

독일 노인의료지원네트워크 구성에 관한 연구

A Study on the Organization of the Medical Service Network for the Elderly in Germany

채철균 Chai, Choul-Gyun*

Abstract

Germany became a super-aged society which has the number of people aged 65 or older reached 19 percent of population in 1997. Similarly, there is a tendency in Korea to increase the number of older people coupled with an increase in the number of households of the senior citizen who lives alone due to a rapid change of family unit. Research on geriatric in Germany is being carried out in many different ways, like medical, welfare, and social aspects because of the fact that Germany is in the middle of a super-aged society. Therefore, analysis and evaluation of elderly care facilities in Germany will be used as a fundamental resource for overall planning of elderly care and welfare facilities which are expected to grow demand dramatically.

키워드 노인, 의료지원네트워크, 노인의료시설, 노인의학

Keyword The Elderly, Medical Service Network, Medical Facilities for the Elderly, Geriatric

1. 서론

1.1 연구의 배경 및 목적

독일사회는 최근 급격한 변화가 이루어지고 있다. 현재 독일에서의 평균수명은 남성의 경우에 73세 그리고 여성의 경우에는 78세에 이르고 있으며 더욱이 60세 이상의 성인의 경우에는 평균 85세의 연령구성을 보이고 있다. 독일의 사회현상과 유사하게 우리나라에서도 가족구성인원 및 가족체계의 급속한 변화 등의 요인으로 인하여 노인인구의 빠른 증가와 더불어 독거노인세대가 증가하고 있는 상황이다. 또한 건강상태가 양호한 노인계층의 독자적인 사회적 활동 및 노인활동영역을 고려한 복지시설과 더불어 질병으로 건강상의 문제를 안고 있는 노인의 치료환경 및 생활영역을 고려한 의료시설의 확대가 불가피한 실정이다. 이러한 노인들을 이용자 대상으로 하는 의료복지서비스는 우리나라에서 종합병원을 포함하여 일반적으로 유료, 무료, 실비 양로시설 그리고 유료, 무료, 실비 요양시설, 전문요양시설, 노인전문병원 등에서 제공하고 있다. 그러나 각 시설별 서비스영역 및 부문, 서비스유형 그리고 이를 수용할 수 있는 시설규모 등

에 대한 정의 및 규정에 대한 연구가 미비하여 각 시설간의 의료서비스의 형태가 혼재되어 제공되고 있는 실정이다.

또한 연령별 인구분포비율의 불균형과 더불어 발생하고 있는 사회활동 패턴 및 영역의 급격한 변화현상과 관련 시설에 대한 계획기준 및 운영프로그램, 네트워크 체계에 의한 상호연계 등에 대한 연구현황은 고령화 사회로의 급속한 진입으로 인하여 현재 초기단계를 거치고 있는 상황이다.

위에서 언급한 각각의 현황 및 필요성을 고려하여 관련 연구가 미비한 부분인 의료서비스 네트워크를 중심으로 본 연구의 주제를 수립하였으며 이에 준한 연구의 목적은 다음과 같다. 본 연구는 초고령화 사회현상과 더불어 의료, 복지, 사회적 측면 등의 다양한 각도에서 노인의학(Geriatric)에 대하여 많은 연구가 진행되고 있으며 관련 시설물 계획 및 운영이 활발한 독일의 노인의료복지시설을 앞에서 기술한 다양한 측면들을 고려하여 조사·분석함으로써 향후 우리나라에서 노인의료복지 서비스 제공을 위한 네트워크 구축 및 각 시설물을 위한 건축계획 수립 시에 필요한 기초자료를 제시하는 것을 목적으로 한다.

1.2 연구의 방법

고령사회로의 진입이 일찍 이루어진 독일은 오랜기간 동안의 경험을 통하여 조사·분석한 연구결과를 토대로 노인

* 정회원, 광운대학교 건축학과 부교수
이 논문은 2008년-2009년도 광운대학교 연구년에 의하여 연구되었음.

의료 및 복지시설에 해당되는 각각의 시설에 대한 계획기준을 지속적으로 수정·보완해 오고 있다. 이러한 연구의 일환으로 노인의료 및 복지시설의 네트워크 측면에서 종합병원과 게리아트리(Geriatrie) 전문시설간의 중복성 및 타당성에 대한 연구(Plate, 2003) 등이 이루어졌다. 또한 최근 시설규모의 대, 중, 소 그리고 중앙화와 분산화에 대한 타당성에 대한 연구 및 각 시설들간의 부문 배치운영의 중복성 및 독자성에 관한 연구 등이 이루어지고 있다. 본 연구에서는 이러한 관련 연구결과에 대한 이론적인 측면에서의 조사와 병행하여 2008년 09월부터 2009년 06월까지 게리아트리 관련 기관(Fachgesellschaften der Geriatrie in Deutschland 등) 방문, 시설답사 및 전문가 대담 등을 통하여 노인의료지원네트워크에 대한 사회적 배경을 중심으로 조사·분석하였다.

본 연구의 목적에 준하여 실시한 조사를 통하여 이루어진 분석 평가를 기준으로 연구의 세부목표를 이행함으로써 노인의료복지시설에 관한 마스터플랜 및 각 시설유형을 통한 지원네트워크 수립을 위하여 필요한 기초자료를 제시하였다.

1.3 노인의학(Geriatrie)의 정의

노인의학(Geriatrie)은 WHO의 정의에 따르면 노화에 의한 건강상태 및 질병치료를 위하여 예방, 진료, 재활 그리고 사회적 측면에서의 총체적 접근을 하는 의학 분야이다. 노인의학은 노령의 환자에게 신체적 변화와 더불어 발생하는 질환에 대한 총체적 진단 및 치료의 개념으로 접근하며 완전한 회복이 불가능할 경우에는 신체기관과 기능에 대한 연계진료를 통하여 가능한 독립적으로 일상의 삶을 영위할 수 있도록 하는 것을 목표로 삼고 있다. 이러한 노인의학분야에서 대상으로 하고 있는 노인병 환자그룹에는 생물학적 노화가 진행되는 환자, 질병으로 인한 기능장애로 위험한 고령환자, 이병율이 높은 환자 등이 포함된다. 또한 게리아트리 환자는 일반적으로 신체적 또는 정신적 장애로 인하여 사회적인 권리를 상실하거나 제한을 받는다. 이들을 위한 노인의료복지서비스는 질환으로 부터의 회복과 동시에 사회적인 권리의 지속적인 유지를 기본 목적으로 한다. 즉 진료를 통한 부분적인 신체적 회복뿐만 아니라 독자적인 일상생활의 영위를 전제로 하는 인간성 회복을 의미하는 것이다.

노인의학은 위에서 언급한 바와 같이 생물학적인 진행에 의한 노화과정에서 발생할 수 있는 신체적, 정신적인 질병에 대한 예방, 인식, 치료 그리고 재활로서 삶의 자립성 유지와 건강한 정신과 신체로의 복귀를 목적으로 한다.¹⁾ 이러한 노인의학(Geriatrie)의 개념을 바탕으로 게리아트리 관련 의료시설에서는 해당 진료과들의 통합진료형태로서 노인성 복합질환을 극복하기 위한 의료서비스를 제공한다. 주요 과제로는 만성질환으로 인하여 발생하는 부작용에 대한 치료

와 더불어 활동적이고 독자적인 생활패턴의 연장을 위한 장애극복과 고령화에 따라 발생하는 질병으로 인한 통증의 감소 그리고 노인성 질환에 대한 사전예방 및 일상생활로의 복귀를 위한 재활이 있다.²⁾ 이는 또한 손상, 불구, 장애로 분류하는 국제 등급(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICDH)의 의미에서 게리아트리 진료는 손상부분에 대한 치료, 수행기능의 장애감소 그리고 사회적인 측면에서의 배려 등을 포함한다.³⁾ 즉, 게리아트리 진료는 위협 또는 예상되는 장애로부터 환자의 건강상태를 증진하며 일상생활의 수행과 장기간의 간호 및 수발 가능성 제거 및 축소 그리고 예방을 통하여 환자의 지속적인 자립성의 유지, 개선 그리고 회복을 목적으로 한다.

2. 노인의료서비스의 변화요인

2.1 구성인자의 변화 및 특성

게리아트리 환자의 연령그룹은 60세 이상의 고령자이며, 특히 75세이상의 초고령자 그룹이 주요 진료대상이다. 독일 통계청과 가족노인부의 분석자료에 따르면 독일 사회는 급격한 인구구조의 변화와 더불어 다음과 같은 특성을 내포하고 있다.

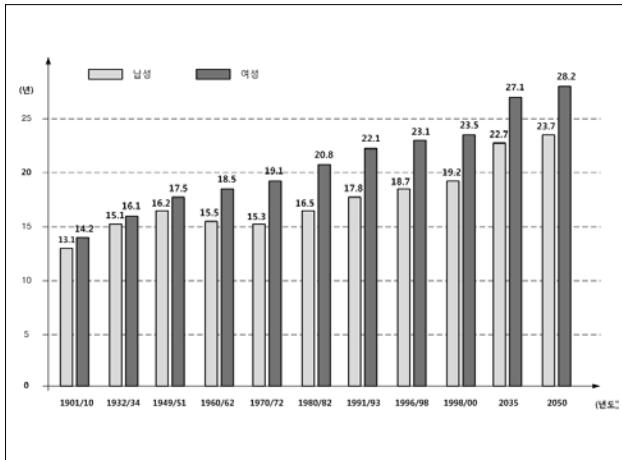
1) 60세 이상의 기대수명의 변화

향후 점점 더 많은 사람들이 고령의 나이까지 삶을 영위할 것이다. 60세이상의 고령자의 비율은 세기초에 비하여 전체인구의 3배 그리고 80세 이상의 노인은 약 5배이상의 증가세를 보이고 있다. 이러한 현상의 원인으로서는 의료기술의 급속한 발달과 위생에 대한 인지도 증가, 신생아 그룹의 감소, 중증 전염병에 대한 방역 등으로 생각할 수 있다. 근래의 평균수명은 지난 100년동안 거의 두배이상으로 증가하였다. 1880년경의 독일의 평균수명은 남자의 경우 37세, 여자의 경우에는 43세이었다. 그러나 1980년 기준으로 남자는 73세, 여자는 80세로 변화하였으며 이로 인하여 60세 이상의 남자의 경우에는 약 13년, 여자의 경우에는 약 20년간 삶을 지속적으로 유지한다.⁴⁾ 평균수명의 증가는 위에서 언급한 바와 같이 의료분야의 발전과 향상된 삶의 조건과 생활 패턴에 기인하며 2030년에는 약 3.5년의 증가가 있을 것으로 예상하고 있다.⁵⁾ 또한 증가하는 기대수명과 지속적으로 감소하고 있는 출산율로 인하여 그림1에서 보는 바와 같이 2050년에는 60세 이후 여성 약 28년, 남성 약 24년으로 기대수명의 연장이 이루어져 버섯모양과 같은 인구구조의 형태를 구축할

2) Bernd-R. Baumann und Bernhard Koehler, Die stationaere geriatrische Rehabilitation, Bayerischer Kommunalen Pruefungsverband -Geschaeftsbericht, 1994, p.215
 3) Hans Peter Meier-Baumgartner, Ulrike Dapp; Geriatisches Netzwerk, Band 204,Verlag W. Kohlhammer 2001, p.11
 4) Wolfgang Rembeck, Dissertation, bei der Technische Universitaet Muenchen, 1987, p.8
 5) Hans Peter Meier-Baumgartner, op.cit., pp.16-17

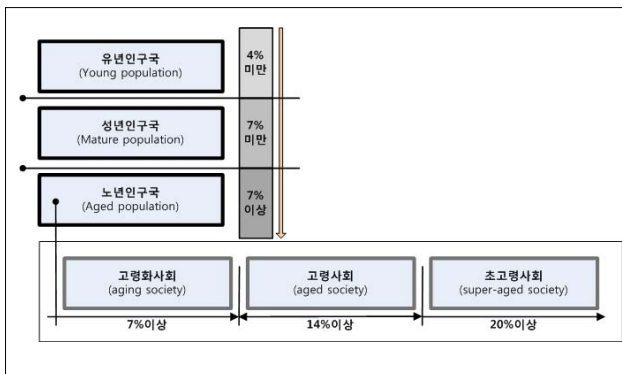
1) Geriatrie, Sonderausgabe AEBW 4/2006, p. 91

것이다. 특히 75세 이상의 초고령자 그룹 역시 급격한 증가형태를 보일 것이다. 이러한 현상은 속도의 완급 차이는 있지만 독일 뿐만 아니라 대부분의 산업국가에서 기대여명의 변화에 따라 나타나고 있다.



[그림 1] 성별 60세이후의 기대여명⁶⁾

유엔의 연령분포구조를 기준으로 한 국가별 인구 유형 분류에 의하면 그림2와 같이 유년, 성년, 노인인구국으로 분류된다. 이러한 분류기준에 따르면 1997년 독일은 이미 65세 이상의 인구가 19%로서 초 고령사회로 접어들었다. 그림3에서 보는 바와 같이 지속적인 평균수명의 변화 결과로서 2008년도에 이미 25%를 넘어섰으며 2030년도에는 전체인구의 35%, 이 중에서 70%가 여성으로 구성될 것으로 예상하고 있다. 가장 빠른 인구성장률 보이고 있는 연령그룹은 90세 이상이며 1997년 약 55만명으로 이중에서 100세 이상의 그룹은 1965년 500명 이하에서 현재는 10,000명으로 증가하였다.

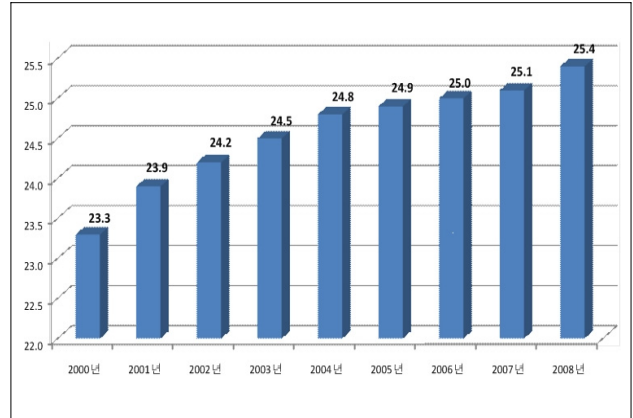


[그림 2] 국가별 인구유형 분류

독일의 인구분포 추이와 비교하여 우리나라는 2000년부터 65세 이상의 노인인구가 전체인구의 7.2%로서 이미 노년 인구국으로서 고령화 사회로 진입하였다. 또한 향후 2018년에는 14.3%로서 고령사회, 2026년에는 노인인구가 20%를 넘어 초 고령사회(super-aged society)로 진입될 것으로 예

6) Statistisches Bundesamt, Bevoelkerung Deutschland bis 2050, 2007

측하고 있다. 현재 독일과 비교하여 약 30년의 간격을 보이고 있으나 세계 최고수준의 인구 고령화 속도로 인하여 그 간극이 더욱 급격히 좁혀질 것으로 예상된다. 더욱이 2031년 25%, 2037년 30%, 2050년에는 노인인구가 우리나라 전체 인구의 40%에 도달할 것으로 전망하고 있으며 이러한 급속한 고령화 속도로 인하여 노인의료복지 시스템에 대한 대책 수립 및 이를 고려한 시설네트워크 구축이 요구되고 있다.



[그림 3] 60세 이상의 인구비율의 변화⁷⁾

2) 연령비율의 변화

60년대와 70년대의 급속히 이루어진 도시화로 인하여 대도시에서는 60세 이상의 인구가 부분적으로 감소하였으나 그 이외의 지방도시의 경우에는 빠른 속도로 증가하는 현상이 나타났다. 위에서 언급한 바와 같이 60세 이상의 인구는 1982년에서 1995년 사이에 약 33%의 증가현상이 있었다. 60세 이상의 그룹은 급속한 증가율로 인하여 그룹내에서 계층간의 세부적인 분류가 이루어질 것이며 이를 위한 새로운 분류기준이 요구될 것이다. 60-70세의 인구증가 및 초고령화가 가장 빠르게 진행되고 있으며, 85세 이상을 초고령자 그룹으로 분류하고 있다. 2030년을 대상으로 하는 미래 독일 인구의 변화형태에 대한 연구결과에 따르면 다음과 같은 특징이 나타날 것으로 예상하고 있다.⁸⁾

- (1) 급격한 인구감소: 1985년부터 2030에 이르면 출산율 감소와 더불어 전체인구는 약 25%이상 감소할 것으로 예상
- (2) 어린이와 청소년층 인구의 격감: 독일전체인구를 대상으로 하는 비율은 1985년 22%, 2000년 19%, 2030년 15%로 감소할 것으로 예상
- (3) 사회활동인구(20세-60세)의 감소: 1985년 3,180만명으로 전체인구의 56.3%, 2000년 54.3% 그리고 2030년 46.5%로 점차적으로 감소할 것으로 예상

7) Indikator 2.3 des Indikatorensetzes der GBE der Laender: Bevoelkerung im Jahresdurchschnitt nach Alter und Geschlecht, Region, ab 2000

8) Wolfgang Rembeck, op.cit., pp.8-12

(4) 고령자 그룹(60세이상)의 급격한 증가: 1985년 약22%, 2000년 약30% 그리고 2030년 약40%로 증가할 것으로 예상
3) 가족구성원의 변화

독일의 연령별 주거형태를 보면 일반적인 연령층에서는 약 28%가 독신 생활을 하고 있으나, 고령자 그룹중에서는 약 50%가 독거생활을 하고 있다.⁹⁾ 이는 고령자 그룹의 인구증가와 더불어 전통적인 가족관계의 와해 및 이에 따른 가족구성원의 변화로 인하여 급속히 독신 세대가 팽창하는 현상을 동반하고 있다. 증가하는 이혼율과 감소하는 혼인율 및 출생율로 인하여 고령의 독신으로 사는 일인거주형태가 지속적으로 증가하고 있으며 이로 인하여 점점 더 많은 사람이 고령자 독신그룹으로 편입될 것으로 예상된다. 이는 고령그룹에서 질환 발생률과 수발의 필요성이 점차적으로 증가함을 의미한다. 이와 같이 고령자 인구급증과 이와 동반된 고령의 독신거주 유형의 지속적인 증가로 인하여 질환치료후의 일상으로의 복귀 및 고령자의 자립적인 삶을 지속적으로 영위하기 위한 게리아트리 의료복지서비스의 확대가 요구되고 있다.

3. 게리아트리 환자를 위한 전문병원의 필요성

3.1 노인성 질환의 특징

대부분의 독일의 노인의 약 84%는 건강하게 일상생활을 영위하며 이들의 사망원인으로는 노인성 급성질환으로 발병후 6개월이내에 사망한다. 그 외 16%의 노인들은 평균적으로 8년이상의 만성질환으로 사망한다. 이러한 고령자의 질환으로는 주로 심장 및 순환기 질환, 뇌혈관질환, 암, 신경질환, 관절질환, 청각 및 시각장애, 정신질환 등이 있으며, 대부분의 노인들은 여러 질환을 동시에 앓는다. [표1]에서 보는 바와 같이 일반적으로 젊은 사람의 경우에는 하나 또는 두 개의 질환을 앓는 반면 65세이상 노인의 약 80%이상 세 개 이상의 복합질환을 앓는다. 이를 위하여 지출되는 의료비는 독일의 총의료비 지출의 50%에 달하고 있다.

[표 1] 연령별 복합질환 유형

연령구분	1-2 질환	3개 이상의 질환
6세 이하	71,2 %	28,8 %
6-18 미만	71,8 %	28,2 %
18-45 미만	55,7 %	44,3 %
45-60 미만	38,0 %	62,0 %
60-65 미만	23,1 %	76,9 %
65세 이상	16,5 %	83,5 %

또한 인구가 밀집되어 있는 대도시의 경우에는 질환으로 입원 치료후에 병원을 퇴원한 65세 이상 환자의 40%, 지방의 경우에는 약 30%가 4주이내에 가장 상위 단계의 의료

9) Hans Peter Meier-Baumgartner, op.cit., pp.16-17

서비스 시설에 재입원을 한다.¹⁰⁾ 이것은 곧 노인병 치료를 위한 진료 및 관리체계의 허점이 있음을 의미한다. 이러한 허점을 매울 수 있는 대책의 일환으로 독일에서는 게리아트리(Geriatrie) 즉 노인의학에 대한 연구 및 이를 토대로 하는 의료시스템을 시행 운영하고 있다.

3.2 일반급성병원에서의 게리아트리환자의 진료

일반급성병원에서의 게리아트리환자들의 진료는 대부분 내과에서 담당하고 있다. 게리아트리환자의 치료는 환자 개인에 대한 종합적인 진단결과를 기반으로 하여야 한다. 즉 환자의 정신 및 사회적 환경 그리고 신체적인 상태에 따른 특별한 질환에 대한 세심한 접근이 요구된다. 또한 게리아트리환자는 일반 환자에 비하여 질병의 발생에서 회복 단계까지 간호 및 치료의 기간 및 강도가 더욱 높으며, 손상된 능력을 다시 회복하기 위하여 작업치료, 언어치료, 심리치료 유형 등과 같은 포괄적인 재활대책이 필요하다.

[표 2] 일반급성병원과 플레게하임의 병상수 변화 (단위: 병상)

년도	급성병원	플레게하임
1991	598,073	269,593
1993	578,621	300,208
1995	564,624	301,961
1997	540,914	363,878
1999	528,946	645,456
2001	516,242	674,292
2003	499,785	713,195
2005	484,955	757,186

표2에서 보는 바와 같이 일반급성병원의 병상수는 치료의 효율성 및 경제성 측면을 고려하여 지속적으로 감축되고 있으나 이에 반하여 플레게하임의 침상수는 급속한 증가추세를 보이고 있다. 이와 같은 병상수 감축(일반급성병원)에도 불구하고 장기간의 입원치료가 요구되는 고령자에게 적합한 재활시설 및 프로그램의 부족으로 인하여 일반급성병원에서 게리아트리환자의 진료는 다음과 같은 문제점을 내포하고 있다.

- 일반급성병원은 일반적으로 게리아트리 진료유형에 비하여 높은 의료 및 기술 표준이 요구됨.
- 재활치료를 위하여 장기간 및 고비용이 요구됨.
- 재원기간의 연장과 병상이용을 증가가 예상됨.
- 게리아트리 환자 진료를 위한 별도의 전문 의료인력 배치와 이로 인한 경제적 측면에서의 비효율적 운영이 예상됨.
- 따라서 일반급성병원내의 일반진료과에서의 게리아트리 환자 진료는 경제성 측면을 포함하여 오랜 재원기간, 높은 간호집중도 그리고 지속적인 사회적인 접촉과 재활치료 등이 요구됨으로 인하여 적합하지 않은 것으로 판단된다.

10) Wolfgang Rembeck, op.cit., p.6

위에서 언급한 바와 같은 문제점으로 인하여 게리아트리 환자를 대상으로 하는 전문의료서비스 시설이 요구된다.

4. 시설구성체계

4.1 게리아트리 진료의 전제

게리아트리 환자진료를 위해서는 입원 및 재활가능성에 대한 진단이 우선적으로 이루어져야 한다. 이러한 입원의 필요성 및 재활의 가능성에 대한 판단은 다음의 전제조건을 기준으로 이루어진다.¹¹⁾

1) 진료개념

- 일상적인 삶을 영위하기 위해서는 질병극복이 선행되어야 한다. 이를 위해서는 질환판단기준에 따른 신체적, 정신적인 측면을 포함하는 총체적 판단이 전제되어야 한다.
- 개인적인 치료의 가능성과 이에 따른 재활계획의 수립이 전제되어야 한다.

2) 시설개념

- 복합적인 질환에 대한 진료를 위한 의사의 관리 및 책임하에서 상호협력 진료가 가능한 게리아트리 팀(의사, 간호사, 물리치료사, 사회상담사, 심리치료사 등)의 구성이 전제되어야 한다.
- 재활진행 및 결과판단에 따른 규칙적인 환자관리 및 퇴원 후의 지속적인 진단계획이 전제되어야 한다.
- 장기간의 재원 및 치료가 요구되는 환자그룹을 위하여 의료환경을 기존의 주거공간과 유사하게 계획하는 것을 전제로 한다.
- 환자의 상태에 따른 지속적이고 효율적인 재활치료서비스의 제공을 위한 관련 시설(외래, 부분입원, 입원)간의 의료서비스네트워크를 통한 의료정보의 상호협력을 전제로 한다.

4.2 게리아트리 병원의 의미

게리아트리 병원의 진료부문과 재활부문은 고령자의 특별한 질환 및 증세를 고려하여 환자회복을 위하여 입원치료가 가능한 의료지원을 담당하는 부문이다. 이러한 게리아트리 병원은 고령자를 위한 전문적인 의료서비스를 제공하며 급성병원과 플레게하임의 사이에서 의료서비스의 공백을 메우고 연속성을 유지하는 역할을 하는 필수적인 시설이다. 향후 고령자의 수적 증가 및 독신으로 거주하는 고령자의 급격한 증가로 인하여 이들의 질환발생빈도와 간호요구도 또한 빠른 속도로 증가할 것으로 예상된다. 이렇게 급변하는 의료수급 상황에 대한 대비 및 의료서비스의 연속적인 지원 및 경제적 측면 등을 고려할 때 게리아트리 병원은 의료지원네트워크상에서 볼 때 다음과 같은 장점이 있다.¹²⁾

11) Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V. Von Hans Peter Meier-Baumgartner, Empfehlungen für die klinisch-geriatriische Behandlung, Jena; Stuttgart ; Lübeck ; Ulm : G. Fischer, 1998, p.13

12) Wolfgang Rembeck, op.cit., p.15

1) 일반급성병원의 부담감소: 일반급성병원내에서 입원기간 단축과 재입원 및 만성질환으로 인한 장기입원의 경우를 줄일 수 있다.

2) 플레게하임의 부담감소: 입원 및 외래, 재활의료서비스의 제공으로 플레게하임에서의 간호 및 수발의 부담을 줄일 수 있다.

3) 전반적인 의료부문에서의 비용절감: 해당 질환에 적합한 시설을 제공함으로써 고비용이 요구되는 일반급성병원의 의료비 지출을 포함하는 전반적인 의료부문에서의 비용절감효과를 동반한다.

4.3 게리아트리 의료시설의 유형

게리아트리 의료시설에서의 환자진료는 질환평가서를 기준으로 하는 게리아트리 팀의 판단에 따라 수행되며, 이와 더불어 게리아트리 환자의 각각의 특성에 따라 진단과 치료 유형이 최종 결정된다. 독일은 연방국가로서 각 주별로 상이한 정책 및 재정지원시스템을 운영하고 있으며 이와 더불어 해당 지역의 문화적인 특성에 따라 고령자 관련 의료복지서비스 체계 또한 개별적으로 제공하고 있다.

노인의학을 중심으로 현재 독일에서 지역별로 운영하고 있는 노인의료복지시설로는 종합병원의 게리아트리 전문진료과(Fachabteilung Geriatrie im Krankenhaus), 게리아트리 병원(Geriatrie Klinik), 게리아트리재활센터(Geriatrie Rehabilitationszentrum) 등이 있으며,¹³⁾ 단순 진료의 개념과 간호 및 주거기능이 복합된 플레게하임(Pflegeheim), 주거기능을 중심으로 간접진료개념이 포함된 베트로이테스보넨(Betreutes Wohnen), 회복이 어려운 중증의 환자로 수발 및 주거기능을 수행하는 호스피스(Hospiz) 등이 있다. 또한 이는 환자의 신체적인 상태, 인식능력 그리고 사회활동 영역에 따라 입원, 부분입원, 통원유형으로 구분하여 운영된다. 이러한 시설들은 우리나라보다 먼저 시작된 고령화로 인하여 발생하는 의료복지 그리고 사회적 문제를 해결하기 위하여 계획되어 지금까지 목적, 기능, 규모 등의 측면에서 많은 변화를 겪으면서 성장하고 있다.

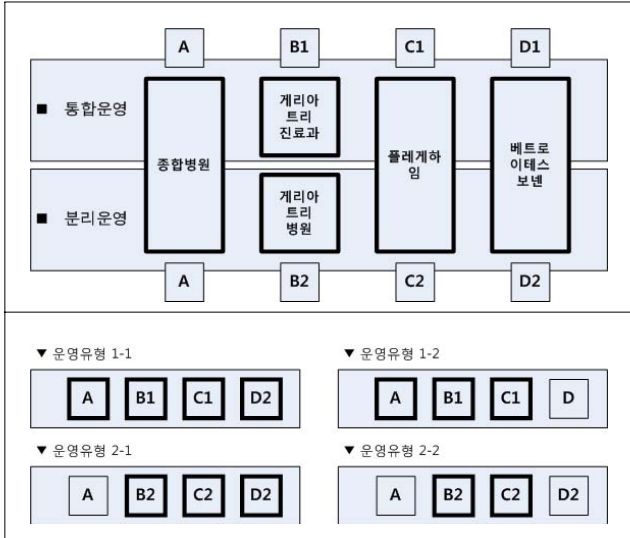
4.3.1 운영유형

게리아트리 의료복지시설의 운영유형은 그림5에서와 같으며 각각의 특징은 다음과 같다.

- 유형1: 급성기 종합병원내에 게리아트리 전문진료과를 설치운영하며 관련 시설을 동일부지내에 계획함으로써 종합병원과 연계하여 통합운영하는 유형이다. 유형1-1은 종합병원, 게리아트리 전문진료과, 플레게하임, 베트로이테스보넨이 동일부지 또는 동일건물에 계획되어 운영하며, 유형1-2는 베트로이테스보넨 부문을 제외한 3개 부문이 통합하여 운영하는 형태이다.

13) Hans Peter Meier-Baumgartner, op.cit., p.8

- 유형2: 게리아트리 전문병원을 중심으로 동일부지 또는 동일 건물내에 위치하며, 집중진료를 받을 수 있도록 운영하는 유형이다. 유형2-1은 게리아트리 전문병원, 플레게하임, 베트로이테스보넨이 동일부지 또는 동일건물에 계획되어 운영하며, 유형2-2는 2개 부문(게리아트리 전문병원, 플레게하임)이 통합하여 운영하는 형태이다.



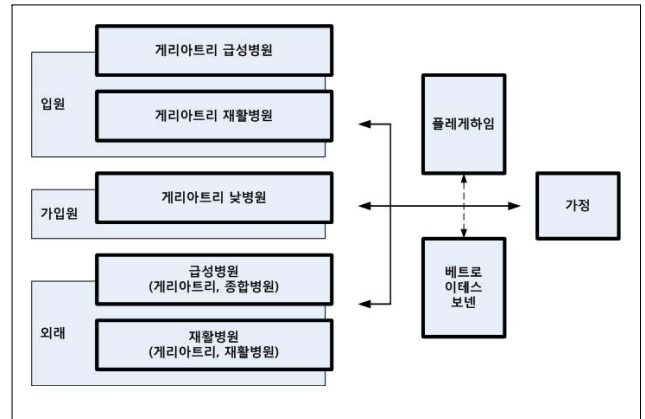
[그림 5] 노인의료복지서비스를 제공하는 시설 운영유형

4.3.2 시설유형

독일의 각 주에서는 독자적인 게리아트리 의료지원체계에 따라 의료서비스를 제공하고 운영하고 있는 시설유형은 그림6에서 보는 바와 같다. 게리아트리 환자는 급성 및 재활 병원에서 진료를 받고 퇴원후에는 환자의 건강상태에 따라 플레게하임 또는 베트로이테스보넨으로 이동하거나 경우에 따라서는 가정에서 통원치료를 받는다. 이러한 네트워크상의 의료시설에 대한 각 시설유형별 세부특징은 다음과 같다.

1) 게리아트리 전문진료과

게리아트리 전문진료과는 급성병원내에서 게리아트리 환자의 요구에 따라 증세진단, 치료, 재활을 실시한다. 환자들의 불필요한 대기시간의 축소와 게리아트리 증세판단 및 재활의 노하우를 통한 빠른 회복 등을 위하여 급성병원내에 게리아트리 진료과를 별도로 신설하여 운영하는 형태이다. 이러한 운영형태는 환자가 타시설로 옮기는 불편함을 제거하고 전체적인 환자진료기간 및 의료보험 적용기간 등을 단축하며 퇴원 이후 통원치료를 유도하는 것을 목적으로 한다.¹⁴⁾ 게리아트리 환자의 급성의료서비스 및 경우에 따라 이루어지는 재활의료서비스를 병원의 내에서 제공할 수 있으며 응급상황의 발생 시에 신속한 대응이 가능한 장점이 있다.



[그림 6] 게리아트리 환자를 위한 의료지원네트워크

2) 게리아트리 전문병원

게리아트리 전문병원은 65세이상 고령자로서 대표적인 급성 질환을 앓는 환자를 대상으로 의료서비스를 제공하는 시설이다. 급성병원내의 게리아트리 진료과 운영형태와는 상이하게 독자적으로 운영하는 형태로서 응급 및 사고발생 시에 신속한 조치를 취할 수 있으며 합병증세에 대한 전문 진단과 이에 대한 치료를 기본 과제로 한다.

[표 3] 게리아트리 급성병원의 시설 및 병상운영현황¹⁵⁾

도시명	시설수		병상수		시설별 병상수	
	1997	2000	1997	2000	1997	2000
Baden-Wuerttemberg	0	7	0	478	0	68
Bayern	2	2	100	100	50	50
Berlin	22	16	1415	1157	64	72
Brandenburg	10	10	504	525	50	52
Bremen	2	4	75	176	37	44
Hamburg	7	10	744	925	106	93
Hessen	11	24	681	1240	62	52
Meckl.-Vorpommern	1	1	30	22	30	22
Niedersachsen	9	9	379	400	42	44
Nordrhein-Westfalen	51	58	2995	3254	60	56
Rheinland-Pfalz	1	1	90	15	90	15
Saarland	2	1	127	127	63	127
Sachsen	1	6	42	222	42	37
Sachsen-Anhalt	15	25	331	565	22	23
Schleswig-Holstein	4	5	140	192	35	59
Thueringen	3	5	165	324	55	65
합계	141	184	7818	9722	55	52

게리아트리 전문병원의 진료의 목적은 조기에 심리·물리적인 치료를 통하여 장기입원을 피하고 신속히 익숙한 생활환경으로 복귀할 수 있도록 하는 것이다. 해당 각 분야의 의료진과 함께 게리아트리 진료팀을 구성하여 가능한 포괄

14) Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V., op.cit. p.10

15) T. Uhlig, Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Z Gerontol Geriat 34, Steinkopff Verlag 2001, p. 1/71

적인 진단 그리고 심리 및 운동치료를 통한 복합적인 진료를 실시한다. 재원기간은 급성환자특성에 따라 일반 급성병원보다 길며, 질환유형에 따라 약 20-30일 정도이다.

표3은 독일의 지역별 시설수, 병상수 등을 분석한 결과이다. 케리아트리 급성병원은 1997년에 비하여 2000년에는 43개의 시설이 증설되었으며, 시설별 평균 52개의 병상 그리고 총 9,722병상을 운영하고 있다.

3) 케리아트리 재활병원

집중 재활치료를 통하여 자립적인 생활이 가능한 고령의 환자를 대상으로 의료서비스를 제공하는 시설유형이다. 고령 환자의 입원진료 및 재활을 주요 과제로 하며, 환자에게 익숙한 거주환경으로의 가능한 조속히 귀가할 수 있도록 물리적인 치료, 심리치료, 운동치료, 작업치료 등을 포함하는 재활의료서비스를 제공하는 독자적인 의료시설이다.

[표 4] 케리아트리 재활병원의 시설 및 병상운영현황¹⁶⁾

도시명	시설수		병상수		시설별 병상수	
	1997	2000	1997	2000	1997	2000
Baden-Wuerttemberg	35	39	1463	1751	41	45
Bayern	33	45	1530	2007	46	45
Berlin	1	1	64	64	64	64
Brandenburg	0	1	0	70	0	70
Bremen	0	0	0	0	0	0
Hamburg	0	0	0	0	0	0
Hessen	3	2	84	60	28	30
Meckl.-Vorpommern	1	4	30	209	30	52
Niedersachsen	8	8	331	331	41	41
Nordrhein-Westfalen	7	15	694	986	99	66
Rheinland-Pfalz	2	10	120	312	60	31
Saarland	4	5	260	310	65	62
Sachsen	1	3	108	268	108	89
Sachsen-Anhalt	0	1	0	30	0	30
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0
Thuringen	0	0	0	0	0	0
합계	95	134	4684	6398	49	48

의료서비스 형태는 사회상담과 병행하여 진료와 간호가 이루어지며, 사회상담사는 주거 및 경제적인 측면을 포함하는 사회복지 지원방안과 단기입원 및 향후 치료과정에서 적합한 타 의료기관을 안내한다. 이와 더불어 정신과, 정형외과, 류마티스과, 혈관외과, 비뇨기과, 신경외과에서 전문의의 진료가 이루어지며, 그 외에 물리치료사, 작업치료사 등이 재활을 위한 진료과정을 각각 담당하여 실시한다. 약 30-60일에 이르는 오랜 재원기간을 고려한 휴게공간과 함께 작업

과 대화가 가능한 공간 등이 필수적으로 요구되며 계획 시에 거주공간과 같은 세심한 배려가 요구된다.

케리아트리 재활병원은 1997년 95개에서 2000년 39개 증설된 134개의 시설을 운영하였다. 그리고 총 6,398병상, 각 시설별 평균 48병상을 계획하여 운영하고 있다.[표 4]

4) 케리아트리 낮병원

케리아트리 낮병원은 주말과 야간에 의료시설내에서의 간호가 필요하지 않은 환자로써 스스로 본인을 돌볼 수 없는 환자를 대상으로 사회상담사 및 의사와의 상담을 통하여 결정된 의료서비스를 제공하는 시설이다. 경제적인 측면과 의료지원 측면을 고려하여 대부분 케리아트리 전문병원 또는 재활병원과 연계하여 운영한다. 가입원 진료와 재활치료를 기본적인 과제로 하며 입원치료와 유사한 여건부여 및 입원 전, 후의 진료를 위한 의료서비스가 이루어진다. 케리아트리 낮병원의 세부과제는 다음과 같다.

- 고령화에 따른 신체적인 변화와 동반할 수 있는 질환유형에 대한 의학적인 안내
- 환자를 위한 재활계획의 수행 및 점검
- 장기입원 이후의 지속적인 재활프로그램 수립 및 제공
- 가정에서의 수발을 담당하는 보호자의 부담 경감과 치료과정 안내 및 관리

[표 5] 케리아트리 낮병원의 시설 및 병상운영현황¹⁷⁾

도시명	시설수		병상수		시설별 병상수	
	1997	2000	1997	2000	1997	2000
Baden-Wuerttemberg	0	3	0	72	0	24
Bayern	2	3	90	110	45	37
Berlin	5	6	92	126	18	21
Brandenburg	2	4	28	48	14	12
Bremen	2	4	25	60	13	15
Hamburg	3	6	60	95	20	16
Hessen	3	8	81	160	27	20
Meckl.-Vorpommern	0	1	0	10	0	10
Niedersachsen	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	9	28	137	369	15	13
Rheinland-Pfalz	2	2	26	30	13	15
Saarland	2	2	20	20	10	10
Sachsen	0	1	0	10	0	10
Sachsen-Anhalt	4	10	40	95	10	10
Schleswig-Holstein	3	6	76	124	25	21
Thuringen	0	4	0	51	0	13
합계	37	88	675	1380	18	16

케리아트리 낮병원에서의 진료는 일일 8-16시간으로 약 6주간 이루어지며, 고령자를 대상으로 하는 케리아트리 낮병원의 진단 및 치료는 다음과 같은 장점이 있다.

- 짧고 효과적인 치료기간

16) T. Uhlig, op.cit., p. 1/72

17) T. Uhlig, op.cit., pp. 1/74- 1/75

- 경제적이고 급성병원의 부담을 경감하는 치료형태 제공
- 의사, 간호사, 상담사 등의 전담 요원에 의한 환자관리 프로그램 운영
- 질환의 발생, 합병증 등을 초기에 발견함으로써 급성병원으로의 재입원 방지
- 연속적인 의료서비스 제공으로 인하여 케리아트리 환자본인과 보호자의 심리적 안정감 부여

표 5에서 보는 바와 같이 케리아트리 낮병원은 급성과 재활의 경우를 합하여 2000년 현재 88개의 시설, 총 1,380 병상을 설치운영하고 있다.

4.4 케리아트리 의료서비스 시설 및 총병상

케리아트리 환자를 위한 적정 의료서비스 유형 선정과 더불어 시설네트워크를 설정하기 위해서는 병상수 규모 산정이 우선적으로 이루어져야 한다. 독일내 설치·운영되고 있는 시설의 총 병상수는 표6에서 보는 바와 같이 16,120병상이며, 거주자 100,000명당 평균 19.6병상을 운영하고 있다.

[표 6] 케리아트리 의료서비스 시설 및 총병상¹⁸⁾

도시명	시설수	병상수	병상수/ 거주자 십만명
Baden-Wuerttemberg	46	2229	21.3
Bayern	47	2107	17.4
Berlin	17	1221	35.9
Brandenburg	11	595	22.9
Bremen	4	176	26.3
Hamburg	10	925	54.4
Hessen	26	1300	21.5
Meckl.-Vorpommern	5	231	12.8
Niedersachsen	17	731	9.3
Nordrhein-Westfalen	73	4240	23.6
Rheinland-Pfalz	11	327	8.1
Saarland	6	437	40.7
Sachsen	9	490	10.9
Sachsen-Anhalt	26	595	22.3
Schleswig-Holstein	5	192	6.9
Thueringen	5	324	13.2
합계	318	16120	19.6

5. 결론

본 연구는 이미 1997년 초고령사회로 진입한 독일을 대상으로 노인의료지원네트워크 구성에 대한 조사·분석을 함으로서 우리나라의 급격한 고령화현상과 더불어 요구되는 노인의료시스템 구축을 위한 기초자료를 제시함을 목적으로 진행되었다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 노인의학은 신체적인 노화로 인하여 발생하는 질병에 대한 예방, 진료, 재활을 통하여 일상생활로의 복귀 및 독립된 삶을 유지할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다.

- 2) 노인의료서비스의 변화요인으로는 60세 이상의 기대수명의 연장, 고령인구비율의 증가 및 가족구성원의 변화에 따른 고령자 독거그룹의 증가 등이 있다.
- 3) 노인성 복합질환과 더불어 장기재원기간과 고비용을 동반하는 케리아트리 진료를 위해서는 높은 의료수준 및 기술표준이 요구되는 일반 급성병원보다는 케리아트리 전문의료서비스시설이 적합하다.
- 4) 케리아트리 환자진료를 위해서는 신체적, 정신적 측면을 포함하는 총체적인 질환판단 기준 수립 및 케리아트리 진료팀 구성이 전제되어야 한다.
- 5) 케리아트리 의료시설 유형으로는 입원치료를 위한 케리아트리 급성병원과 케리아트리 재활병원이 있으며 가입원진료를 위한 케리아트리 낮병원이 있다.
- 6) 재원기간이 20~30일인 케리아트리 전문병원의 경우, 2000년 현재 시설별 평균 52개 병상으로 총 9,722병상을 운영하고 있다. 또한 케리아트리 재활병원의 경우에는 재원기간이 30~60일로서 2000년 현재 총 6,398병상, 시설당 평균 48병상을 설치운영하고 있다.
- 7) 약 6주간 일일 8~16시간 가입원 진료가 이루어지는 케리아트리 낮병원은 2000년 현재 총 88개 시설로서 1,380병상으로 각 시설별 16병상을 운영하고 있다.
- 8) 케리아트리 의료시설의 총병상수는 60세 이상 고령자 비율이 23.3%인 2000년 현재 16,120병상으로 인구 만명당 19.6병상을 설치·운영하고 있다.

참고문헌

1. Plate, Andreas. Geriatrie im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung fuer juristische Aspekte, bestehende Konzepte und Zugangsverfahren fuer aeltere Patienten in Deutschland, Technische Universitaet Berlin, Dissertation, 2003
2. Hans Peter Meier-Baumgartner, Ulrike Dapp; Geriatriches Netzwerk, Band 204 Schriftenreihe des Bundesministeriums fuer Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Verlag W. Kohlhammer 2001
3. T. Uhlig, Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Z Gerontol Geriat 34, Steinkopff Verlag 2001
4. Bernd-R. Baumann und Bernhard Koehler, Die stationaere geriatri-sche Rehabilitation, Bayerischer Kommunalen Pruefungs- verband -Geschaeftsbericht, 1994
5. Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatri-schen Einrichtung en e. V. Von Hans Peter Meier-Baumgartner, Empfehlungen fuer die klinisch-geriatri-sche Behandlung, G. Fischer, 1998
6. Geriatrie, Sonderausgabe AEBW, 4/2006
7. Wolfgang Rembeck, Die geriatri-sche Klinik, Technische Universitaet Muenchen, Dissertation, 1987

접수 : 2010년 06월 30일
 1차 심사 완료 : 2010년 07월 15일
 최종 수정본 접수 : 2010년 08월 16일
 3인 익명 심사 필

18)T. Uhlig, op.cit., p. 1/73