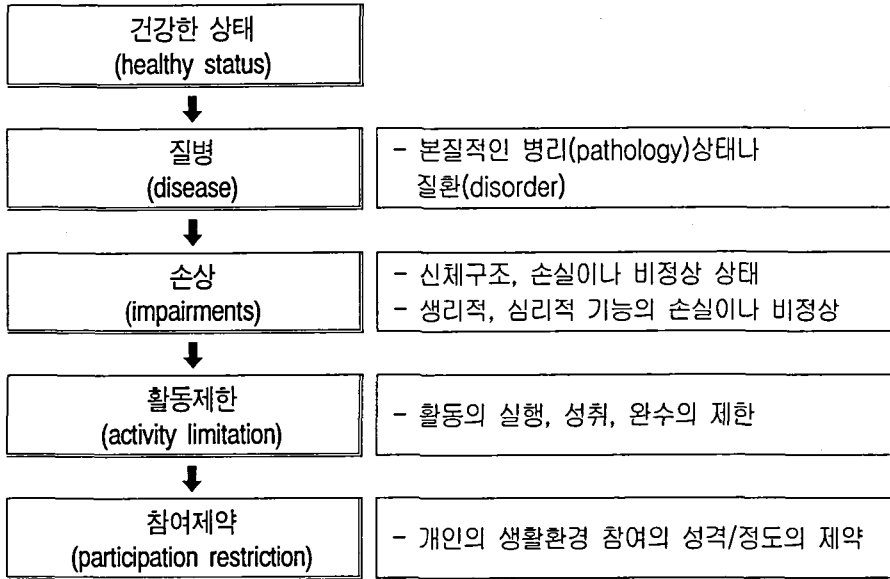


그림 2. WHO의 ICIDH-2(1997년)

- WHO의 손상·장애·참여제한의 국제분류(ICIDH-2)기준(1997년)에 의하면, 여기에서 손상의 개념은 신체적 기관차원에서의 심리적, 생리적, 해부학적 구조나 기능이 손실되거나 비정상적 상태로 보고 있으며, 이러한 상태가 장애로 이어지고 있는 것으로 보고 있다. 즉, 장애는 정상적 활동 수행능력의 제한 또는 부족상태이고, 이것이 사회적 참여제한 상태로 바꿈으로써 장애로 인한 결과에 중점을 두고 있다.

4. 농촌노인의 건강관리 방안

- WHO의 장애발생과정모델에 입각하여 보건의료서비스의 유형을 1, 2, 3차 예방사업의 측면에서 제시할 수 있다

여기에서 1차 예방의 목적은 병리상태의 발생방지에 있는 것으로 이에선 예방접종서비스, 금연, 운동, 영양 등의 건강증진서비스가 포함되어 있고, 2차 예방은 질병상태의 조기발견 및 관리가 목적으로 각종 검진서비스가 포함되어 있으며, 3차 예방은 2차적인 질병발생의 억제나 기능의 유지 및 회복에 목적을 두고 있어 이에선 적극적인 재활치료서비스가 포함되어 있다.

가. 1차 예방적 서비스

1) 노인건강관리서비스

- 노인보건의 목표가 단순한 수명의 연장으로부터 건강장수(healthy aging)로 초점이 맞추어짐에 따라 성공적인 노화(successful aging)에 대한 욕구가 증대되고 있다.
- 그런데, 청년층 또는 중년층을 대상으로 한 건강증진·질병예방 연구결과를 그대로 노년층에게 적용하는 것은 문제가 있다. 그 이유는 다음과 같다.
 - 첫째, 중년층과 노년층의 질병특성과 양상이 다르고 둘째, 노화에 따른 생리학적 변화가 질병발생 위험요인의 작용기전에 영향을 미칠 수 있기 때문이다.

2) 운동을 통한 근력강화훈련서비스

- 건강증진서비스는 1차 예방서비스로 분류할 수 있지만, 서비스유형에 따라서는 2, 3차 예방서비스에 해당하는 것이 있다.
 - 운동프로그램은 병리상태의 낙상(fall)을 방지하는데 효과가 있고, 이를 위해서는 낙상발생시 정도나 부위에 따라 손상상태를 파악하여 적극적인 재활치료를 통해서 장애발생으로의 이전을 방지 또는 지연시키는 목적을 지니고 있다.
- 이러한 노인의 운동프로그램(exercise intervention)은 일차적인 기능목적에 따라 4가지로 유형화할 수 있는데, 이는 유연성(flexibility), 근력(strength), 지구력(endurance) 및 균형훈련(balance training)이다.
 - 유연성운동은 근육 및 인대의 길이 증가, 관절부위의 이동반경 증가를 위한 것이고, 근력훈련은 근육의 힘, 강도 및 지구력을 증가시키는데 목적을 두고 있다.
 - 지구력강화훈련은 심장, 호흡기계통의 인내력을 개선시키고 균형훈련은 다양한 정적이고 동적인 운동을 통하여 자세제어기전(postural control mechanism)를 개선시키기 위한 것이다.

3) 예방접종서비스

- 일반적으로 노화에 따라서 생리적 기능이 떨어지듯이 면역기능도 하락하는 것으로 보고 있고, 이로 인하여 인플루엔자, 폐렴쌍구균(pneumococcal)에 의한 폐렴과 같은 감염성질환이 노인계층에게는 빈번하게 발생하고 있다.
 - 이를 예방하기 위해서는 백신이나 독소이드(toxoid)나 항체형성을 통하여 인위적으로 면역기능을 강화하는 것이 필요하다.

4) 영양서비스

- 영양서비스는 건강의 유지·증진, 급성기 질병으로부터의 회복뿐만 아니라 만성질환의 관리에도 중요한 요소로 인식되고 있지만, 영양사업(nutrition)은 건강증진을 위한 1차예방(primary intervention)의 하나로 인식되고 있다.
 - 영양 위험인자(risk factor)를 조기에 정기적으로 파악할 수 있는 영양상태 검진이나 필요한 영양재료의 원활한 구입이 포함되어야 한다.
 - 영양사업을 통한 3차 예방은 질병을 치료하거나 개선시키는 방법의 일환으로 의료적 영양요법(medical nutrition therapy)을 포함하는 경우가 있다.

나. 2차 예방적 서비스

- 2차 예방사업의 중심인 검진(screening)에 대해 노인계층에게는 젊은 계층과는 다른 방법이 권고되고 있다.
 - 검진대상의 상한연령을 설정한다든가, 과거 검진의 정상적인 결과를 보인 대상노인에게는 검진횟수를 줄이는 경우이다.
 - 노인계층에게 중요한 검진의 하나로 구강검진을 들 수 있는데, 허약 또는 장애노인의 경우에는 구강질환의 발생위험이 매우 높기 때문에 주기적인 구강검진서비스가 필요하다.

다. 3차 예방적 서비스

- 3차 예방사업은 장애(disability)의 발생을 예방하거나 악화되는 것을 막는데 목적을 둔 적극적인 치료로 연결될 수 있다는 것이어서, 적극적인 재활치료는 장애의 발생률을 줄이거나 장애로 인한 사회적 핸디캡을 줄일 수 있기 때문에 노인환자의 삶의 질을 바꾸어 놓을 수 있다.
- 3차 예방의 목적을 폐용증후군(disuse syndrome) 발생의 억제에 두고 있다는 것이다.

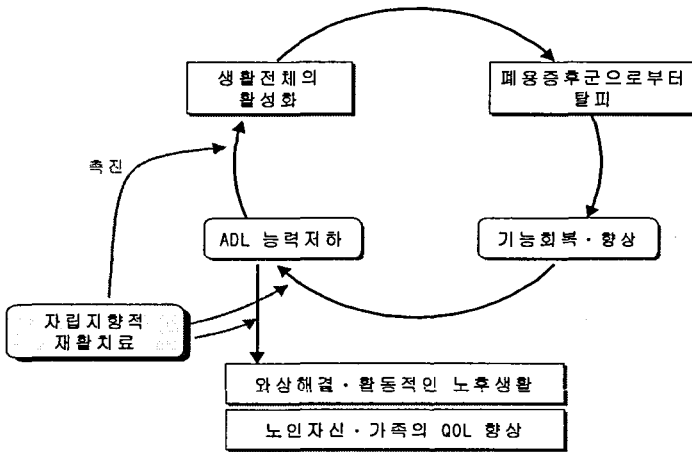


그림 4. 폐용증후군으로부터의 탈피

- 이와 같은 폐용증후군은 장기요양시설과 같은 시설거주노인보다는 지역사회·가정에서 생활하는 허약노인에게 발생할 확률이 높기 때문에 가정방문을 통한 적극적인 재활서비스가 제공될 필요가 있다.
- 특히, 장애인에게 집중되어 있는 재활치료서비스는 허약노인으로 하여금 상대적으로 재활치료를 받을 기회가 없어 폐용증후군의 발생을 유도하고 기능제한상태의 중증화를 초래하게 하여 결국 장애인으로 쉽게 전락할 가능성이 높다는 점을 감안할 때(Walsh, et al., 1992), 허약노인에 대한 적절한 재활치료가 필요하다.

참 고 문 헌

- 한국보건사회연구원, 『노인생활실태 및 복지욕구조사』, 정책보고서, 1998.
- 한국보건사회연구원, 『장기요양보호대상노인 욕구실태조사』, 정책보고서, 2001.
- 한국보건사회연구원, 『노인생활실태 및 복지욕구조사』, 정책보고서, 2004.
- 한국보건사회연구원, 『허약노인대상의 보건의료서비스 개발 및 효율적 운영체계 구축방안』, 연구보고서, 2004.
- 神ノ田昌博, 高齢者の健康と福祉, 保健の科學, vol 47(2) : 84-92, 2005.
- 鈴木隆雄, 大淵修一(監修), 『指導者のための介護豫防完全マニュアル』, 東京都老人綜合研究所, 2004.
- Colleen Keller, Julie Fleury : Health Promotion for the Elderly, Sage Publication, 2000.
- WHO, *International Classification of Impairments, Activities, and Participation. A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning. Beta-1 Draft for Field Trials*, Geneva, 1997.
- WHO, *International classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*, Geneva, 1980.