

경제·인문사회연구회 협동연구총서 18-53-01
협동연구 2018-01

건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안



김남순·전진아·송은솔·차미란·김창오·김광준·김창오·박연진
정윤희·백상숙·이지연·최지원·김태희·김태환·박윤정

【책임연구자】

김남순 한국보건사회연구원 선임연구위원

【주요 저서】

고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료복지서비스 제공모형
한국보건사회연구원, 2017(공저)

노인 건강에 대한 새로운 비전과 보건의료서비스 모형 개발
한국보건사회연구원, 2016(공저)

【공동연구진】

- 전진아 한국보건사회연구원 연구위원
- 송은솔 한국보건사회연구원 전문연구위원
- 차미란 한국보건사회연구원 연구위원
- 김창오 연세대학교 의과대학 교수
- 김광준 연세대학교 의과대학 교수
- 김창오 성공회대학교 사회복지연구소 연구교수
- 박연진 성공회대학교 사회복지연구소 연구교수
- 정윤희 성공회대학교 사회복지연구소 연구교수
- 백상숙 연세대학교 의료법윤리학 연구원
- 이지연 연세대학교 노년내과 연구원
- 최지원 연세대학교 노년내과 연구원
- 김태희 연세대학교 노년내과 연구원
- 김태환 성공회대학교 사회복지연구소 연구원
- 박윤정 성공회대학교 사회복지연구소 연구원

경제·인문사회연구회 협동연구총서 18-53-01
협동연구 2018-01

**건강노화를 위한 노인 친화적
보건의료서비스 제공 방안**

- 발행일 2018년 12월
- 저자 김남순
- 발행인 조흥식
- 발행처 한국보건사회연구원
- 주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
- 전화 대표전화: 044)287-8000
- 홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
- 등록 1994년 7월 1일(제8-142호)
- 인쇄처 (사)아름다운사람들복지회

경제·인문사회연구회 협동연구 총서

“건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안”

1. 협동연구총서 시리즈

협동연구총서 일련번호	연구보고서명	연구기관
18-53-01	건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안	한국보건사회연구원

2. 참여 연구진

연구기관		연구책임자	참여연구진
주관연구 기관	한국보건 사회연구원	김남순 연구위원(총괄책임자)	전진아 연구위원 송은솔 전문연구원 차미란 연구원
	연세대학교	김창오 연세대학교 의과대학 교수	김광준 의과대학 교수 백상숙 의료법윤리학 연구원 이지연 노년내과 연구원 최지원 노년내과 연구원 김태희 노년내과 연구원
협력연구 기관	성공회대학교	김창오 사회복지연구소 연구교수	박연진 연구교수 정윤희 연구교수 김태환 연구원 박윤정 연구원



발간사 <<

고령사회에서 노인 건강관리는 중요한 보건학적 과제이다. 노인은 인구집단으로서 규모가 커질 뿐 아니라 신체적, 정신적 기능이 전 시대의 노인과 다르게 나타나고 있으며, 만성질환도 다양하게 나타나고 있다.

고령사회의 노인 건강관리 전략은 일반 성인과 다른 접근으로 건강노화(healthy ageing)를 증진할 수 있는 노인 친화적 서비스가 필요하다. 현재까지 건강노화에 초점을 둔 지역사회 서비스는 부족하다. 의료기관에서는 기존의 서비스 프레임과 조직을 가지고 노인을 진료해 왔다.

이 연구는 지역사회 거주하는 노인의 노쇠 현황을 파악하고, 노쇠를 체계적으로 관리할 수 있는 방안과 함께 의료기관에서 노인 친화적 서비스를 제공할 수 있는 방안을 모색하기 위한 것이다.

이를 위해 노인 친화적 서비스에 관심을 가진 다학제적 연구팀을 구성하여 지역사회와 병원이 참여하는 시범사업을 추진한 것으로 알고 있다. 한국보건사회연구원의 김남순 선임연구위원이 주관하고 연세대 세브란스병원과 성공회대학교 연구진이 협력하여 연구를 진행하였다. 헌신적인 노력을 기울인 연구진의 노고에 감사드린다.

이 연구 결과가 우리나라 노인의료에 관한 보건정책과 제도를 구축하는 데 기여하고, 궁극적으로 노인의 건강과 삶의 질 향상에 이바지할 수 있기를 희망한다.

2018년 12월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식



목 차

Abstract	1
요 약	3

제1부: 연구 개요

제1장 서 론	19
제1절 연구 배경 및 목적	21
제2절 연구 범위 및 추진 방법	23

제2부: 지역사회 노쇠 현황과 관리 방안

제1장 서 론	29
제1절 연구 배경 및 목적	31
제2절 연구 내용 및 방법	32
제2장 지역사회 노쇠 및 관리 현황	33
제1절 조사 개요와 목적	35
제2절 지역 거주 노인의 건강 및 노쇠 현황	43
제3절 지역 거주 노인의 보건의료서비스 및 돌봄서비스 이용 경험	57
제4절 소결	71

제3장 외국의 노쇠 예방 및 관리 사업 현황	75
제1절 노쇠 예방 및 관리 사업이란?	77
제2절 노쇠 예방 및 관리 사업 사례	82
제4장 지역사회 노쇠 예방 및 관리사업 현황과 문제점 진단	91
제1절 지역의 노쇠 관련 사업 현황	93
제2절 노쇠관리서비스 제공 유형과 문제점: 방문건강관리 중심으로	100
제5장 지역사회 중심의 통합적 노쇠관리 시범사업	107
제1절 시범사업 개요: 연구 배경	109
제2절 이론적 모형의 개발 과정 및 결과	111
제3절 시범사업 목적 및 방법	123
제4절 시범사업의 운영 과정 및 결과	125
제5절 소결	168
제6장 2부 결론: 지역사회 노쇠관리모형과 시사점	171
제1절 지역사회 노쇠관리에 대한 원칙과 현실	173
제2절 지역사회 노쇠관리모형과 제언	175

제3부: 급성기와 전환기 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

제1장 서론	181
제1절 연구의 배경 및 목적	183

제2절 연구 내용 및 방법	184
제2장 국외 사례 고찰	187
제1절 고령 친화 병원	189
제2절 전환기 의료	205
제3절 가정방문 일차의료	208
제3장 의료기관의 노인 친화적 보건의료서비스 시범사업	215
제1절 시범사업 개요	217
제2절 시범사업 설계 및 분석 방법	218
제3절 시범사업 결과	221
제4절 노인 친화적 병원 도입과 과제	272
제4장 노인 친화적 보건의료서비스 제공 체계에 대한 전문가 의견조사 ...	279
제1절 조사 개요	281
제2절 노인 친화적 병원 서비스	283
제3절 노인 친화적 전환기 의료서비스	290
제4절 가정방문 일차의료	297
제5절 노인 친화적 보건의료서비스 관련 정책과 제도	302
제5장 3부 결론: 노인 친화적 병원과 진료 체계에 대한 시사점 ...	309
제1절 연구 결과 요약 및 시사점	311

제4부: 노인 친화적 보건의료서비스 발전을 위한 정책 제언

제1장 노인 친화적 보건의료서비스 발전을 위한 정책 제언 319

참고문헌 327

부록 347

 부록 1. 지역사회 노인의 노쇠 및 의료·돌봄서비스 이용 현황 설문조사지 .. 347

 부록 2. 허약 스크리닝 조사 설문지 376

 부록 3. 포괄적노인평가 조사 설문지 378

 부록 4. 허약 스크리닝 및 CGA 조사 평가지 384

 부록 5. 노인 친화적 보건의료서비스 전문가 의견 조사 설문 조사지 387

표 목차

〈표 1-1-1〉 연구 내용 및 방법	24
〈표 2-2-1〉 성, 연령, 지역별 모집단	36
〈표 2-2-2〉 성, 연령, 지역별 표본 배분	36
〈표 2-2-3〉 단축형 노인우울척도	37
〈표 2-2-4〉 노쇠측정도구	39
〈표 2-2-5〉 낙상위험성 자가진단도구	40
〈표 2-2-6〉 설문 영역 및 설문 내용	42
〈표 2-2-7〉 조사 대상자의 인구사회학적 특성	44
〈표 2-2-8〉 평소 건강상태	45
〈표 2-2-9〉 동년배 대비 건강상태	45
〈표 2-2-10〉 흡연 경험	46
〈표 2-2-11〉 현재까지의 총흡연량	46
〈표 2-2-12〉 현재 흡연 여부	46
〈표 2-2-13〉 음주 경험	47
〈표 2-2-14〉 음주 빈도	47
〈표 2-3-15〉 1회 음주량	47
〈표 2-2-16〉 일주일 1회 이상 규칙적 운동 미실시	48
〈표 2-2-17〉 규칙적 운동을 하지 못하는 가장 큰 이유	48
〈표 2-2-18〉 근력운동 일수	49
〈표 2-2-19〉 식이습관	49
〈표 2-2-20〉 우울	50
〈표 2-2-21〉 노쇠 현황	51
〈표 2-2-22〉 인구학적 특성에 따른 노쇠 현황	51
〈표 2-2-23〉 노쇠 측정의 일치도	52
〈표 2-2-24〉 노쇠 수준에 따른 평소 건강상태(불건강)	53
〈표 2-2-25〉 노쇠 수준에 따른 동년배 대비 건강상태(불건강)	53

〈표 2-2-26〉 노쇠 수준에 따른 일주일 1회 이상 규칙적 운동 미실시	54
〈표 2-2-27〉 노쇠 수준에 따른 근력운동 일수	54
〈표 2-2-28〉 노쇠 수준에 따른 식이습관	56
〈표 2-2-29〉 우울	57
〈표 2-2-30〉 응급실 이용, 입원, 외래 방문 경험	58
〈표 2-2-31〉 주로 방문하는 의료기관(단골병원)	58
〈표 2-2-32〉 주로 방문하는 의료기관(단골병원)의 유형	58
〈표 2-2-33〉 주로 방문하는 의사(단골의사)	59
〈표 2-2-34〉 단골병원이나 단골의사와 상담 후 다른 의료기관 이용 경험	59
〈표 2-2-35〉 단골병원이나 단골의사의 건강 문제 해결 능력에 대한 평가	60
〈표 2-2-36〉 의료 이용(진료과) 결정을 위한 정보 경로	60
〈표 2-2-37〉 병원 제공 안내문 및 자료의 이해를 위한 타인의 도움 필요도	61
〈표 2-2-38〉 약 봉투 및 복약 안내서의 내용 이해 어려움	61
〈표 2-2-39〉 장기요양보험제도 인지 및 등급 신청, 이용 여부	62
〈표 2-2-40〉 장기요양보험등급 신청을 하지 않은 이유	62
〈표 2-2-41〉 노인돌봄서비스 인지 여부	63
〈표 2-2-42〉 지역사회 돌봄서비스 이용 경험	64
〈표 2-2-43〉 지역사회 돌봄서비스 수요	65
〈표 2-2-44〉 돌봄서비스 지원 형태에 대한 의견	66
〈표 2-2-45〉 노쇠 수준에 따른 응급실 이용, 입원, 외래 방문 경험	67
〈표 2-2-46〉 노쇠 수준에 따른 건강검진 경험	67
〈표 2-2-47〉 노쇠 수준에 따른 노인돌봄서비스 인지 여부	68
〈표 2-2-48〉 노쇠 수준에 따른 지역사회 돌봄서비스 이용 경험	69
〈표 2-2-49〉 노쇠 수준에 따른 지역사회 돌봄서비스 수요	70
〈표 2-2-50〉 노쇠 수준에 따른 돌봄서비스 지원 형태에 대한 의견	71
〈표 2-3-1〉 노쇠관리모형 개발을 위한 국제 가이드라인의 주요 내용	78
〈표 2-3-2〉 지역사회 중심 노쇠관리모형 개발을 위한 종설 문헌의 주요 내용	79
〈표 2-3-3〉 74세 남자 노인 켄의 사례	84

〈표 2-5-1〉 허약측정도구의 구성 요소 및 측정 방법	114
〈표 2-5-2〉 조사 세팅에 따른 CGA의 다양한 스펙트럼	115
〈표 2-5-3〉 심층면접조사 및 포커스 집단면접 참여자의 일반적 특성	125
〈표 2-5-4〉 ‘두레밥상’ 프로그램의 개요	148
〈표 2-5-5〉 시범사업에 대한 지역사회 주민 참여 실적	151
〈표 2-5-6〉 허약 노인 스크리닝 조사 결과 및 실적	151
〈표 2-5-7〉 CGA 평가 결과 및 실적	152
〈표 2-5-8〉 이론적 모형과 실제 운영 과정에서의 차이점	153
〈표 3-2-1〉 캐나다 노인 친화적 병원의 프레임워크	190
〈표 3-2-2〉 캐나다 온타리오주 조기운동개입(MOVE ON: The Mobilization of Vulnerable Elders in ONtario)	192
〈표 3-2-3〉 캐나다 고령친화케어 7대 원칙	194
〈표 3-2-4〉 국제골다공증학회의 골절에 관한 임상 지침	197
〈표 3-2-5〉 미국, 호주, 싱가포르, 대만 고령자 전환기 의료 비교	207
〈표 3-2-6〉 가정방문 일차의료의 정의(Totten et al., 2016)	209
〈표 3-2-7〉 15가지 성공적인 노인돌봄모형(Boult et al., 2009)	211
〈표 3-3-1〉 2017년도 시범사업 결과	221
〈표 3-3-2〉 2017년도 포괄적노인평가의 체계 확립	224
〈표 3-3-3〉 2017년 고관절 골절 후 수술받은 65세 이상 노인 대상자 특성(n=273) ..	226
〈표 3-3-4〉 포괄적노인평가 사용 도구 및 설명	228
〈표 3-3-5〉 노쇠측정도구(K-FRAIL)	229
〈표 3-3-6〉 암 환자 신체활동 수행 상태	229
〈표 3-3-7〉 2017년 10월부터 2018년 8월까지 노년내과 외래를 방문한 노인 대상자의 일반적, 임상적 특성(n=98)	230
〈표 3-3-8〉 2017년 10월~2018년 8월 노년내과 방문환자 포괄적노인평가(n=98)	231
〈표 3-3-9〉 2017년 10월~2018년 8월 노년내과 입원환자 중 포괄적노인평가 받은 대상자의 일반적 특성(n=144)	232

〈표 3-3-10〉 2017년 10월~2018년 8월 노년내과 환자 중 포괄적노인평가를 받은 대상자의 평가 결과(n=144)	233
〈표 3-3-11〉 2018년 5월부터 9월까지 포괄적노인평가(CGA) 받은 암환자 특성(n=86) ..	234
〈표 3-3-12〉 암 노인 대상자의 포괄적노인평가의 결과(n=86)	235
〈표 3-3-13〉 암 노인의 노쇠, ECOG, 질병중증도(n=86)	237
〈표 3-3-14〉 2018년 1월~2018년 3월 노년내과를 통해 포괄적노인평가를 시행 받은 신경외과 노인 대상자의 일반적, 임상적 특성(n=123)	237
〈표 3-3-15〉 2018년 1월~2018년 3월 신경외과 노인 대상자 포괄적노인평가(n=123) ..	238
〈표 3-3-16〉 2018년 1월부터 2018년 3월까지 신경외과 노인의 임상 특성(n=113) ..	239
〈표 3-3-17〉 각 대상자군에 따른 노쇠 단계	240
〈표 3-3-18〉 각 대상자군에 따른 주관적 건강상태	240
〈표 3-3-19〉 각 대상자군에 따른 일상수행 능력	241
〈표 3-3-20〉 각 대상자군에 따른 영양상태	241
〈표 3-3-21〉 각 대상자군에 따른 신체활동의 정도	241
〈표 3-3-22〉 각 대상자군에 따른 인지기능	241
〈표 3-3-23〉 각 대상자군에 따른 우울	242
〈표 3-3-24〉 포괄적노인평가(CGA)	244
〈표 3-3-25〉 포괄적노인평가를 시행받은 노인의 인터뷰 내용	247
〈표 3-3-26〉 2017년 2월부터 2018년 2월까지 심장재활을 받은 노인 대상자의 일반적 특성(n=30)	253
〈표 3-3-27〉 2017년 10월부터 2018년 8월까지 노년내과에 입원하여 포괄적노인평가를 받은 노인 대상자의 임상적 특성(n=144)	256
〈표 3-3-28〉 집과 타 시설로 가는 남자 노인 대상자의 임상적 특성 비교(n=43)	257
〈표 3-3-29〉 집과 타 시설로 퇴원하는 여자 노인 대상자의 임상적 특성 비교(n=84) ..	257
〈표 3-3-30〉 노년내과 입원 65세 이상 여자의 퇴원 장소에 대한 의사결정나무 독립변수 중요도	260
〈표 3-3-31〉 집과 타 시설로 가는 신경외과 수술 후 노인 대상자 임상 특성(n=113) ..	261
〈표 3-3-32〉 신경외과 척추 수술 노인 퇴원 장소에 관한 의사결정나무 독립변수 중요도 ..	263

〈표 3-3-33〉 2017년 고관절 골절 수술 받은 65세 이상 노인 대상자 수술 후 특성(n=273)	264
〈표 3-3-34〉 대상자군에 따른 퇴원 장소	264
〈표 3-4-1〉 조사 대상 특징	282
〈표 3-4-2〉 국내 병원의 전환기 의료서비스 제공 여부	290
〈표 3-4-3〉 가정방문 일차의료 제공 여부	298

그림 목차

[그림 1-1-1] 연구 범위	23
[그림 1-1-2] 연구 추진 체계	26
[그림 2-3-1] Fir for frailty의 노인포괄평가	83
[그림 2-3-2] 포괄적 Community 케어 플랜 사례	85
[그림 2-3-3] 노쇠 예방 연구에 참여하는 노인자원봉사자	88
[그림 2-3-4] Yubi-wakaka test(finger ring test) 방법과 결과 판정	89
[그림 2-3-5] 보건당국이 자원봉사자와 함께 노쇠를 측정하는 현장	89
[그림 2-4-1] 희망복지지원단의 서비스 제공 구조	93
[그림 2-4-2] 서울시 어르신 방문건강관리사업의 비전 및 목표	94
[그림 2-4-3] 노인의 노화의 흐름	95
[그림 2-4-4] 평창군 보건의료원의 노쇠 단계에 대한 관리 전략	98
[그림 2-4-5] 보건소의 방문간호팀이 동 단위에 배치되어 있는 경우	101
[그림 2-4-6] 보건소의 방문간호팀이 동 단위에 배치되어 있지 않은 경우	103
[그림 2-4-7] 동 단위 간호인력 배치 여부와 관계없이 보건소 방문간호팀 중심의 outreach 서비스 제공	103
[그림 2-5-1] 지역사회 중심 통합적 노쇠관리에 대한 이론적 모형	111
[그림 2-5-2] 국내 선행연구에서 허약 노인 방문재활의 효과	118
[그림 2-5-3] 국내 선행연구에서 허약노인 방문영양의 효과	119
[그림 2-5-4] 2009~2011년 서울시 자치구별 건강기대여명 비교	128
[그림 2-5-5] 지역사회 개념에 대한 재해석: 두레모형	132
[그림 2-5-6] 노쇠 중재계획 수립을 위한 평가 알고리즘	146
[그림 2-5-7] 두레밥상 프로그램 중 조리실습 과정	150
[그림 2-5-8] 커뮤니티케어 플랜에서 보건의료서비스의 흐름도(황승현, 2018)	160
[그림 2-6-1] 지역사회 노쇠관리모형(1)	176
[그림 2-6-2] 지역사회 노쇠관리모형(2)	176
[그림 3-1-1] 연구수행체계	185

[그림 3-2-1] 캐나다 온타리오주 노인 친화 병원의 전략	191
[그림 3-2-2] 국립대만대학병원 재골절 예방 프로그램 성과	199
[그림 3-2-3] 재골절 예방 프로그램 사망률 비교	200
[그림 3-2-4] 홍콩의 재골절 예방 프로그램 발전 과정	202
[그림 3-2-5] 홍콩의 골절연계간호사 역할	203
[그림 3-2-6] 홍콩의 취약골절클리닉 교육 프로그램	204
[그림 3-3-1] 2017년도와 2018년도 협의진료 개수	225
[그림 3-3-2] 기존의 포괄적노인평가의 총항목 개수	245
[그림 3-3-3] 기존의 정보와 기술을 이용한 포괄적노인평가	245
[그림 3-3-4] 포괄적노인평가 외래 안내문	246
[그림 3-3-5] 포괄적노인평가: 노인을 위한 리플릿	247
[그림 3-3-6] 포괄적노인평가 모델: 입원환자용	249
[그림 3-3-7] 48/6 포괄적노인평가 치료계획 서식지	250
[그림 3-3-8] 48/6 포괄적노인평가 성과지표	251
[그림 3-3-9] 심장웰니스센터 제공 프로그램	252
[그림 3-3-10] 2017년 2월~2018년 2월 심장재활을 받은 노인 환자의 일상적 생활기능 정도에 따른 심장재활 참여 횟수	253
[그림 3-3-11] 노년내과 입원 65세 이상 여자의 퇴원 장소에 대한 의사결정나무(n=84) ..	259
[그림 3-3-12] 신경외과 척추 수술 노인의 퇴원 장소에 관한 의사결정나무	262
[그림 3-3-13] 진료협력센터 연계 과정	266
[그림 3-3-14] 가정간호사업소 연계 과정	268
[그림 3-3-15] 가정간호 다빈도 이용 진료과	269
[그림 3-3-16] 2017년 고관절 골절 후 수술을 받은 65세 이상 노인 대상자의 퇴원 장소에 따른 수술 후 연계(n=273)	270
[그림 3-3-17] 노인 친화적 병원의 진료제공모형	274
[그림 3-4-1] 노인 친화적 병원의 프레임워크(Framework) 우선순위	284
[그림 3-4-2] 노인 친화적 진료제공체계 우선순위	286
[그림 3-4-3] 노인 친화적 병원의 특화 기능 우선순위	288

[그림 3-4-4] 노인 친화적 병원 서비스 장애요인	289
[그림 3-4-5] 노인 친화적 전환기 의료서비스 대상 연령	291
[그림 3-4-6] 전환기 의료서비스 대상자 선정 시 고려 사항	292
[그림 3-4-7] 노인 친화적 전환기 의료서비스 우선순위	294
[그림 3-4-8] 노인 친화적 전환기 의료서비스 제공 기관	295
[그림 3-4-9] 노인 친화적 전환기 의료서비스 성과관리	297
[그림 3-4-10] 가정방문 일차의료 대상자 선정 시 고려 사항	298
[그림 3-4-11] 가정방문 일차의료서비스 우선순위	300
[그림 3-4-12] 가정방문 일차의료 성과관리 지표 적절성	302
[그림 3-4-13] 노인 친화적 의료 인식 개선 및 서비스 개혁이 필요한 기관	303
[그림 3-4-14] 노인진료전문의 필요와 역할	304
[그림 3-4-15] 노인전문간호사 양성 확대와 역할	305
[그림 3-4-16] 기타 전문인력의 양성 확대	306
[그림 3-4-17] 정부 조직 내 노인 보건의료서비스 관련 업무 추진 부서	307
[그림 3-4-18] 노인 건강 및 질병 관리에 필요한 연구개발 분야	308
[그림 4-1-1] 노인 친화적 보건의료서비스 제공 모형	322

Abstract <<

Development of Strategy on Senior Friendly Healthcare for Healthy Ageing

Project Head: Kim, Nam Soon

Korea faces a super-aged society. Considering comorbid multiple diseases of the elderly, the integrated medical and social care are required. However, healthcare system of Korea is fragmented and is not centered on senior friendly care.

Therefore, this study aimed to a) identify frailty among the elderly living in a community, b) explore frailty prevention and management schemes in community, c) explore hospital-based senior friendly healthcare service delivery models, and d) review policies and regulations related to the senior friendly healthcare services.

For this purpose, we reviewed existing literature and conducted site visits(Taiwan, Hongkong and Singapore) to understand their senior friendly healthcare services. In addition, we conducted a survey and individual interviews to examine the frailty status of the elderly in Chungnam province. We also conducted two pilot demonstration project. First pilot project is

Co-Researchers: Jun, Jina·Song, Eunsol·Cha, Mi Ran·Kim, Chang Oh·Kim, Kwang Joon·Kim, Chang-O·Park, Yeon Jin·Jung, Yun Hee·Beck, Sang Sook·Lee, Ji Yeon·Choi, Ji Won·Kim, Tae Hee·Kim, Tae Hwan·Park, Yun Jung

2 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

to test care for prevention and management of frailty in local community. Second pilot project is to test integrated medical services provision for the elderly with hip fractures, spine disease, cancer and elderly patients who need cardiac rehabilitation in Yonsei Severance Hospital. We also conducted expert opinion survey to draw policies. Lastly, we held an international symposium to share experiences on healthcare policies for the elderly.

Findings of this study highlights the importance of frailty prevention and management and senior friendly healthcare services in both community and medical settings. This study also draws attention to develop concrete policies to strengthen the integrated healthcare services for the elderly.

Finally, this study proposed policy tasks. Main tasks are to 1) establish new central governance system, 2) rebuild strategy of senior-friendly healthcare services, 3) expand manpower and strengthen the capacity of healthcare workers in medical institution and community 4) conduct research and develop evidence based guideline and programs, 5) establish phased plan for managing frailty according to frailty status and build community care team, 6) develop patient centered medical home and help primary physician to coordinate services, 7) establish senior friendly hospital system, 8) implement pilot projects according to the level of community resources, 9) restructure payment system for senior friendly healthcare.

1. 연구 배경 및 목적

□ 연구 배경

- 2018년 현재 65세 이상 인구 비중은 14.2%로 고령사회로 진입 하였음. 노인 중에서는 75세 이상 노인이 차지하는 규모가 빠른 속도로 증가하고 있음.
- 노인이 갖고 있는 건강 문제는 신체적, 정신적 역량이 감소하는 문제와 함께 여러 질환이 복합되는 경우가 많아서 일반 성인과 다른 접근이 필요함. 따라서 노인 친화적 보건의료에 대한 관심이 커지고 있음.
 - 캐나다 등에서는 기존의 병원을 노인 친화적 병원으로 전환하는 사업을 추진해 왔음.
 - 미국 등에서는 급성기 치료 후 지속 관리가 필요한 노인에 대한 전환기 의료가 추진되고 있음.
 - 영국과 일본 등에서는 지역사회에서 노쇠 예방 및 관리서비스를 확산하려는 노력이 지속되고 있음.

□ 연구 목적

- 이 연구는 고령화 시대에 필요한 노인 친화적 보건의료서비스에 대한 것으로 구체적 목표는 다음과 같음.
 - 첫째, 지역사회 거주 노인의 노쇠 현황을 파악하고 노쇠 예방

4 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

및 관리서비스 제공 방안 모색. 둘째, 노인 친화적 병원과 함께 전환기 의료 발전 방안 제시. 마지막으로 연구 결과를 바탕으로 총괄적인 노인 친화적 보건의료서비스 발전 방안 도출함.

2. 주요 연구 내용과 방법

□ 지역사회 노쇠 현황과 관리 방안(제2부)

○ 노쇠 유병 및 의료서비스 이용 현황

- 지역(충남) 거주 65~85세 노인 600명 대상 설문조사 및 악력 측정 수행
- 노인의 노쇠 및 만성질환 유병률과 건강 인식 파악
- 의료 및 돌봄서비스 수요에 대한 인식 및 이용 현황 파악

○ 지역사회 노쇠 예방 및 관리사업 현황과 문제점

- 지역의 노인건강 관련 일반적 보건복지 인프라 현황 파악
- 서울과 충남 지역의 노인 대상 사례관리 실무자인 간호사 그룹 및 사회복지사 그룹 면담
 - 보건소, 동사무소 간호인력에 따른 서비스 제공 상황
 - 노쇠 예방 및 관리사업 문제점 도출

○ 지역사회 중심 통합적 노쇠관리 시범사업

- 서울 중구 보건소와 협력하여 3개 동 지역 노인 중 노쇠 및 전 노쇠 상태인 노인 196명을 파악하고 CGA 평가
- 노쇠 예방 및 관리에 필요한 중재 모형을 중구 보건소와 함께 기획하고 건강 교육과 함께 영양 문제가 있는 노인을 대상으로 social kitchen 프로그램 제공

- 형성연구방법(formative research method) 사용하여 시범 사업의 지역화 과정과 발전 및 장애요인 파악

□ 급성기와 전환기 노인 친화적 의료서비스(제3부)

○ 노인 친화적 병원 시범사업

- 대퇴골 골절 환자 대상 노인포괄평가 및 협진 추진
- 대만과 홍콩병원 등의 진료 사례 고찰
- 폐암으로 종양내과에 입원한 노인 환자 대상 노인포괄평가 시행, 종양내과 의료진과 협력하여 치료 방침 결정
- 척추 환자는 수술 전 노인포괄평가, 환자와 보호자 교육을 실시하고, 노인포괄평가와 수술 후 예후의 상관성 분석
- 노년내과의 심부전 환자에게 재활운동 및 심장재활운동(심폐기능 및 근력 향상) 등의 중재를 제공하고 환자의 전반적 건강 상태를 평가

○ 노인 친화적 의료서비스 제공 방안

- 노인 친화적 병원, 전환기 의료, 가정방문 일차의료서비스에 대한 국외 사례 고찰 및 전문가 의견조사 통해 정책 방안 도출

3. 연구 결과

□ 지역사회 노쇠 및 보건의료서비스 이용 현황 조사 결과

- 노쇠의 현황을 K-frail 도구로 측정한 결과 전체 대상자 600명 중에서 노쇠 단계의 대상자는 93명(15.5%)으로 나타났다. 남성의 노쇠 비율은 9.1%였고, 여성은 20.5%로 더 높게 나타났다.

6 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

- 노인의 의료서비스 이용 경험을 살펴보면 노쇠할수록 지난 1년간 응급실 이용 경험, 입원 경험이 높게 나타났음. 외래 방문은 노쇠 단계에 따른 뚜렷한 차이를 보이지는 않았음.
- 노인의 보건의료 및 돌봄서비스에 대한 수요를 조사한 결과 노쇠 단계 노인의 경우 물리치료 및 재활 서비스에 대한 수요가 62.4%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 가사지원서비스에 대한 수요가 54.8%, 방문간호(간병) 수요가 52.7%, 요양시설 보호가 47.3%로 높게 나타났음.

□ 지역사회 중심 통합적 노쇠관리 시범사업

- 2018년 2월부터 10월까지 서울시 중구 보건소에서 ‘허약 노인 건강관리’ 사업이라는 명칭의 시범사업이 수행되었음. 보건소 관계자들은 실천계획을 함께 작성하였으며, 허약 노인 스크리닝, CGA, 영양중재 등의 활동을 수행함.
- 총 493명의 중구 거주 노인을 접촉하였으며, 노쇠와 전노쇠 노인은 각각 57명(11.6%)과 139명(28.2%)이었음. CGA 평가가 이루어진 대상자는 총 89명(45.4%), 영양 고위험 허약 노인으로 47명 선정되었고. 이 중 24명이 영양중재 프로그램에 참여함.
- 시범사업에 대한 전반적 평가
 - 중구 보건소는 ‘주민 중심성’과 ‘장소 중심성’이라는 일관된 원칙과 철학을 바탕으로 사업을 수행한 것으로 평가됨.
 - 소수의 전문가가 아니라 마을 주민 전체가 동주민센터(보건지소)를 중심으로 허약 노인을 관리하는 모형으로 발전시켰으며, 이를 ‘두레모형’이라고 부르기로 함.

- 연구진은 인구 10만 명 이상의 기초자치단체를 사업 추진 단위로 보았으나, 보건소는 인구 2만 명 이하 행정동 중심으로 추진함.
- 인력에 대하여 연구진은 전문가(의사, 간호사 등)를 중심인력으로 전제하였지만, 중구 보건소는 훈련된 마을 주민(건강지도자)을 사업 추진 인력으로 이해하였음.

○ 강점 요인

- 마을 주민이 중심인력으로서 기대 이상으로 참여
- '모든' 허약 노인을 대상으로 한 스크리닝 활동 가능
- 사회적 중재 요인을 포함한 '두레밥상'은 호응이 높았음.
- 기초단체(구)가 아닌 동 중심의 건강체계가 작동 가능함.

○ 약점 요인

- 직원과 마을 주민들의 동의를 얻기까지 오랜 시간이 걸림.
- 사업 초기 건강코디네이터와 같은 추가 인력은 불가피함.
- 일부 중재 프로그램은 지역사회에 알맞게 변용되어야 함.
- 시범사업 전반에 대한 정량적 평가가 쉽지 않음.

□ 외국의 노쇠 예방 및 관리사업 고찰 결과

- 노쇠 중재에 대한 체계적 고찰 결과 신체활동, 영양, 기억훈련, 가정환경 개선, prehabilitation(물리치료, 운동, 가정환경 개선) 등이 있음. 신체활동이 포함된 중재와 prehabilitation은 노쇠 악화 예방 및 감소 효과를 보였음.
- 영국을 포함한 유럽에서는 일차의료를 중심으로 개별 노인의 노

8 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

쇠관리를 체계적으로 제공하고 있음. 일본은 지역사회 공중보건 기관을 중심으로 노인 집단을 대상으로 하고 있음.

□ 국내 노쇠 예방 및 관리사업의 특성과 문제점 진단

○ 국내에서는 일차의료에서 노쇠관리를 하고 있지 않으며, 일본과 같이 보건소를 중심으로 인구집단 대상 보건사업으로 진행됨.

- 방문건강관리사업과 서울시 '찾동' 사업은 개별 노인을 대상으로 하며, 노쇠 개념이 포함되어 있으나 고위험군 노인에게 케어플랜을 가지고 다양한 중재가 제공되고 있지 못함.
- 건강보험공단, 노인복지관에서 하는 사업은 건강한 노인에 대한 예방서비스 성격임.
- 일부 보건소에서 노쇠 개념을 반영한 시범사업 추진, 평창군 보건의료원에서는 건강 노인, 전노쇠 노인, 노쇠 노인을 구분한 서비스 제공 전략을 제시함.

○ 서비스 제공 체계 및 문제점 진단(실무자 면담 결과)

- 제공 체계 유형화
 - 첫째, 찾동 간호사가 65세 및 70세 도래 어르신 대상으로 노쇠 수준 포함 건강평가 진행, 지속 관리가 필요한 노인 대상으로 찾동간호사와 방문간호사가 서비스 제공
 - 둘째, 보건소의 방문간호팀이 동 단위에 배치되지 않은 경우 찾동간호사가 건강평가를 진행하고, 보건소의 방문간호팀이 지속 관리가 필요한 노인에게 서비스 제공
 - 셋째, 보건소 방문간호팀 중심으로 지역사회 거주 노인 대상 outreach 기반 서비스 제공

- 문제점 진단

- 노쇠에 대한 평가는 하고 있으나 목표와 서비스 내용이 구체적이지 않음. 노쇠한 노인과 지속 관리가 필요한 노인을 대상으로 한 서비스가 개발되어 있지 않음. 전문인력(의사, 영양사, 물리치료사 등)에 대한 제도적 뒷받침이 부족함.

□ 노인 친화적 병원에 대한 외국 사례

- 대만 국립대만대학병원은 재골절 예방 프로그램을 시행하고 있으며, 노인 건강 문제에 대해 다차원적이면서 연속성 있게 접근하고 있음.
- 싱가포르는 간호사, 재활 전문가, 의사사회복지사 등으로 구성된 다학제 진료팀이 가정 방문을 시행하고 지역 서비스를 연계하는 방법으로 전환기 의료를 제공하고 있음.

□ 급성기 병원 시범사업과 노인 친화적 진료제공모형

- 노년내과 입내원 환자에게 노인 친화적 서비스로 포괄적노인평가를 확대 적용하면서 다른 외과 및 중양내과와 협진.
- 노년내과 외래에서 포괄적노인평가를 받은 환자의 14.3%, 입원 환자의 53.1%가 일상생활 수행에서 의존적 상태임. 외래환자의 20.4%, 입원환자의 45.4%는 영양실조 위험군으로 나타남.
- 인지기능 저하 의심군으로 노년내과 입원환자의 16.7%, 신경외과 입원환자 23.6%, 중양내과 입원환자 19.5%가 해당되었음.
- 노년내과 입원 환자 중 1년간 심장재활을 받은 환자는 30명에 그치고 있고, 물리치료 등의 재활 프로그램도 제한적임.

10 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

- 노년내과 환자보다 외과적 수술을 받은 노인이 재활이나 수술 후 관리가 필요하기 때문에 집으로 퇴원하는 경우보다는 타 시설로 퇴원하는 경우가 많음.
- 신경외과 노인환자의 퇴원 장소에 영향을 미치는 요인으로는 길어진 입원 기간뿐만 아니라 일상적 생활기능, 악력 등 기능적 상태가 중요한 것으로 나타났음.
- 집으로 퇴원하는 노인 환자는 가정방문간호서비스를 통해 이후 관리를 하였으나, 전체 노인 환자를 대상으로 제공하기 어려움.

□ 노인 친화적 병원의 진료제공모형과 과제

- 시범사업 결과로 노인 친화적 병원의 진료제공모형 제시
 - 노인 친화적 병원은 노인포괄평가, 노인 환자에 대한 케어플랜 수립, 기능회복 서비스, 포괄적 케어를 위한 협진과 전환기 의료서비스 등을 제공하는 진료제공 시스템을 갖추어야 함.
- 시범사업 담당 의료진이 제시한 정책 과제
 - 첫째 진료 프레임을 질환 중심에서 환자 중심으로 전환할 필요 있음. 둘째, 전문 진료인력 부족 개선. 셋째 노인 환자의 진료 정보 연계 및 지속성 확보 필요. 넷째 아급성기 서비스를 제공하는 전문병원과 전환기 의료 제공에 필요한 가정방문 의료가 필요. 다섯째 노인포괄평가, 기능회복 서비스 등에 대한 지불 제도 개선 필요

□ 노인 친화적 보건의료서비스 전문가 의견조사 결과

- 전문가 의견조사 대상으로 선정된 54명 중 28명이 응답하였음.

○ 노인 친화적 병원

- 노인 친화적 병원 프레임워크를 질문한 결과 ‘진료제공체계 변화’가 필요하다는 의견이 34.5%로 가장 많았으며, 다음으로 퇴원 후 연계체계(30.9%), 물리적 환경 개선(18.2%), 환자중심 의료(9.1%), 리더십과 조직문화(5.5%), 의료윤리(1.8%) 순으로 나타남.
- 노인 친화적 의료서비스로 중요도가 높은 노인포괄평가(CGA), 다약제 관리, 재활서비스로 나타났음. 다음으로 섬망, 통증, 낙상, 욕창 및 노인전문 응급 대응 서비스 순으로 나타남.
- 노인 친화적 병원 구축에 대한 장애요인으로 전문인력 부족과 역량 문제, 지불제도 미비라는 의견이 많았음.
- 응답한 전문가 과반수 이상이 노인 친화적 서비스에 적합한 지불제도로 신포괄수가제도를 제시하였음.

○ 노인 친화적 전환기 의료서비스

- 국내 병원의 전환기 의료서비스 제공 여부를 묻는 질문에서 응답한 전문가의 86%가 제공하고 있지 않다고 응답하였음.
- 노인 대상 전환기 의료서비스 대상자의 연령 기준에 대한 질문에서 대부분 연령 기준을 적용하는 것에 동의하지 않았음. 환자의 기능 평가, 가족 돌봄 제공자의 여부 등을 적합한 기준으로 제시함.
- 급성기 병원에서 아급성기 병원으로 전원하는 경우
 - 급성기 의료기관은 노인포괄평가와 퇴원·전환 계획을 제공하고, 관련 정보를 아급성기 병원과 공유하도록 해야 함.

12 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

- 아급성기 의료기관에서는 쇠퇴한 신체기능 회복에 필요한 운동재활요법을 제공하고, 퇴원하도록 촉진해야 한다는 의견에 대부분 동의하였음.
- 급성기 병원에서 집으로 퇴원하는 경우
 - 서비스의 조정·연계 우선순위가 가장 높았고, 다음으로 가정방문 관리, 모니터링, 자가관리 교육 순으로 나타남.
 - 전환기 의료서비스 제공 기관으로 적합한 곳은 개인의원(36%), 급성기 병원의 전담 부서(29%), 급성기 병원의 가정간호·원격의료(18%), 보건소(18%) 순으로 나타났음.

○ 가정방문 일차의료

- 의사를 포함한 다학제 의료팀이 환자의 집에 방문하여 포괄적이고 연속적인 건강관리를 실시하는 것을 가정방문 일차의료 서비스라고 할 때, 국내에서 가정방문 일차의료서비스가 제공되지 못한다는 의견에 대부분 동의하였음.
- 가정방문 일차의료서비스 대상자는 노쇠, 신체기능 저하 등으로 외출이 어려운 노인(79%), 중증장애 등급을 받은 노인(39%), 사회경제적 취약계층(29%) 순으로 나타났음.
- 가정방문 일차의료에서 제공할 서비스에 대해서는 모니터링(46%), 복약관리(25%), 긴급방문진료(18%) 필요성이 높은 것으로 나타났음.
- 가정방문 일차의료를 제공하기에 적절한 기관에 대해 질문한 결과 보건소 또는 공공기관, 의원 혹은 병원 모두 적절한 것으로 응답하였음.

○ 노인 친화적 보건의료 관련 정책과 제도

- 응답한 전문가의 90%가 고령화 시대를 맞아 의료서비스에 대한 인식 개선과 서비스 개혁 필요성이 있다고 응답하였음.
- 가장 개혁이 필요한 의료기관을 질문한 결과 요양병원(64%), 상급종합병원(36%), 개인의원(32%), 종합병원(29%), 보건소(21%) 순으로 나타났음.
- 노인의료 전문의 도입이 필요한가라는 질문에 68%가 그렇다고 응답하였고, 노인전문간호사의 양성 확대는 89%로 나타남.
- 노인 친화적 의료에 대한 정책 관련 업무를 체계적으로 수행하기 위한 정부 조직 필요성에 대해 질문한 결과는 다음과 같음.
 - 싱가포르의 보건부 산하 통합케어청과 같은 새로운 정부 조직이 필요한지에 대한 질문에 93%가 긍정적으로 답변함.
 - 보건복지부 산하에 고령 친화적 통합케어지원단과 같은 실무 지원 조직을 두는 것에 대하여 필요하다는 의견이 많았음.
- 연구개발 분야에 대한 우선순위를 질문한 결과 지역 통합의료 제공 체계와 의료기관의 노인 친화적 보건의료서비스에 대한 연구가 필요하다는 의견이 가장 많았음.

4. 결론과 제언

- 노인 친화적 보건의료서비스 제공 체계
 - 지역사회 커뮤니티케어에 노쇠관리가 포함되어야 함.
 - 노쇠 단계에 따른 서비스 제공 전략을 수립해야 하며, 노쇠한 경우 포괄적 건강평가에 따른 맞춤형 서비스를 제공해야 함.
 - 노인에게 대한 의료서비스는 질병 중심이 아닌 환자 중심 프레임으

14 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

로 전환해야 하며, 노인 친화적 병원 도입이 필요함.

- 노인 친화적 병원은 노인포괄평가, 케어플랜 수립, 기능 회복 서비스, 다학제적 협진과 전환기 의료 등을 포함하는 진료제공 시스템을 갖추어야 함.
- 노인 환자를 위한 아급성기 서비스를 제공하는 전문병원, 전환기 의료를 제공하는 가정방문 일차의료 등이 필요함.
- 노인 친화적 보건의료서비스 제공 원칙
 - 노인의 신체적, 정신적 기능 회복력 증진
 - 노인과 가족의 의사 존중
 - 근거 기반 포괄적 서비스 제공
 - 다학제 협진과 팀 서비스 제공
 - 단절되지 않고 지속적으로 연계되는 서비스

□ 노인 친화적 보건의료서비스 구축에 필요한 정책 과제

- 전략과 거버넌스
 - 노인 친화 보건의료정책을 체계적으로 추진하기 위해 노인보건의료혁신청과 고령 친화 통합케어지원단과 같은 새로운 조직을 바탕으로 한 거버넌스 체계를 구축해야 함.
 - 노인 친화적 보건의료 프레임과 원칙 등을 포함한 전략 수립.
 - 보건의료인, 정책 담당자, 지역사회 주민의 노인 친화적 보건의료에 대한 인식을 개선하고 사회적 합의를 이끌어냄.
- 전문인력 양성과 교육
 - 노인 진료에 대한 전문성을 갖춘 인력 양성 계획 수립

- 기존 인력의 역량 증진에 필요한 교육훈련 프로그램 개발 및 보급
 - 노인의학전문의, 노인전문간호사, 물리치료사, 운동처방사 등을 양성하고 보급함.
- 지역사회 노쇠 예방 및 관리서비스
- 노쇠 예방과 관리를 커뮤니티케어에 포함하고, 노쇠 단계에 따른 제공 전략과 서비스 내용 개발
 - 지역사회 동 단위 노인 간호사 중심 다학제적 케어팀 양성
 - 지역사회 보건의료 자원 특성을 고려한 시범사업을 추진하며, 주민 참여와 사회적 중재를 같이 제공하도록 해야 함.
- 일차의료와 전환기 의료
- 전환기 의료를 제공할 수 있도록 가정방문 일차의료, 데이케어 센터를 확보함.
 - 일차의료 의사들이 노인의 전환기 의료 및 노쇠관리서비스 제공에 필요한 역량을 갖추도록 지원함.
 - 노쇠와 질병 관리를 위한 포괄적 서비스에 대한 지불제도를 개선하고 예산을 확보함.
- 노인 친화적 병원
- 급성기병원과 전문병원 등에 노인 친화적 병원 제도를 도입하고 정책적으로 지원함.
 - 노인 친화적 서비스를 제공할 수 있는 의사와 간호사를 확보하고 역량을 증진할 수 있도록 지원함.
 - 노인 친화적 서비스로 제공해야 할 신규 서비스, 다학제적 서

16 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

비스, 묶음 서비스 등을 위한 지불제도를 개선해야 함. 노인 친화적 병원 인증과 질 평가제도 도입을 고려함.

제 1 부

연구 개요



제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 범위 및 추진 방법



제1절 연구 배경 및 목적

인구 고령화는 바로 눈앞까지 닥쳐온 거대한 물결이 되었다. 인구총조사에 의하면 2017년 65세 이상 인구는 약 14% 수준이다(통계청, 2017). 노인 중에서 복합적 건강 문제를 갖고 있고, 기능이 떨어지기 시작하는 75세 이상 노인의 비중이 증가하고 있으며, 2040년부터는 절반 이상을 차지할 것으로 추정된다(통계청, 2016. 12. 7., p. 15).

노인이 갖고 있는 건강 문제는 일반 성인과는 다른 점이 많다. 우선 한 노인에게 여러 가지 질환이 공존하고 있으며, 고령이 될수록 더 많은 질환을 동시에 경험하게 된다. 예를 들면 고혈압이 있는 노인에게 심부전, 뇌출혈이 동반될 수 있으며, 골다공증이 있는 노인 여성은 척추 질환과 함께 압박골절 등이 발생할 수 있다. 노인은 특정 질환의 증상이 전형적이지 않으며, 수술 혹은 약물치료 등에 대한 반응이 다르고 합병증 발생이 증가한다. 또한 급성 폐렴 혹은 만성 기관지염과 같은 질환이 치료된다고 해도 신체기능이 떨어져 지속적으로 관리가 필요하다(김철호, 2006).

보건의료 분야에서 활동하는 누구라도 일반 성인과 다른 노인을 적절하게 관리하는 보건의료서비스는 어떤 것이어야 하는지에 대한 문제의식을 가질 수밖에 없다. 캐나다에서는 약 10년 전부터 노인 친화적 병원 프로젝트를 시작하였고(Wong, Liu, & Ryan, 2012),¹⁾ 2015년 기준으로

1) 온타리오주 관련 보고서에 의하면 2010년 노인 친화적 병원에 대한 전략을 수립하였다고 한다.

155개 병원이 참여하고 있다(RGP, 2015). 미국에서는 Patient centered medical home(PCMH)에서 급성기 이후 지속 관리가 필요한 노인을 대상으로 전환기 의료를 추진하고 있다(Hirschman et al., 2017). 지역사회나 병원의 노쇠 예방 및 관리서비스도 영국, 일본 등에서 확산되고 있다. 또한 노인은 기능 저하로 의료기관을 방문하기 어려운 경우가 많아 방문의료, 간호, 재활서비스에 대한 요구도가 높다.

그러면 국내 보건의료서비스는 얼마나 노인 친화적인가? 얼마나 노인의 보건의료에 대한 요구에 부응하고 있는가? 노인 환자를 돌본 경험이 있는 사람이라면 긍정적으로 대답하기 어려울 것이며, 보건의료인조차도 노인 친화적 보건의료서비스에 대한 인식이 불충분한 것으로 본다.

한편 노인 친화적 보건의료서비스는 어떤 특정한 영역만을 의미하는 것은 아니라는 점에 주목해야 한다. 노인의 건강한 삶을 위해서는 지역사회에서 보건사업에도 노쇠관리가 반영되어야 하며, 치료서비스도 노인의 신체적 특성을 반영한 내용으로 전환할 필요가 있다. 따라서 노인 친화적 보건의료서비스에 대한 연구를 할 때 지역사회와 병원을 모두 다루어야 한다.

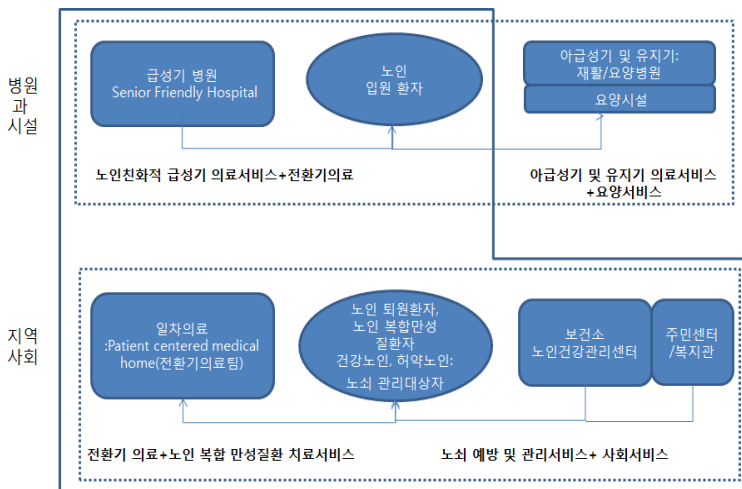
이 연구의 목적은 고령화 시대에 필요한 노인 친화적 보건의료서비스 발전 방안을 도출하는 것이다. 구체적 목표로는 첫째, 지역사회 거주 노인의 노쇠 현황과 관리 방안을 파악하고, 둘째, 병원급 의료기관의 노인 친화적 병원으로의 발전을 모색하며, 마지막으로 지역사회와 병원을 아우르는 수요자 중심 노인 친화적 보건의료서비스 발전 방안을 도출하는 것이다.

제2절 연구 범위 및 추진 방법

1. 연구 범위

이 연구는 병원과 지역사회로 구분하여 노인 친화적 보건의료서비스를 다루었다. 병원 파트에서는 급성기 의료서비스를 제공하는 노인 친화적 병원과 퇴원한 노인 환자 등에 대한 전환기 의료서비스를 다루었다. 지역사회 분야에서는 노쇠관리와 일차의료서비스를 구분해서 다루었다. 하나는 보건기관을 중심으로 한 노인의 노쇠 예방 및 관리 사업이며, 다른 하나는 노인 대상 가정방문 의료에 대한 것이다. 병원과 지역사회 각각 시범사업을 수행하였다. 시범사업 결과와 함께 지역사회 노인 대상 설문조사, 전문가 의견조사 등을 종합하여 정책 방안을 제시하고자 하였다. 이와 같이 다루고자 하는 내용이 방대하여 요양병원과 시설 등에 대한 내용은 다루지 않는 것으로 하였다([그림 1-1-1] 참조).

[그림 1-1-1] 연구 범위



노인 친화적 서비스 제공 방안을 모색하면서 중요하게 고려한 것은 수요자, 즉 노인의 서비스에 대한 요구를 반영하는 것이었다. 노인을 대상으로 하는 수요자 중심 서비스 제공 체계라는 것에는 현재의 보건의료 시스템을 변화시켜 노인 친화적 다학제적 서비스 제공, 의료기관 사이의 밀접한 연계, 지역사회 통합의료서비스와 같은 실천적 의미가 담겨 있다. 연구 내용 속에서 취지를 반영하고자 하였다.

2. 연구 내용과 방법

이 과제의 연구 내용은 크게 지역사회와 의료기관으로 구분될 수 있으며, 지역사회에서는 노쇠 유병 현황 및 지역사회 보건복지 자원을 파악하면서 보건소를 중심으로 한 중재 사업을 수행하였다. 의료기관 분야에서는 노인 친화적 병원과 전환기 의료를 다루었으며, 대학병원에서 2개 질환에 대한 시범사업을 수행하였다. 상세 내용은 <표 1-1-1>과 같다.

<표 1-1-1> 연구 내용 및 방법

구분	세부 내용	연구 방법
의료 기관	<ul style="list-style-type: none"> 노인 고관절 골절 환자에 대한 노인 친화적 의료서비스 지침 개발 및 중재 제공 노인 압환자 통증 관리에 대한 지침 개발 및 중재 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 고관절 골절 환자 및 통증 관리 시범사업 캐나다, 호주, 일본, 등 외국 사례 조사 노인 친화적 의료서비스에 대한 국제 심포지엄 개최 노인 대상 보건의료 관련 전문가 의견 조사 전문가 자문회의: 일차의료 만성질환관리사업, 건강보험공단 커뮤니케이션 관련 사업 담당자 자문회의
	<ul style="list-style-type: none"> 캐나다 등 서비스 병원의 기본 프레임과 구성요소 	
	<ul style="list-style-type: none"> 노인 친화적 병원에 대한 인식과 정책 과제 	
전환기 의료	<ul style="list-style-type: none"> 싱가포르와 미국 사례 고찰 및 전문가 자문 	
가정방문 일차의료	<ul style="list-style-type: none"> 미국 사례 고찰 및 전문가 자문 	

구분		세부 내용	연구 방법
지역 사회	노쇠 유병 및 의료서비스 이용 현황	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 거주 노인의 노쇠 및 건강 수준 의료 및 돌봄서비스 수요와 이용 현황 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 설문조사 및 악력 측정 서울시 중구 보건소, 성공회대학교, 보사연 합동 시범사업 서울과 충남 지역 보건소, 복지서비스 관계자 FGI 서울시 찾동사업 관계자 자문회의
	보건소 중심 노쇠관리 중재	<ul style="list-style-type: none"> 중구 보건소에서 허약 노인 대상자 발굴하여 중재 제공 시범사업 결과 바탕 발전 과제 도출 	
	지역사회 노쇠관리 현황 및 발전 과제	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 노인건강관리사업 현황 파악 지역사회 노쇠관리사업 관련 장애, 촉진 요인 파악 보건과 복지서비스 연계 현황 파악 	

3. 연구 과정과 추진 체계

이 연구는 경제인문사회연구회 협동 과제로 2018년에 3개년 과제를 완료하게 되었으며, 연도별 연구 내용을 설명하면 다음과 같다.

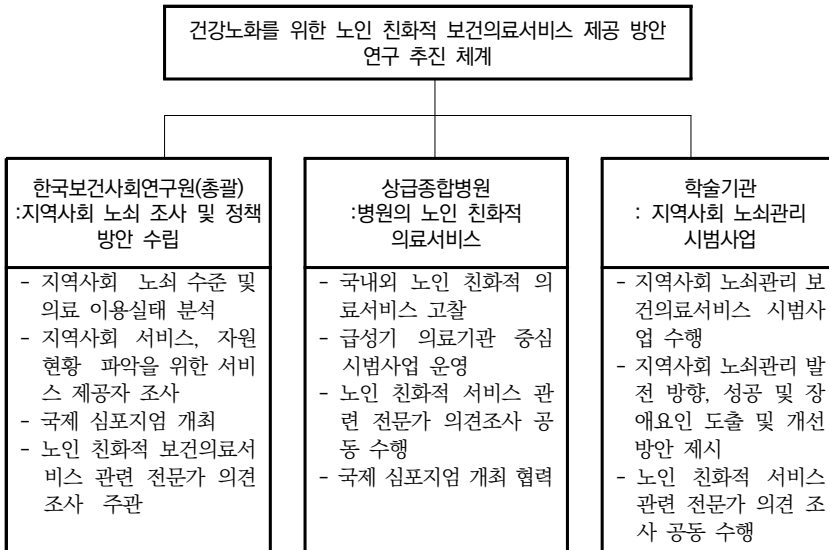
- 1차 연도는 첫 단계로 노인 친화적 보건의료서비스에 대한 개념과 이론을 탐구하였고, 노인의 다빈도 질환 분석, 외국 사례를 조사하는 데 초점을 두었다.
- 2차 연도에는 노인 친화적 병원과 노쇠관리의 필요성을 핵심 주제로 설정하였다. 대학병원과 함께 골절 환자에 대한 시범사업을 설계하고 중재에 착수하였다. 지역사회 거주하는 노인을 대상으로 노쇠의 개념과 인식에 대한 질적 조사를 수행하였으며, 통합의료 관련 법제도의 문제점을 분석하였다.
- 3년차 마지막 단계로 지역사회에서 노쇠에 대한 조사와 함께 중재를 수행하였다. 노인 친화적 병원에 대한 시범사업을 지속하였고, 의료기관과 지역사회를 연계하는 데 필요한 전환기 의료, 일

26 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

차방문 의료 등에 대한 내용을 추가하였다. 또한 지역사회와 의료기관의 노인 친화적 서비스 제공을 위한 정책 방안을 도출하였다.

협동 연구 과제로서 한국보건사회연구원이 연구 내용을 기획하였다. 지역사회 노쇠에 대한 조사, 국제 심포지엄, 정책 방안을 도출하기 위한 전문가 의견 조사를 주관하였다. 연세 세브란스병원은 노인 친화적 병원의 프레임과 서비스 제공을 담당하였으며, 국제 심포지엄 및 전문가 의견 조사에 협력하였다. 마지막으로 학술기관(성공회대학교)은 보건소와 함께 노쇠관리 중재 사업을 수행하였고, 전문가 의견 조사에 협력하였다 ([그림 1-1-2] 참조).

[그림 1-1-2] 연구 추진 체계



제 2 부

지역사회 노쇠 현황과 관리 방안



제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법



제1절 연구 배경 및 목적

노인의 건강을 질병이 있고 없고를 기준으로 건강상태를 구분하는 것은 타당성이 낮다. 노인의 경우 질병은 치료되었으나 신체적 역량과 기능 감소로 독립생활이 불가능한 경우가 많기 때문이다. 따라서 노인의 신체적, 정신적 기능이 떨어진 건강상태를 나타내면서 관리하는 데 유용한 개념이 필요하게 되었다.

1980년대 노쇠라는 개념이 등장하였는데, 이는 ‘노인이 내적, 외적인 스트레스에 취약한 경우이며, 반복적인 입원치료 등이 필요한 정도로 악화될 가능성이 높은 상태’를 말한다(Cesari, 2012, pp. 3-6). 또 하나의 중요한 노쇠의 특징은 회복성(reversibility)이 있다는 것이다. Fried 외(2001, pp. M146-M156)는 노쇠의 특징(frailty phenotype)을 허약, 신체적 반응이 느려짐, 신체 활동 부족, 소진(지구력 부족) 및 체중 감소로 제시하였다.

노쇠 증후군을 지역사회에서 관리한다는 것은 어떻게 하는 것인가? 병원이나 시설에 입원하지 않은 집에 거주하는 노인을 대상으로 하는 것이다. 지역사회는 군·구 단위 이하 소지역을 의미하는데, 이는 노인의 활동 범위가 넓지 않기 때문이다. 그러면 노인의 노쇠 예방 및 관리는 보건소에서 하는 건강증진사업과 어떠한 연관성을 갖고 어떤 점은 달라야 하는지에 대한 고민이 필요하다.

제2절 연구 내용 및 방법

2부 연구 과제의 연구 목적은 지역사회에 거주하는 노인의 노쇠 유형 및 관리 현황을 파악하고, 지역사회의 노쇠 예방 및 관리의 방안을 도출하는 것이다. 주요 연구 내용과 방법은 다음과 같다.

1장에서는 연구 배경과 목적, 주요 연구 내용을 기술하고, 2장에서는 지역사회에 거주 노인을 대상으로 노쇠와 만성질환 유병상태, 의료와 돌봄서비스 이용 현황과 수요를 조사하였다. 3장에서는 외국의 일차의료와 공중보건사업에서 수행하는 노쇠 예방 및 관리서비스를 고찰하였다.²⁾

4장에서는 노쇠관리 측면에서 정부의 보건소 중심 지역보건사업, 주민센터의 관련 사업 현황을 파악하였다. 또한 방문간호 및 통합사례 관리 실무자 대상 면담을 진행하여 문제점을 진단하였다. 5장에서는 지역사회 중심의 통합적 노쇠관리 시범사업을 수행한 목적과 내용, 결과를 기술하였다. 문헌 고찰을 통해 이론적 모형을 정립하였다. 이론적 모형이 형성적 연구 방법을 적용하여 특정 지역사회에 문화적 또는 지역적 적합화 과정을 겪으면서 어떻게 변화·발전되어 가는 것인지를 제시하였다. 이를 통해 현실적으로 수용 가능한 지역사회 노쇠관리모형을 제안하고자 하였다. 6장에서는 지역사회 노쇠관리 원칙과 제공 모형을 대상자 연령, 스크리닝과 노인포괄평가 서비스, 제공 주체를 포함해서 두 가지로 제시하였으며, 시범사업 결과 등을 종합하여 지역사회 노쇠관리모형 구축에 필요한 정책 과제를 제안하였다.

2) 2017년 연구에서 지역사회 노인 대상 보건복지서비스에 대한 제도적 고찰을 수행한 바 있다. 연구윤리 문제로 중복해서 기술하는 것보다 이번 연구에서는 노쇠 예방 및 관리가 일차의료와 공중보건사업 양측에서 이루어진다는 점에 착안하여 구체적 사례를 제시하는데 초점을 두었다.

제 2 장

지역사회 노쇠 및 관리 현황

제1절 조사 개요와 목적

제2절 지역 거주 노인의 건강 및 노쇠 현황

제3절 지역 거주 노인의 보건의료서비스 및 돌봄서비스
이용 경험

제4절 소결



2

지역사회 노쇠 및 관리 현황 <<

제1절 조사 개요와 목적

지역사회에 거주하는 노인들의 건강 현황 및 노쇠 수준(frailty)을 파악하고 노쇠에 따른 의료 및 돌봄서비스에 대한 경험과 요구를 살펴보기 위해 조사를 수행하였다.

이 연구에서 수행한 지역사회 노쇠 관련 조사의 초점은 노쇠와 만성질환 유무에 따른 건강 수준과 서비스 이용과 수요의 차이를 파악하는 데 두었다. 또한 노쇠를 측정하는 것은 설문조사와 함께 악력(grip strength) 측정을 병행해야 해서 정밀한 조사가 필요하여 전국 단위가 아닌 특정 지역을 조사하는 방향으로 추진하였다.

1. 조사 대상 및 방법

충청남도에 거주하고 있는 만 65~84세의 노인 600명을 대상으로 설문조사를 하였다. 2018년 주민등록 인구 통계를 기준으로 성, 연령, 지역에 따른 비례 할당을 통해 표본 크기를 산출하였다. 지역 기준은 인구수 및 지리적 위치를 고려하여 중소도시를 2개 그룹으로, 농어촌을 1개 그룹으로 나누어 진행하였다.

조사는 구조화된 설문지를 이용하여 응답자에게 질문하고 응답한 내용을 면접원이 그대로 기록하는 대면 면접조사 방식으로 진행하였다. 조사가 완료된 설문지는 리뷰와 검증 과정을 거쳐 부정확한 응답 내용은 응답자와의 전화 확인을 통해 수정 및 보완하였다. 자료 수집은 2018년 4월

36 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

23일부터 5월 20일까지 약 5주에 걸쳐 이루어졌다.

〈표 2-2-1〉 성, 연령, 지역별 모집단

지역 구분	구분	모집단				계
		남자		여자		
		65~74세	75~84세	65~74세	75~84세	
중소 도시	천안시, 아산시	25,125	13,638	28,052	21,495	88,310
	공주시, 보령시, 서산시, 논산시, 계룡시, 당진시	33,348	21,255	35,906	33,205	123,714
농어촌	금산군, 부여군, 서천군, 청양군, 홍성군, 예산군, 태안군	28,815	20,115	31,840	31,420	112,190
계		87,288	55,008	95,798	86,120	324,214

자료: 국가통계포털 홈페이지. 주민등록인구현황(2018. 1.).

http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=12. 2018. 2. 12. 인출.

〈표 2-2-2〉 성, 연령, 지역별 표본 배분

지역 구분	구분	완료 샘플 수				계
		남자		여자		
		65~74세	75~84세	65~74세	75~84세	
중소 도시	천안시, 아산시	57	31	63	49	200
	공주시, 보령시, 서산시, 논산시, 계룡시, 당진시	54	34	58	54	200
농어촌	금산군, 부여군, 서천군, 청양군, 홍성군, 예산군, 태안군	51	36	57	56	200
계		162	101	178	159	600

2. 조사 내용 및 조사 도구

선행연구 검토 및 전문가 자문을 통해 설문지를 개발하였다. 주요 조사 내용은 노인의 건강상태 및 행태, 노쇠, 보건의료서비스 이용 경험, 돌봄 서비스 이용 경험이다.

가. 건강 수준 및 행태

지역사회 거주 노인들의 전반적인 건강 수준을 파악하기 위해 본인들이 평소 생각하는 건강상태와 동년배와 비교한 건강상태를 질문하였다. 또한 단축형 노인우울척도(SGDS: Short Form Geriatric Depression Scale)를 이용하여 노인의 우울 정도를 측정하였다. 단축형 노인우울척도의 항목은 아래 표와 같으며, 각 문항에 대해 예/아니오로 응답하는 방식이다. 1, 5, 7, 11, 13 문항의 경우 ‘아니오’ 응답에 1점, ‘예’는 0점으로 점수를 부여하며, 나머지 문항은 반대로 점수를 부여하여 총점을 매긴다. 총점이 10점 미만이면 비우울, 10~11점이면 경계, 12점 이상은 진료 의뢰가 필요한 우울증 의심 단계로 분류한다.

〈표 2-2-3〉 단축형 노인우울척도

번호	문항
1	현재의 생활에 대체적으로 만족하십니까?
2	요즘 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까?
3	자신이 헛되이 살고 있다고 느끼십니까?
4	생활이 지루하게 느껴질 때가 많습니까?
5	평소에 기분은 상쾌한 편이십니까?
6	자신에게 불길한 일이 닥칠 것 같아 불안하십니까?
7	대체로 마음이 즐거운 편이십니까?
8	절망적이라는 느낌이 자주 드십니까?
9	바깥에 나가기가 싫고 집에만 있고 싶습니까?
10	비슷한 나이의 다른 분들보다 기억력이 더 나쁘다고 느끼십니까?
11	현재 살아 있다는 것이 즐겁게 생각되십니까?
12	지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까?
13	기력이 좋은 편이십니까?
14	지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까?
15	자신이 다른 사람들의 처지보다 더 못하다고 생각하십니까?

자료: 조맹제, 배재남, 서국희, 함봉진, 김장규, 이동우, & 강민희. (1999). DSM-III-R 주요우울증에 대한 한국어판 Geriatric Depression Scale (GDS) 의 진단적 타당성 연구. 신경의학회지, 38(1). p. 63

건강 행태의 경우 흡연과 음주, 운동, 식이습관을 조사하였다. 우선 흡연에서는 평생 피운 담배의 양과 현재 흡연 여부를, 음주에서는 음주 빈도 및 양, 음주로 인한 건강상담 여부를 질문하였다. 운동은 1주일 1회 이상 규칙적인 운동을 하고 있는지를 확인하고, 구체적인 운동의 종류와 횟수, 기간을 질문하였다. 또한 규칙적인 운동을 하지 못하고 있다면 그 이유가 무엇인지 물었으며, 노쇠 예방을 위해 중요하다고 알려져 있는 근력 운동의 빈도에 대해서도 질문하였다. 식이습관의 경우 지난 1주일간의 식이 섭취 상태를 평가하였다.

나. 노쇠

이 연구에서는 노쇠를 측정하기 위해 두 가지 도구를 활용하였다. 우선 Jung HW 등이 개발한 K-frail 도구는 피로, 저항, 이동, 지병, 체중감소의 5개 영역으로 구분된다(Jung et al., 2016). 김창오, 선우덕이 개발한 허약측정도구는 신체적 요인, 정신·심리적 요인, 사회적 요인의 3개 영역으로 구분하여 노쇠를 측정한다(김창오, 선우덕, 2015).

K-frail 도구의 항목 중 지병의 경우 2017년도에 대전 지역을 대상으로 수행한 조사에서는 11개의 질환³⁾을 보기로 제시하였다. 2018년도의 충남 지역 조사에서는 7개의 질환⁴⁾을 추가하여 조사를 수행하였다.

3) 고혈압, 당뇨병, 암(악성신생물), 만성 폐질환, 심근경색, 심부전, 협심증, 천식, 관절염, 뇌경색, 신장질환

4) 이상지질혈증, 골다공증, 갑상선질환, 간질환, 간염, 치매, 우울증

〈표 2-2-4〉 노쇠측정도구

구분	측정 영역	측정 지표	노쇠의 정의
K-frail 도구	피로	피로 정도	노쇠: 3개 영역 이상 전노쇠: 1~2개 영역 비노쇠: 0개 영역
	저항	10개 계단 오르기 가능 여부	
	이동	300m 이동 가능 여부	
	지병	진단받은 질환 5개 이상 여부	
	체중감소	5% 이상 감소 정도	
허약측정 도구	신체적 요인	악력 저하 - 남성 24kg 이하 - 여성 15kg 이하	노쇠: 2개 이상 영역 전노쇠: 1개 영역 비노쇠: 0개 영역
	정신심리적 요인	정신심리적 고갈 정도	
	사회적 요인	모임 및 단체 활동 참여 여부	

자료: Jung, H. W., Yoo, H. J., Park, S. Y., Kim, S. W., Choi, J. Y., Yoon, S. J., ... & Kim, K. I. (2016). The Korean version of the FRAIL scale: clinical feasibility and validity of assessing the frailty status of Korean elderly. *The Korean journal of internal medicine*, 31(3), 594-600. 김창오, 선우덕. (2015). 기능장애, 장기요양 필요 및 사망 예측을 위한 허약측정도구의 개발. *한국노년학*, 35(2), 451-474.

이와 함께 노인들의 기본 일상생활 수행능력(ADL)과 도구적 일상생활 수행능력(IADL)을 측정하였다. ADL의 경우 7가지의 질문에 대해 한 가지 이상 부분적 또는 전적인 도움이 필요하다고 응답하면 ‘기능 문제’로 보았고, IADL에서도 10가지 문항 중 한 가지 이상 부분적 또는 전적인 도움이 필요할 시 ‘기능 문제’로 분류하였다.

다음으로 이 조사에서는 노인의 낙상위험성을 측정하기 위해 낙상위험성 자가진단도구(fall risk self-assessment tool)를 활용하였다(〈표 2-2-5〉 참조). 이는 미국 CDC에서 지역사회 거주 노인들의 낙상 예방을 위해 사용하고 있는 것으로, Greater Los Angeles VA Geriatric Research Education Clinical Center and affiliates가 개발하고 Rubenstein 외 연구진이 타당도를 검증하였다. 질문의 구체적인 내용과 점수 배정은 아래 표와 같다. 총점이 4점 이상인 경우 낙상 위험 그룹으로 분류된다.

40 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

〈표 2-2-5〉 낙상위험성 자가진단도구

항목	점수 배점	
	예	아니요
1) 나는 지난 1년간 낙상(넘어짐, 미끄러짐 또는 주저앉음)의 경험이 있다	2점	0점
2) 나는 안전한 보행을 위해 지팡이 혹은 보행 보조기 사용을 권유 받았거나 사용하고 있다	2점	0점
3) 나는 때때로 걸어 다닐 때 불안정하다	1점	0점
4) 나는 집안에서 가구나 벽을 짚으면서 걸어 다닌다	1점	0점
5) 나는 낙상할까 봐 걱정이 된다	1점	0점
6) 나는 의자에서 일어날 때 손을 짚고 몸을 일으켜야 한다	1점	0점
7) 나는 턱을 지나가는데 약간의 어려움이 있다(예: 도로 턱, 문턱 등)	1점	0점
8) 나는 종종 화장실에 급하게 간다	1점	0점
9) 나는 발의 감각이 약간 둔해졌다	1점	0점
10) 나는 때때로 약을 먹은 후, 어지러움이나 피곤함을 느낀다.	1점	0점
11) 나는 수면을 도와주거나 기분을 나아지게 하는 약을 복용하고 있다	1점	0점
12) 나는 가끔 슬픔이나 우울함을 느낀다	1점	0점

자료: CDC. (2015). PREVENTING FALLS: A Guide to Implementing Effective Community-Based Fall Prevention Program. p. 49. Appendix A.

다. 보건의료서비스 이용 경험

지역사회 거주 노인들의 보건의료서비스 이용 경험을 파악하기 위해 지난 1년간 외래, 입원, 응급서비스 이용 여부 및 횟수를 조사하였다. 또한 예방적 의료 이용과 관련하여 지난 1년간 인플루엔자 접종 여부와 최근 2년간 건강검진 여부를 질문하였다. 더불어 노인들의 ‘미충족 의료이용 경험’을 조사하고자 지난 1년간 진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 경험이 있는지, 그리고 지난 1년간 치료를 받던 중 중단한 경험이 있는지를 조사하였다.

다음으로 이 조사에서는 노인들이 의료 이용을 할 때 주로 방문하는 의

료기관 및 의사가 있는지와 이러한 단골병원 및 의사를 통해서 다른 의료기관을 이용한 경험이 있는지 등을 조사하였다. 또한 의료 이용에의 결정 경로를 파악하기 위해 의료기관을 방문하고 싶을 때 방문해야 할 진료과에 대한 결정을 어떻게 하는지를 질문하였다. 마지막으로 노인들의 건강 문해력 파악을 위해 병원 안내문, 서식·자료, 복약 안내서에 대한 이해 정도를 조사하였다.

라. 돌봄서비스 이용 경험

이 조사에서는 지역사회 거주 노인들이 일상생활 수행 및 건강상 어려움을 겪을 때 주로 누구로부터 도움을 받고 있는지에 대해 질문하였다. 돌봄서비스를 제공 주체 및 서비스의 내용과 빈도에 대해 묻고, 앞으로 간병인을 고용해야 한다면 어느 정도의 비용을 지불할 의사가 있는지에 대해 조사하였다.

한편 노인장기요양보험제도나 노인돌봄서비스와 같은 공식적인 돌봄 제도에 대해 노인들이 어느 정도 알고 있는지를 물었다. 또한 현재 노인 장기요양보험제도를 이용하고 있다면 이용 횟수나 시간, 비용은 어느 정도인지, 만족도는 어떠한지 질문하였다. 이 외에도 다양한 유형의 돌봄서비스들을 이용한 경험이 있는지, 서비스 유형별에 따라 본인에게 얼마나 필요하다고 생각하는지 등을 조사하였다. 끝으로 가장 선호하는 돌봄서비스 관련 정부 지원 체계를 조사하였다.

전체 설문 영역과 설문 내용은 <표 2-2-6>과 같으며, 설문지는 부록에 제시하였다.

42 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

〈표 2-2-6〉 설문 영역 및 설문 내용

대분류	중분류	세부 내용
A. 건강상태 및 행태	주관적 건강상태 흡연 음주 운동	평소 건강상태, 동년배 비교 건강상태 평생 피운 담배의 양, 현재 흡연 여부 음주 빈도, 양, 음주로 인한 건강상담 여부 규칙적인 운동 여부(1주일 1회 이상), 횟수, 기간, 종류, 규칙적인 운동을 못 하는 이유, 근력 운동 빈도
	식이습관 정신건강	지난 일주일간의 식이 섭취 상태 생활만족, 활동량 및 의욕, 절망감 등
B. 노쇠	ADL IADL	최근 일주일 기준, ADL 평가 최근 일주일 기준, IADL 평가
	낙상위험도	낙상경험, 지팡이 혹은 보행보조기 사용 여부, 보행 불안정, 낙상걱정, 발 감각, 약으로 인한 어지러움 및 피곤함, 슬픔 및 우울함 등
	노쇠1(K-FRAIL)	피로, 저항(도움 없이 10개의 계단 이동), 이동(도움 없이 300미터 이동), 진단받은 질환, 체중 감소
	노쇠2(허약측정도구)	약력, 정신심리적 상태(모든 일이 힘들게 느껴짐, 무슨 일이든지 도무지 해낼 수 없는 느낌), 모임이나 단체 활동 참여 여부
	복약 여부	의사로부터 진단받은 질환에 대한 복약 여부
C. 보건의료 서비스 이용 경험	응급, 입원, 외래 이용 경험	최근 1년간 응급실, 입원, 외래 서비스 이용 여부 및 횟수
	예방접종 이용 경험	최근 1년간 인플루엔자 예방접종 여부
	건강검진 이용 경험	최근 2년간 건강검진 여부 및 횟수, 종류, 건강검진 미수검 이유
	의료이용 미충족 경험	지난 1년간 진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 경험과 이유, 지난 1년간 치료를 받던 중 중단 경험과 이유 주로 방문하는 의료기관 및 의사 여부, 단골병원 및 의사의 소개를 통한 타 의료기관 이용 여부, 단골병원 및 의사의 건강 문제 해결 능력
	단골병원/의사	의료기관에 대한 결정 경로
	의료 이용 정보 경로	병원 안내문 및 서식·자료에 대한 이해, 복약 안내서에 대한 이해
	건강 문해력	
D. 돌봄 서비스 이용 경험	돌봄의 주체	돌봄서비스를 제공하는 주체와 서비스 내용, 빈도, 희망 지불 금액
	공식 돌봄 제도 관련 지식	노인돌봄서비스와 노인장기요양보험제도에 대한 인지 여부, 인지 경로
	노인장기요양보험제도 등급	노인장기요양보험제도 등급 신청 여부, 최근 등급, 등급 신청 시 당사자의 의견 반영 여부

대분류	중분류	세부 내용
	노인장기요양보험제도 이용 경험 돌봄서비스 이용 및 필요 돌봄서비스의 지원 형태에 대한 의견	장기요양 재가서비스 이용 여부, 횟수, 시간, 기간, 본인부담금, 비용 부담 주체, 만족도 서비스 유형별 이용 여부와 비용 지불 여부, 시설 및 서비스 이용 결정 및 비용 부담 주체, 서비스 유형별 필요도 돌봄서비스 관련 가장 선호하는 정부 지원 형태
E. 일반 사항	성별 생년월일 현재 동거인 수 세대 유형 학력 결혼 상태 수입/소득 근로 여부 금전적 지원 건강보험 유형	지난 1년간 지원 여부, 금액

제2절 지역 거주 노인의 건강 및 노쇠 현황

1. 일반적 특성

조사에 참여한 응답자의 인구사회학적 특성은 <표 2-2-7>과 같다. 조사 대상자 600명 중 남성은 263명(43.8%), 여성은 337명(56.2%)이었다. 연령별로는 65~74세가 340명(56.7%), 75~84세가 260명(43.3%)이었다. 가구 형태는 전체 대상자의 경우 노인 부부 가구가 284명(47.3%)으로 가장 많았고, 여성 노인 독거는 146명(43.3%)으로 남성 노인 독거 33명(12.6%)에 비해 많았다. 전체 대상자의 교육 수준은 초등학교 졸업 이하가 318명(53.0%)으로 가장 많았다. 초등학교 졸업 이하의 비율은 여성이 65.0%로 남성의 37.6%에 비해 높았으며, 대학교 재학 이상의 비율은 여성이 0.6%로 남성의 7.6%에 비해 월등히 낮았다.

44 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

결혼 상태는 남성 222명(84.4%)과 여성 137명(40.7%)이 배우자가 있는 것으로 나타났으며, 남성 171명(65.0%)과 여성 142명(42.1%)이 경제활동을 하고 있는 것으로 나타났다. 연평균 가구소득은 전체 대상자의 절반 가까이가 1000만 원 이하(308명, 51.3%)로 나타났으며, 조사 대상자의 대다수는 건강보험 가입자(550명, 91.7%)였다.

〈표 2-2-7〉 조사 대상자의 인구사회학적 특성

구분		전체 (n=600)		남 (n=263)		여 (n=337)	
		명	%	명	%	명	%
연령	65~74세	340	56.7	162	61.6	178	52.8
	75~84세	260	43.3	101	38.4	159	47.2
가구 형태	노인독거	179	29.8	33	12.6	146	43.3
	노인 부부	284	47.3	174	66.2	110	32.6
	기타	137	22.8	56	21.3	81	24.0
교육 수준	무학, 서당/한학	76	12.7	11	4.2	65	19.3
	초등학교 졸업 이하	318	53.0	99	37.6	219	65.0
	중학교 졸업 이하	117	19.5	77	29.3	40	11.9
	고등학교 졸업 이하	67	11.2	56	21.3	11	3.3
	대학교 재학 이상	22	3.7	20	7.6	2	0.6
결혼 상태	유배우자	359	59.8	222	84.4	137	40.7
	무배우자	241	40.2	41	15.6	200	59.4
경제활동 참여	예	313	52.2	171	65.0	142	42.1
	아니요	287	47.8	92	35.0	195	57.9
연평균 가구소득	1000만 원 이하	308	51.3	102	38.8	206	61.1
	1000만~2000만 원	120	20.0	60	22.8	60	17.8
	2000만 원 초과	172	28.7	101	38.4	71	21.1
건강보험 형태	건강보험	550	91.7	242	92.0	308	91.4
	의료급여	42	7.0	18	6.8	24	7.1
	미가입	1	0.2	1	0.4	0	0.0
	모름	7	1.2	2	0.8	5	1.5

- 주: 1. 결혼 상태는 유배우자(혼인 중), 무배우자(별거, 이혼, 사별 또는 실종(이산가족))로 분류함.
 2. 경제활동 참여는 현재 수입을 목적으로 직장에 다니는 것을 포함하여 사업을 하고 있거나 가족 또는 친척의 일을 도와주는 것을 모두 포함함.
 3. 연평균 가구소득은 가구원 수를 보정한 값임.

2. 노인의 건강 현황

가. 노인의 주관적 건강 수준

“어르신의 평소 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자의 62.0%가 불건강하다고 응답하였다. 남성은 46.8%, 여성은 73.9%가 불건강하다고 응답하여 남성보다 여성이 자신의 건강을 더 좋지 못하다고 인식하고 있었다.

〈표 2-2-8〉 평소 건강상태

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
불건강	372	62.0	123	46.8	249	73.9

주: '③ 그저 그렇다', '④건강이 나쁜 편이다', '⑤ 건강이 매우 나쁘다'를 '불건강'으로 분류함.

“동년배에 비하여 어르신의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자의 63.8%가 불건강하다고 응답하였다. 남성은 48.3%, 여성은 76.0%가 불건강하다고 응답하였다.

〈표 2-2-9〉 동년배 대비 건강상태

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
불건강	383	63.8	127	48.3	256	76.0

주: '③ 그저 그렇다', '④건강이 나쁜 편이다', '⑤ 건강이 매우 나쁘다'를 '불건강'으로 분류함.

나. 흡연, 음주

지금까지 살아오는 동안 흡연 경험이 있는 응답자는 전체 응답자의 37.2%였는데, 성별로 나누어 보면 남성은 81.4%로 과반수 이상이었으

46 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

며, 여성은 2.7%로 그 비율이 낮았다. 흡연 경험이 있는 응답자들의 현재까지의 총흡연량은 '5갑(100개비) 이상'이 가장 많았으며, 남녀에서도 유사한 양상을 보였다(〈표 2-2-11〉 참조). 흡연 경험이 있는 응답자 중에서 현재 흡연자의 비율은 전체 27.4%였고, 남성 26.6%, 여성 44.4%로 여성의 비율이 더 높았다(〈표 2-2-12〉 참조).

〈표 2-2-10〉 흡연 경험

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
흡연 경험	223	37.2	214	81.4	9	2.7

〈표 2-2-11〉 현재까지의 총흡연량

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
5갑(100개비) 미만	11	1.8	11	4.2	0	0.0
5갑(100개비) 이상	212	35.3	203	77.2	9	2.7

〈표 2-2-12〉 현재 흡연 여부

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
현재 흡연	61	27.4	57	26.6	4	44.4

지금까지 살아오는 동안 1잔 이상 음주 경험이 있는 응답자는 전체 응답의 70.2%로, 남성은 93.9%, 여성은 51.6%로 나타났다(〈표 2-2-13〉 참조). 음주 빈도를 살펴보면 최근 1년간 술을 마시지 않은 비율은 전체 응답자의 43.2%, 남성 37.3%, 여성 51.7%였다. 주 4회 이상 빈번하게 술을 마시는 비율은 전체의 12.4%로 나타났고, 남성 19.8%, 여성 1.7%로 남성의 해당 비율이 더욱 높았다(〈표 2-2-14〉 참조). 1회 음주량의 빈도는 전체 응답자의 46.9%가 1~2잔의 술을 마시는 것으로 나타났고, 여

성의 경우 대부분이 이 구간에 해당되었다(남성 24.5%, 여성 88.1%). 1회 10잔 이상의 음주를 하는 응답자의 비율은 남성 7.1%였다.

〈표 2-2-13〉 음주 경험

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
음주 경험	421	70.2	247	93.9	174	51.6

〈표 2-2-14〉 음주 빈도

구분	전체(n=421)		남(n=247)		여(n=174)	
	명	%	명	%	명	%
최근 1년간 금주	182	43.2	92	37.3	90	51.7
1회/월 미만	69	16.4	15	6.1	54	31.0
1회/월	24	5.7	16	6.5	8	4.6
2~4회/월	45	10.7	32	13.0	13	7.5
2~3회/주	49	11.6	43	17.4	6	3.5
4회 이상/주	52	12.4	49	19.8	3	1.7

〈표 2-3-15〉 1회 음주량

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
1~2잔	112	46.9	38	24.5	74	88.1
3~4잔	64	26.8	56	36.1	8	9.5
5~6잔	29	12.1	28	18.1	1	1.2
7~9잔	23	9.6	22	14.2	1	1.2
10잔 이상	11	4.6	11	7.1	0	0.0

다. 운동, 식이습관

“어르신께서는 평소 일주일에 1회 이상 규칙적인 운동을 하십니까?”라는 질문에 전체 응답자 중 43.5%가 규칙적인 운동을 하지 않는다고 응답

48 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

하였다. 남성은 41.1%, 여성은 45.4%가 규칙적인 운동을 하지 않는다고 응답하여 여성이 남성에 비해 규칙적 운동을 하지 않는 것으로 나타났다(〈표 2-2-16〉 참조).

규칙적인 운동을 하지 못하는 가장 큰 이유에 대해서 전체 응답자는 ‘몸이 아파서(36.8%)’, ‘시간이 없어서(29.5%)’, ‘하고는 싶지만 귀찮아서(17.2%)’의 순으로 응답하였다(〈표 2-2-17〉 참조).

〈표 2-2-16〉 일주일 1회 이상 규칙적 운동 미실시

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
주 1회 이상 운동 미실시	261	43.5	108	41.1	153	45.4

〈표 2-2-17〉 규칙적 운동을 하지 못하는 가장 큰 이유

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
시간이 없어서	77	29.5	46	42.6	31	20.3
운동할 공간이 주변에 없어서	1	0.4	0	0.0	1	0.7
하고는 싶지만 귀찮아서	45	17.2	17	15.7	28	18.3
좋아하지 않아서	30	11.5	13	12.0	17	11.1
규칙적으로 해야겠다는 생각을 해 본적이 없어서	4	1.5	3	2.8	1	0.7
몸이 아파서	96	36.8	22	20.4	74	48.4
기타	8	3.1	7	6.5	1	0.7

근력운동 일수를 살펴보면 〈표 2-2-18〉과 같다. 전체 응답자 중 89.3%가 근력운동을 전혀 하지 않는다고 응답하였다. 남성은 79.9%가 전혀 하지 않는다고 응답하였으며, 여성은 대다수인 96.7%가 전혀 하지 않는다고 응답하였다.

〈표 2-2-18〉 근력운동 일수

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
전혀 하지 않음	536	89.3	210	79.9	326	96.7
1~2일	9	1.5	7	2.7	2	0.6
3~4일	15	2.5	11	4.2	4	1.2
5일 이상	40	6.7	35	13.3	5	1.5

지역사회 거주 노인들은 건강을 위해 식단과 식사량을 조절하거나 건강보조식품이나 복용하고 있는 약을 잘 챙겨 먹으려고 노력한다고 응답하였다. 그러나 식이습관에 대한 설문조사를 통해 5가지 항목에 대해 살펴본 결과 식이습관이 양호하지 못한 경우가 많은 것으로 보인다.

고기, 생선, 계란 콩 등의 반찬은 전체 응답자 중 47.5%, 남성 53.6%, 여성 42.7%가 매일 섭취한다고 응답하였다. 다양한 채소 반찬은 전체 응답자 중 69.7%, 남성 73.8%, 여성 66.5%가 매일 섭취한다고 응답하였다. 우유 제품이나 두유는 전체 응답자 중 27.7%, 남성 27.4%, 여성 27.9%만이 매일 섭취한다고 응답하였다. 신선한 제철 과일은 전체 응답자 중 31.7%, 남성 35.4%, 여성 28.8%가 매일 섭취한다고 응답하였다. 대체로 매일 세끼 식사를 하는 비율은 전체 응답자 중 92.8%, 남성 94.3%, 여성 91.7%로 나타났다. 충분한 물 섭취를 하는 비율은 전체 응답자 중 61.7%, 남성 68.1% 여성 56.7%로 나타났다.

〈표 2-2-19〉 식이습관

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
1. 고기, 생선, 계란, 콩 등의 반찬을 매일 드셨습니까?	285	47.5	141	53.6	144	42.7
2. 다양한 채소 반찬을 매일 드셨습니까?	418	69.7	194	73.8	224	66.5
3. 우유 제품이나 두유를 매일 드셨습니까?	166	27.7	72	27.4	94	27.9

50 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
4. 신선한 제철 과일을 매일 드셨습니까?	190	31.7	93	35.4	97	28.8
5. 대체로 매일 세끼 식사를 드셨습니까?	557	92.8	248	94.3	309	91.7
6. 목이 마르지 않더라도 물을 자주 충분히 드셨습니까?	370	61.7	179	68.1	191	56.7

주: '예'로 응답한 대상자의 수와 퍼센트를 나타냄.

라. 정신건강

단축형 노인우울척도(SGDS: Short Form Geriatric Depression Scale)를 사용하여 노인의 우울 정도를 측정한 결과 전체 대상자의 우울 증 의심 비율은 3.7%였다. 남성 2.7%, 여성 4.5%로 여성이 남성에 비해 진료 의뢰가 필요한 우울증 의심 비율이 높았다.

〈표 2-2-20〉 우울

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
비우울	560	93.3	249	94.7	311	92.3
경계	18	3.0	7	2.7	11	3.3
우울증 의심	22	3.7	7	2.7	15	4.5

주: 15개의 우울 관련 문항의 총점이 10점 미만이면 비우울, 10~11점이면 경계, 12점 이상은 진료 의뢰가 필요한 우울증 의심 단계로 분류함.

3. 노쇠 현황

노쇠의 현황을 앞서 설명한 두 가지 도구로 측정한 결과는 〈표 2-2-21〉과 같다. 우선 K-frail 도구로 측정한 결과 전체 대상자 중에서 노쇠 단계의 대상자는 93명(15.5%)이었고, 허약측정도구로 측정한 결과 전체 대상자 중 노쇠 단계의 대상자는 67명(11.2%)으로 K-frail로 측정 시 노쇠

의 비율이 더 높았다. 또한 두 가지 도구 모두에서 노쇠의 비율이 남성(9.1%, 7.6%)보다 여성(20.5%, 14.0%)에게서 높게 나타났다.

〈표 2-2-21〉 노쇠 현황

단위: 명(%)

구분	K-frail 도구						허약측정도구					
	전체		남		여		전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
비노쇠	307	51.2	185	70.3	122	36.2	393	65.5	197	74.9	196	58.2
전노쇠	200	33.3	54	20.5	146	43.3	140	23.3	46	17.5	94	27.9
노쇠	93	15.5	24	9.1	69	20.5	67	11.2	20	7.6	47	14.0

전체 응답자의 인구학적 특성에 따른 K-frail 도구로 측정된 노쇠 현황은 〈표 2-2-22〉와 같다. 연령이 증가할수록, 연평균 소득이 적을수록, 배우자가 있는 경우보다 없는 경우에 노쇠 및 전노쇠의 비율이 높았다.

〈표 2-2-22〉 인구학적 특성에 따른 노쇠 현황

구분		노쇠		전노쇠		비노쇠		계
		명	%	명	%	명	%	
성별	남성	24	25.8	54	27.0	185	60.3	263
	여성	69	74.2	146	73.0	122	39.7	337
연령	65~74세	36	38.7	97	48.5	207	67.4	340
	75~84세	57	61.3	103	51.5	100	32.6	260
가구 형태	노인 독거	47	50.5	73	36.5	59	19.2	179
	노인 부부	26	28.0	82	41.0	176	57.3	284
	기타	20	21.5	45	22.5	72	23.5	137
교육 수준	무학, 서당/한학	18	19.4	38	19.0	20	6.5	76
	초등학교 졸업 이하	57	61.3	123	61.5	138	45.0	318
	중학교 졸업 이하	15	16.1	25	12.5	77	25.1	117
	고등학교 졸업 이하	2	2.2	13	6.5	52	16.9	67
	대학교 재학 이상	1	1.1	1	0.5	20	6.5	22

52 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

구분		노쇠		전노쇠		비노쇠		계 명
		명	%	명	%	명	%	
결혼 상태	유배우자	35	37.6	97	48.5	227	73.9	359
	무배우자	58	62.4	103	51.5	80	26.1	241
연평균 소득	1000만 원 이하	62	66.7	120	60.0	126	41.0	308
	1000만~2000만 원	17	18.3	36	18.0	67	21.8	120
	2000만 원 초과	14	15.1	44	22.0	114	37.1	172

주: 1. 결혼 상태는 유배우자(혼인 중), 무배우자(별거, 이혼, 사별 또는 실종(이산가족))로 분류함.
2. 연평균 가구소득은 가구원 수를 보정한 값임.

두 가지 도구 간 일치도를 살펴본 <표 2-2-23>에 의하면 두 도구 모두에서 동일하게 측정된 노쇠는 30명(5.0%), 전노쇠 58명(9.7%), 비노쇠 257명(42.8%)이었다. 한 가지 도구에서 비노쇠로 측정되었으나, 다른 도구에서 노쇠로 측정된 경우는 31명(5.1%)이었다.

<표 2-2-23> 노쇠 측정의 일치도

(단위: 명, %)

구분	허약측정도구				
		노쇠	전노쇠	비노쇠	전체
K-frail 도구	노쇠	30(5.0)	40(6.7)	23(3.8)	93(15.5)
	전노쇠	29(4.8)	58(9.7)	113(18.8)	200(33.3)
	비노쇠	8(1.3)	42(7.0)	257(42.8)	307(51.2)
	전체	67(11.2)	140(23.3)	393(65.5)	

4. 노쇠에 따른 건강 차이

노쇠 수준과 성별에 따른 주관적 건강상태, 만성질환, 우울, 일상생활 수행능력, 낙상위험도, 운동, 식이습관을 살펴보았다.

가. 주관적 건강상태

“어르신 의 평소 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?”라는 질문에 노쇠 노인들의 94.6%, 전노쇠 노인들의 75.5%, 비노쇠 노인들의 43.3%가 불건강하다고 인식하였으며, 남녀 모두 같은 경향성을 보였다.

〈표 2-2-24〉 노쇠 수준에 따른 평소 건강상태(불건강)

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
노쇠	88	94.6	21	87.5	67	97.1
전노쇠	151	75.5	36	66.7	115	78.8
비노쇠	133	43.3	66	35.7	67	54.9

주: 1) ‘③ 그저 그렇다’, ‘④건강이 나쁜 편이다’, ‘⑤ 건강이 매우 나쁘다’를 ‘불건강’으로 분류함.
2) 이 표의 %는 노쇠 수준과 성별에 따라 불건강이라고 응답한 비율을 의미함.

“동년배에 비하여 어르신 의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 노쇠 단계의 95.7%, 전노쇠 단계의 78.0%, 비노쇠 단계의 45.0%가 불건강하다고 인식하였다.

〈표 2-2-25〉 노쇠 수준에 따른 동년배 대비 건강상태(불건강)

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
노쇠	89	95.7	22	91.7	67	97.1
전노쇠	156	78.0	38	70.4	118	80.8
비노쇠	138	45.0	67	36.2	71	58.2

주: 1) ‘③ 그저 그렇다’, ‘④건강이 나쁜 편이다’, ‘⑤ 건강이 매우 나쁘다’를 ‘불건강’으로 분류함.
2) 이 표의 %는 노쇠 수준과 성별에 따라 불건강이라고 응답한 비율을 의미함.

나. 운동 및 식이습관

전체 응답자의 노쇠 수준에 따른 운동 및 식이습관을 살펴본 결과 노쇠

54 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

수준에 따라 일주일 1회 이상 규칙적 운동을 실천하지 않은 사람의 비율을 보면 노쇠 단계의 61.3%, 전노쇠 단계의 46.5%, 비노쇠 단계의 36.2%가 규칙적 운동을 실천하지 않는 것으로 나타났다. 남녀 모두에게서 노쇠한 노인의 일주일 1회 이상 규칙적 운동 미실시 비율이 높게 나타났다.

〈표 2-2-26〉 노쇠 수준에 따른 일주일 1회 이상 규칙적 운동 미실시

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
노쇠	57	61.3	14	58.3	43	62.3
전노쇠	93	46.5	26	48.2	67	45.9
비노쇠	111	36.2	68	36.8	43	35.3

노쇠 수준에 따른 근력운동 일수를 보면 전반적으로 응답자의 근력운동을 실천하지 않는 비율이 높다. 비노쇠 단계의 83.1%, 전노쇠 단계의 95.0%, 노쇠 단계의 97.9%가 근력운동을 전혀 하지 않는다고 응답하였다. 남녀를 구분하여 살펴보면 남성 노인의 경우 노쇠할수록 근력운동을 전혀 하지 않는 비율이 높아지는 경향성을 보이기는 하나 여성 노인의 경우 노쇠 수준에 상관없이 근력운동을 전혀 하지 않는 비율이 고루 높게 나타났다.

〈표 2-2-27〉 노쇠 수준에 따른 근력운동 일수

구분	전혀 하지 않음		1~2일		3~4일		5일 이상	
	명	%	명	%	명	%	명	%
전체								
노쇠	91	97.9	1	1.1	0	0.0	1	1.1
전노쇠	190	95.0	2	1.0	3	1.5	5	2.5
비노쇠	255	83.1	6	2.0	12	3.9	34	11.1
남								
노쇠	23	95.8	1	4.2	0	0.0	0	0.0
전노쇠	50	92.6	1	1.9	0	0.0	3	5.6
비노쇠	137	74.1	5	2.7	11	6.0	32	17.3

구분	전혀 하지 않음		1~2일		3~4일		5일 이상	
	명	%	명	%	명	%	명	%
구분	전체							
노쇠	68	98.6	0	0.0	0	0.0	1	1.5
전노쇠	140	95.9	1	0.7	3	2.1	2	1.4
비노쇠	118	96.7	1	0.8	1	0.8	2	1.6

노쇠 수준에 따른 식이습관을 보면 노쇠 단계에 따라 뚜렷한 차이를 보이는 것은 ‘고기, 생선, 계란, 콩 등의 반찬을 매일 먹는지 여부’와 ‘신선한 제철 과일을 매일 먹는지 여부’이다. 구체적으로 보면 노쇠한 노인의 경우 고기 생선, 계란, 콩 등의 반찬을 매일 먹는다고 응답한 비율이 25.8%로 전노쇠와 비노쇠 노인보다 그 비율이 낮게 나타났다. 신선한 제철 과일을 매일 먹는다고 응답한 비율을 보면 노쇠 단계 노인의 15.1%가 매일 신선한 제철 과일을 먹는 것에 반해 비노쇠 노인의 36.2%가 매일 신선한 제철 과일을 먹는다고 응답하였다.

남녀 노인의 식이습관은 노쇠 수준에 따라 달리 나타나는데, 남성 노인의 경우 노쇠할수록 고기, 생선, 계란, 콩 등의 반찬을 매일 먹는 비율이 낮게 나타나며(노쇠 단계 41.7% 대 비노쇠 단계 53.5%), 물을 자주 충분히 마시는 비율도 낮게 나타났다(노쇠단계 58.3% 대 비노쇠 단계 72.4%). 반대로 노쇠한 노인일수록 우유 제품이나 두유를 매일 마시는 것으로 나타났다(노쇠 단계 41.7% 대 비노쇠 단계 25.4%).

여성 노인의 경우 노쇠할수록 고기, 생선, 계란, 콩 등의 반찬을 매일 먹는 비율(노쇠 단계 20.3% 대 비노쇠 단계 53.3%), 우유 제품이나 두유를 매일 마시는 비율(노쇠 단계 18.8% 대 비노쇠 단계 33.6%), 신선한 제철 과일을 섭취할 비율(노쇠 단계 10.1% 대 비노쇠 단계 39.3%), 매끼 식사를 하는 비율(노쇠 단계 88.4% 대 비노쇠 단계 95.1%)이 낮게 나타났다.

56 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

〈표 2-2-28〉 노쇠 수준에 따른 식이습관

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
1. 고기, 생선, 계란, 콩 등의 반찬을 매일 드셨습니까?						
노쇠	24	25.8	10	41.7	14	20.3
전노쇠	97	48.5	32	59.3	65	44.5
비노쇠	164	53.4	99	53.5	65	53.3
2. 다양한 채소 반찬을 매일 드셨습니까?						
노쇠	53	57.0	15	62.5	38	55.1
전노쇠	145	72.5	41	75.9	104	71.2
비노쇠	220	71.7	138	74.6	82	67.2
3. 우유 제품이나 두유를 매일 드셨습니까?						
노쇠	23	24.7	10	41.7	13	18.8
전노쇠	55	27.5	15	27.8	40	27.4
비노쇠	88	28.7	47	25.4	41	33.6
4. 신선한 제철 과일을 매일 드셨습니까?						
노쇠	14	15.1	7	29.2	7	10.1
전노쇠	65	32.5	23	42.6	42	28.8
비노쇠	111	36.2	63	34.1	48	39.3
5. 대체로 매일 세끼 식사를 드셨습니까?						
노쇠	81	87.1	20	83.3	61	88.4
전노쇠	183	91.5	51	94.4	132	90.4
비노쇠	293	95.4	177	95.7	116	95.1
6. 목이 마르지 않더라도 물을 자주 충분히 드셨습니까?						
노쇠	57	61.3	14	58.3	43	62.3
전노쇠	107	53.5	31	57.4	76	52.1
비노쇠	206	67.1	134	72.4	72	59.0

다. 정신건강

전체 응답자의 노쇠 수준에 따른 우울을 살펴본 결과 노쇠할수록 우울한 것으로 나타났다. 구체적으로 살펴보면 노쇠 단계의 8.6%가 우울 경계에 해당하고, 18.3%가 우울증이 의심되는 것으로 나타났으며, 전노쇠

단계 노인의 3.0%가 우울 경계, 2.5%가 우울증이 의심되는 상태인 것으로 나타났다. 비노쇠 단계 노인의 경우 1.3%가 우울 경계에 있는 것으로 나타났으며, 우울증이 의심되는 경우는 없는 것으로 나타났다.

〈표 2-2-29〉 우울

구분	비우울		경계		우울증 의심	
	명	%	명	%	명	%
	전체					
노쇠	68	73.1	8	8.6	17	18.3
전노쇠	189	94.5	6	3.0	5	2.5
비노쇠	303	98.7	4	1.3	0	0.0
구분	남					
노쇠	15	62.5	3	12.5	6	25.0
전노쇠	50	92.6	3	5.6	1	1.9
비노쇠	184	99.5	1	0.5	0	0.0
구분	여					
노쇠	53	76.8	5	7.3	11	15.9
전노쇠	139	95.2	3	2.1	4	2.7
비노쇠	119	97.5	3	2.5	0	0.0

주: 15개의 우울 관련 문항의 총점이 10점 미만이면 비우울, 10~11점이면 경계, 12점 이상은 진료 의뢰가 필요한 우울증 의심 단계로 분류함.

제3절 지역 거주 노인의 보건의료서비스 및 돌봄서비스 이용 경험

1. 의료서비스 이용 경험

전체 응답자 중 14.5%가 최근 1년간 응급실 이용 경험이 있다고 응답하였다. 미용 목적의 수술, 건강검진으로 입원한 경우를 제외한 최근 1년간의 입원 경험에 대해서는 전체 응답자 중 21.5%가 경험이 있다고 응답하였다. 최근 3개월 동안 응급·입원을 제외한 외래 진료를 위해 병·의원

(치과 포함)이나 보건소, 한의원 등을 방문한 경험에 대해서는 전체 응답자 중 91.7%가 경험이 있다고 응답하였다.

〈표 2-2-30〉 응급실 이용, 입원, 외래 방문 경험

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
응급실 이용 경험	87	14.5	38	14.5	49	14.5
입원 경험	129	21.5	52	19.8	77	22.9
외래 방문 경험	550	91.7	227	86.3	323	95.9

‘어르신께서는 편찮으시거나 검사 또는 치료 상담을 하고 싶으실 때, 주로 방문하는 의료기관(단골병원)이 있습니까?’라는 문항에는 응답자의 대다수가 주로 방문하는 의료기관이 있다고 응답하였으며(81.5%), 남성보다 여성에게서 그 비율이 높게 나타났다(남성 73.8%, 여성 87.5%)(<표 2-2-31> 참조). 단골병원이 있다고 밝힌 응답자들이 주로 방문하는 의료기관 유형은 병의원으로 전체 응답자 중 71.6%가 병의원을 단골병원으로 이용하고 있다고 응답했다(<표 2-2-32> 참조).

〈표 2-2-31〉 주로 방문하는 의료기관(단골병원)

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
단골병원 있음	489	81.5	194	73.8	295	87.5

〈표 2-2-32〉 주로 방문하는 의료기관(단골병원)의 유형

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
종합병원/대학병원	98	20.0	48	24.7	50	17.0
병의원	350	71.6	133	68.6	217	73.6
한방병의원	10	2.0	0	0.0	10	3.4
보건소	27	5.5	10	5.2	17	5.8
기타	4	0.8	3	1.6	1	0.3

‘어르신께서는 편찮으시거나 검사 또는 치료 상담을 하고 싶으실 때, 주로 방문하는 의사 선생님(단골의사)이 있습니까?’라는 문항에는 전체 응답자의 76.0%가 ‘예’라고 응답했으며, 남성보다 여성에게서 그 비율이 높게 나타났다.

〈표 2-2-33〉 주로 방문하는 의사(단골의사)

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
단골의사 있음	456	76.0	182	69.2	274	81.3

단골병원 혹은 단골의사가 있는 경우 ‘어르신께서 단골병원이나 단골 의사와 상담한 후 다른 의료기관을 이용하신 경험이 있으십니까?’라는 문항에 ‘예’라고 응답한 비율은 전체 응답자의 29.5%로, 남성보다 여성에게서 그 비율이 높게 나타났다.

〈표 2-2-34〉 단골병원이나 단골의사와 상담 후 다른 의료기관 이용 경험

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
경험 있음	147	29.5	49	24.6	98	32.8

‘단골병원이나 단골의사는 어르신께 발생하는 일상적인 건강 문제의 대부분을 해결해 줍니까?’라는 문항에는 대다수가 긍정적인 의견(‘항상 그렇다’, ‘대체로 그렇다’로 응답)을 표했으며(71.3%), 그 비율은 남녀 간 크게 차이가 나지 않았다.

〈표 2-2-35〉 단골병원이나 단골의사의 건강 문제 해결 능력에 대한 평가

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
항상 그렇다	41	8.2	19	9.6	22	7.4
대체로 그렇다	314	63.1	124	62.3	190	63.6
거의 그렇지 않다	142	28.5	55	27.6	87	29.1
전혀 그렇지 않다	1	0.2	1	0.5	0	0.0

2. 의료이용 정보 경로 및 건강 문해력

‘어르신께서는 편찮으시거나 치료 상담 등이 필요하여 의료기관을 방문하고 싶으실 때, 무슨 과를 가야 할지 어떻게 결정하십니까?’라는 문항에 대한 응답은 〈표 2-2-36〉과 같다. 의료 이용 결정을 위한 정보 경로로 자녀 등 가족에게 물어본다는 응답이 43.5%로 가장 많았으며, 단골병원이나 의사에게 물어본다는 비율이 전체 응답자의 26.3%로 그 뒤를 이었다.

〈표 2-2-36〉 의료 이용(진료과) 결정을 위한 정보 경로

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
자녀 등 가족	261	43.5	104	39.5	157	46.6
친구 혹은 이웃	47	7.8	13	4.9	34	10.1
동네 약국 약사	8	1.3	2	0.8	6	1.8
단골병원이나 의사	158	26.3	65	24.7	93	27.6
의료기관 광고나 간판	4	0.7	4	1.5	0	0.0
기타	122	20.3	75	28.5	47	14.0

‘어르신께서는 병원에서 제공하는 안내문이나 각종 서식, 교육용 건강관리 자료를 이해하는 데 다른 사람의 도움이 필요하신 편입니까?’라는 문항에 대한 응답은 〈표 2-2-37〉과 같다. 전체 응답자의 대다수인 70.7%가 ‘거의 혹은 전혀 도움이 필요하지 않다’라고 응답하였다. 병원

제공 안내문 및 자료의 이해를 위한 타인의 도움 필요도 정도는 남녀 간 차이를 보였는데, 남성의 대다수인 84.1%가 ‘거의 혹은 전혀 도움이 필요하지 않다’고 응답한 것에 반해 여성의 경우 60.3%가 ‘거의 혹은 전혀 도움이 필요하지 않다’고 응답하였다.

〈표 2-2-37〉 병원 제공 안내문 및 자료의 이해를 위한 타인의 도움 필요도

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
항상 필요하다	36	6.0	7	2.7	29	8.6
대체로 필요하다	140	23.3	35	13.3	105	31.2
거의 필요하지 않다	291	48.5	124	47.2	167	49.6
전혀 필요하지 않다	133	22.2	97	36.9	36	10.7

‘어르신께서는 약 봉투 및 복약 안내서에 적힌 내용이 이해가 되지 않아 약을 올바르게 복용하는 데 어려움을 겪으신 적이 있습니까?’라는 문항에 전체 응답자의 84.8%가 ‘거의 혹은 전혀 그렇지 않다’고 응답하였다. 병원 제공 안내문 및 자료의 이해를 위한 타인의 도움 필요도 정도와 유사하게 약 봉투 및 복약 안내서의 내용 이해도 역시 남성보다 여성에게서 내용 이해가 ‘대체로 그렇다’ 혹은 ‘항상 그렇다’라고 응답한 비율이 높게 나타났다(남성 5.7% 대 여성 22.6%).

〈표 2-2-38〉 약 봉투 및 복약 안내서의 내용 이해 어려움

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
항상 그렇다	14	2.3	5	1.9	9	2.7
대체로 그렇다	77	12.8	10	3.8	67	19.9
거의 그렇지 않다	312	52.0	122	46.4	190	56.4
전혀 그렇지 않다	197	32.8	126	47.9	71	21.1

3. 장기요양서비스 인지 및 이용 경험

장기요양서비스 인지 및 이용 경험을 살펴본 결과는 다음과 같다. 우선 장기요양보험제도를 인지하고 있는 노인의 비율은 77.5%로 높게 나타났다. 전체 응답자 중 노인 장기요양보험등급 신청을 한 비율은 3.9%로 나타났다. 또한 전체 응답자 중 장기요양보험제도를 이용해 본 적이 있는 사람의 비율은 66.7%로 나타났다.

그리고 장기요양등급을 신청하지 않은 이유를 구체적으로 물어본 결과 (<표 2-2-40> 참조) 대다수의 노인은 아직 남의 도움 없이 스스로 살 수 있기 때문이라고 응답했다(96.0%).

<표 2-2-39> 장기요양보험제도 인지 및 등급 신청, 이용 여부

구분	노인장기요양보험제도 인지		노인장기요양보험등급 신청 여부		노인장기요양보험 이용 여부	
	명	%	명	%	명	%
예	465	77.5	18	3.9	12	66.7
아니요	135	22.5	447	96.1	6	33.3
계	600	100.0	465	100.0	18	100

<표 2-2-40> 장기요양보험등급 신청을 하지 않은 이유

구분		
	명	%
아직 남의 도움 없이 스스로 살 수 있어서	429	96.0
노인장기요양보험제도에 대해 알지 못해서	11	2.5
등급 인정을 받지 못할 것 같아서	1	0.2
비용이 부담될 것 같아서	1	0.2
노인장기요양보험서비스가 만족스럽지 못할 것 같아서	1	0.2
가족 이외의 누구에게도 도움을 받고 싶지 않아서	4	0.9
계	447	100.0

4. 지역사회 돌봄서비스

지역사회 돌봄서비스와 관련하여 이 연구에서는 노인돌봄서비스 인지 여부, 지역사회 돌봄서비스 이용 경험과 서비스 수요를 살펴보았다. 우선 노인돌봄서비스 인지 여부를 살펴본 결과는 <표 2-2-41>과 같다. 전체 응답자의 대다수인 81.2%가 노인돌봄서비스에 대해 인지하고 있었으며, 남녀 간 차이는 크게 나타나지 않았다.

<표 2-2-41> 노인돌봄서비스 인지 여부

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
예	487	81.2	212	80.6	275	81.6
아니요	113	18.8	51	19.4	62	18.4
계	600	100.0	263	100.0	337	100.0

가. 이용 경험

지역사회 돌봄서비스 이용 경험을 물어본 결과 전반적으로 지역사회 돌봄서비스 이용 경험률이 낮게 나타났다. 이 중 물리치료 및 재활(물리치료, 직업치료, 언어치료 및 재활훈련서비스)을 이용한 비율이 34.5%로 가장 높게 나타났다. 그다음으로는 방문간호(간병)(방문진료, 투약, 체온·혈압·혈당 측정, 신체간병 등)가 10.2%로, 여가생활을 위한 서비스 이용 경험률이 7.0%로 높게 나타났다. 남녀 노인을 비교해서 살펴보면 일반적으로 남성보다 여성에게서 지역사회 돌봄서비스 유형을 막론하고 이용률이 높게 나타났다.

64 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

〈표 2-2-42〉 지역사회 돌봄서비스 이용 경험

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
직업상담 및 취업준비, 훈련 서비스(일자리 상담 및 알선, 취업준비, 교육 등)	21	3.5	5	1.9	16	4.8
정서적 서비스(말벗, 전화 안부, 책 읽어주기 등)	25	4.2	6	2.3	19	5.6
일상생활 지원 서비스(행정업무 대행, 차량 지원, 외출동행, 장보기, 심부름 등)	11	1.8	2	0.8	9	2.7
급식지원(식사 배달, 급식지원, 밑반찬 배달, 영양식 지원 등)	15	2.5	5	1.9	10	3.0
전문 상담 서비스(개별·집단·가족상담, 심리사회적 상담, 정신건강 관련 상담)	11	1.8	1	0.4	10	3.0
주거지원(주거 제공 및 주거 개조, 도배, 상하수도, 해충 박멸, 주방 개조 등)	6	1.0	1	0.4	5	1.5
여가생활(여가시간 활용, 문화 및 레저 관련 활동)	42	7.0	8	3.0	34	10.1
요양시설 보호(치매 중풍 등으로 인한 시설 케어)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
주·야간 보호(낮이나 밤 시간의 일시적 케어)	2	0.3	0	0.0	2	0.6
단기 보호(단기적 소규모 시설 보호)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
가사지원서비스(청소, 취사, 세탁 등 가사 지원)	25	4.2	10	3.8	15	4.5
물리치료 및 재활(물리치료, 작업치료, 언어치료 및 재활훈련서비스)	207	34.5	58	22.1	149	44.2
방문간호(간병)(방문진료, 투약, 체온·혈압·혈당 측정, 신체간병 등)	61	10.2	15	5.7	46	13.7
방문 및 이동 목욕(재가 노인을 위한 목욕지원 서비스)	2	0.3	0	0.0	2	0.6

나. 수요

지역사회 돌봄서비스를 실제 이용한 것과는 달리 노인들이 필요로 하는 서비스가 무엇인지를 물어본 결과 이용 경험과 유사하게 물리치료 및 재활(물리치료, 작업치료, 언어치료 및 재활훈련서비스) 서비스가 필요하다고 응답한 비율이 45.0%로 가장 높게 나타났다. 그다음으로는 방문간호(간병)(방문진료, 투약, 체온·혈압·혈당 측정, 신체간병 등)가 39.8%, 여가생활을 위한 서비스가 36.3%, 요양시설 보호가 31.2%로 높게 나타났다. 남녀 모두에게서 물리치료 및 재활과 방문간호(간병)가 필요하다는 응

답이 높게 나타났으나, 여성 노인의 경우 가사 지원 서비스(청소, 취사, 세탁 등 가사 지원)가 필요하다는 응답이 36.5%로 높게 나타났다.

〈표 2-2-43〉 지역사회 돌봄서비스 수요

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
직업상담 및 취업준비, 훈련 서비스(일자리 상담 및 알선, 취업준비, 교육 등)	73	12.2	24	9.1	49	14.5
정서적 서비스(말벗, 전화 안부, 책 읽어주기 등)	119	19.8	43	7.2	76	22.6
일상생활 지원 서비스(행정업무 대행, 차량 지원, 외출동행, 장보기, 심부름 등)	115	19.2	29	11.0	86	25.5
급식지원(식사 배달, 급식지원, 밑반찬 배달, 영양식 지원 등)	130	21.7	43	16.4	87	25.8
전문 상담 서비스(개별·집단·가족상담, 심리사회적 상담, 정신건강 관련 상담)	88	14.7	34	12.9	54	16.0
주거지원(주거 제공 및 주거 개조, 도배, 상하수도, 해충 박멸, 주방 개조 등)	149	24.8	53	20.2	96	28.5
여가생활(여가시간 활용, 문화 및 레저 관련 활동)	218	36.3	77	29.3	141	41.8
요양시설 보호(치매 증풍 등으로 인한 시설 케어)	187	31.2	76	28.9	111	32.9
주·야간 보호(낮이나 밤 시간의 일시적 케어)	90	15.0	31	11.8	59	17.5
단기 보호(단기적 소규모 시설 보호)	47	7.8	19	7.2	28	8.3
가사지원서비스(청소, 취사, 세탁 등 가사 지원)	178	29.7	55	20.9	123	36.5
물리치료 및 재활(물리치료, 작업치료, 언어치료 및 재활훈련서비스)	270	45.0	94	35.7	176	52.2
방문간호(간병)(방문진료, 투약, 체온·혈압·혈당 측정, 신체간병 등)	239	39.8	84	31.9	155	46.0
방문 및 이동 목욕(재가 노인을 위한 목욕지원 서비스)	111	18.5	49	18.6	62	18.4

다. 지원 형태에 대한 의견

돌봄서비스 지원 형태에 대한 의견을 물어본 결과 전체 응답자의 43.7%가 국가가 직접 운영하는 노인요양시설에서 어르신을 돌보는 것을 가장 선호하는 형태라고 응답하였다. 그다음으로는 국가 비용을 가족 외

외부인(전문요양인력)을 고용하여 집에서 어르신을 돌보는 것이 18.2%로, 가족이 돌봄수당을 받으며 직접 집에서 어르신을 돌보는 것이 17.0%로 나타났다.

〈표 2-2-44〉 돌봄서비스 지원 형태에 대한 의견

구분	전체	
	명	%
가족이 돌봄수당을 받으며 직접 집에서 어르신을 돌본다	102	17.0
가족이 전문요양인력으로 교육받아 임금을 받으며 직접 집에서 어르신을 돌본다	87	14.5
국가 비용으로 가족 외 외부인(전문요양인력)을 고용하여 집에서 어르신을 돌본다	109	18.2
국가 비용으로 민간이 운영하는 주간 보호시설에서 어르신을 돌본다	13	2.2
국가 비용으로 민간이 운영하는 노인 요양시설에서 어르신을 돌본다	27	4.5
국가가 직접 운영하는 노인 요양시설에서 어르신을 돌본다	262	43.7
계	600	100.0

5. 노쇠에 따른 의료서비스 및 돌봄서비스 이용 경험 차이

가. 의료서비스 이용 경험

노인의 의료서비스 이용 경험을 살펴보면 노쇠할수록 지난 1년간 응급실 이용 경험, 입원 경험이 높게 나타났다. 외래 방문 경험의 경우 노쇠 단계에 따른 뚜렷한 차이를 보이지는 않으나 비노쇠 단계의 노인보다는 전노쇠 및 노쇠 단계의 노인에게서 외래 방문 경험이 높게 나타났다.

구체적으로 보면 전체 응답자 중 최근 1년간 응급실 이용 경험이 있다고 응답한 비율은 노쇠 단계에서 34.4%, 전노쇠 단계에서 14.0%, 비노쇠 단계에서 8.8%로 나타났다. 미용 목적의 수술, 건강검진으로 입원한 경우를 제외한 최근 1년간의 입원 경험이 있다고 응답한 비율은 노쇠 단계에서 46.2%, 전노쇠 단계에서 21.0%, 비노쇠 단계에서 14.3%로 나타났다. 마지

மாக으로 최근 3개월 동안 응급·입원을 제외한 외래 진료를 위해 병·의원(치과 포함)이나 보건소, 한의원 등을 방문한 경험이 있다고 응답한 비율의 경우 노쇠 단계에서 96.8%, 전노쇠 단계에서 98.0%, 비노쇠 단계에서 86.0%로 나타났다. 이 같은 경향성은 남녀에게서 큰 차이를 보이지 않았다.

〈표 2-2-45〉 노쇠 수준에 따른 응급실 이용, 입원, 외래 방문 경험

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
응급실 이용 경험						
노쇠	32	34.4	10	41.7	22	31.9
전노쇠	28	14.0	11	20.4	17	11.6
비노쇠	27	8.8	17	9.2	10	8.2
입원 경험						
노쇠	43	46.2	11	45.8	32	46.4
전노쇠	42	21.0	12	22.2	30	20.6
비노쇠	44	14.3	29	15.7	15	12.3
외래 방문 경험						
노쇠	90	96.8	24	100.0	66	95.7
전노쇠	196	98.0	52	96.3	144	98.6
비노쇠	264	86.0	151	81.6	113	92.6

노쇠 수준에 따른 최근 2년간의 건강검진 경험을 살펴본 결과 노쇠 단계의 82.8%가 건강검진을 받은 것으로 나타났으며, 전노쇠 단계의 93.0%, 비노쇠 단계의 90.9%가 건강검진을 받은 것으로 나타났다.

〈표 2-2-46〉 노쇠 수준에 따른 건강검진 경험

구분	전체		남		여	
	명	%	명	%	명	%
노쇠	77	82.8	18	75.0	59	85.5
전노쇠	186	93.0	48	88.9	138	94.5
비노쇠	279	90.9	162	87.6	117	95.9

나. 돌봄서비스 이용 경험

노인의 돌봄서비스 이용 경험을 노쇠 수준에 따라 살펴보면 노쇠 단계 노인의 77.4%, 전노쇠 단계의 79.5%, 비노쇠 단계의 83.4%가 노인돌봄 서비스를 인지하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 2-2-47〉 노쇠 수준에 따른 노인돌봄서비스 인지 여부

구분	전체		노쇠		전노쇠		비노쇠	
	명	%	명	%	명	%	명	%
예	487	81.2	72	77.4	159	79.5	256	83.4
아니요	113	18.8	21	22.6	41	20.5	51	16.6
계	600	100.0	93	100.0	200	100.0	307	100.0

지역사회 돌봄서비스 이용 경험을 노쇠 단계에 따라 살펴보면 전반적으로 노쇠 단계의 노인의 지역사회 돌봄서비스 이용 경험이 전노쇠나 비노쇠 단계의 노인보다 높게 나타난다. 노쇠 단계의 노인이 가장 많이 이용한 서비스는 ‘물리치료 및 재활서비스로 51.6%가 이용한 것으로 나타나며, 방문간호(간병)서비스도 20.4%가 이용한 것으로 나타났다. 그다음으로는 가사지원서비스(12.9%), 급식지원(식사 배달, 밑반찬 배달, 영양식 지원 등)서비스(11.8%)를 받은 것으로 나타났다. 전노쇠 단계의 노인에게서 역시 물리치료 및 재활서비스 이용 경험이 46.0%로 가장 높게 나타났다으며, 방문간호(간병)서비스는 12.5%가 받은 것으로 나타났다. 비노쇠 단계 노인의 경우 지역사회 돌봄서비스 이용 비율이 매우 낮게 나타났다. 이들 집단의 경우 물리치료 및 재활서비스를 받은 비율이 21.8%로 가장 높았으며, 그다음은 여가생활을 위한 서비스가 6.2%로 높게 나타났다.

〈표 2-2-48〉 노쇠 수준에 따른 지역사회 돌봄서비스 이용 경험

구분	노쇠		전노쇠		비노쇠	
	명	%	명	%	명	%
직업상담 및 취업준비, 훈련 서비스(일자리 상담 및 알선, 취업준비, 교육 등)	5	5.4	7	3.5	9	2.9
정서적 서비스(말벗, 전화 안부, 책 읽어주기 등)	6	6.5	14	7.0	5	1.6
일상생활 지원 서비스(행정업무 대행, 차량 지원, 외출동행, 장보기, 심부름 등)	7	7.5	4	2.0	0	0.0
급식지원(식사 배달, 급식지원, 밑반찬 배달, 영양식 지원 등)	11	11.8	3	1.5	1	0.3
전문 상담 서비스(개별/집단/가족상담, 심리사회적 상담, 정신건강 관련 상담)	5	5.4	4	2.0	2	0.7
주거지원(주거 제공 및 주거 개조, 도배, 상하수도, 해충 박멸, 주방 개조 등)	1	1.1	5	2.5	0	0.0
여가생활(여가시간 활용, 문화 및 레저 관련 활동)	7	7.5	16	8.0	19	6.2
요양시설 보호(치매 중풍 등으로 인한 시설 케어)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
주·야간 보호(낮이나 밤 시간의 일시적 케어)	1	1.1	1	0.5	0	0.0
단기 보호(단기적 소규모 시설 보호)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
가사지원서비스(청소, 취사, 세탁 등의 가사지원)	12	12.9	12	6.0	1	0.3
물리치료 및 재활(물리치료, 작업치료, 언어치료 및 재활훈련서비스)	48	51.6	92	46.0	67	21.8
방문간호(간병)(방문진료, 투약, 체온·혈압·혈당 측정, 신체간병 등)	19	20.4	25	12.5	17	5.5
방문 및 이동 목욕(재가 노인을 위한 목욕지원 서비스)	0	0.0	2	1.0	0	0.0

노쇠 수준에 따른 지역사회 돌봄서비스 수요를 살펴보면 다음의 〈표 2-2-49〉와 같다. 노쇠 단계 노인의 경우 물리치료 및 재활서비스에 대한 수요가 62.4%로 가장 높게 나타났다. 그다음으로는 가사지원서비스에 대한 수요가 54.8%, 방문간호(간병) 수요가 52.7%, 요양시설 보호가 47.3%로 높게 나타났다. 전노쇠 단계의 노인인 경우 물리치료 및 재활서비스에 대한 수요가 49.0%, 방문간호(간병) 수요가 46.5%, 여가생활에 대한 수요가 41.0%로 높게 나타났다. 이러한 경향성은 비노쇠 단계의 노인에게서도 유사하였다.

70 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

〈표 2-2-49〉 노쇠 수준에 따른 지역사회 돌봄서비스 수요

구분	노쇠		전노쇠		비노쇠	
	명	%	명	%	명	%
직업상담 및 취업준비, 훈련 서비스(일자리 상담 및 알선, 취업준비, 교육 등)	10	10.8	29	14.5	34	11.1
정서적 서비스(말벗, 전화 안부, 책 읽어주기 등)	28	30.1	46	23.0	45	14.7
일상생활 지원 서비스(행정업무 대행, 차량 지원, 외출동행, 장보기, 심부름 등)	29	31.2	49	24.5	37	12.1
급식지원(식사 배달, 급식지원, 밑반찬 배달, 영양식 지원 등)	35	37.6	54	27.0	41	13.4
전문 상담 서비스(개별·집단·가족상담, 심리사회적 상담, 정신건강 관련 상담)	18	19.4	37	18.5	33	10.8
주거지원(주거 제공 및 주거 개조, 도배, 상하수도, 해충 박멸, 주방 개조 등)	36	38.7	58	29.0	55	17.9
여가생활(여가시간 활용, 문화 및 레저 관련 활동)	35	37.6	82	41.0	101	32.9
요양시설 보호(치매 중풍 등으로 인한 시설 케어)	44	47.3	70	35.0	73	23.8
주·야간 보호(낮이나 밤 시간의 일시적 케어)	24	25.8	25	12.5	41	13.4
단기 보호(단기적 소규모 시설 보호)	12	12.9	14	7.0	21	6.8
가사지원서비스(청소, 취사, 세탁 등 가사 지원)	51	54.8	68	34.0	59	19.2
물리치료 및 재활(물리치료, 작업치료, 언어치료 및 재활훈련서비스)	58	62.4	98	49.0	114	37.1
방문간호(간병)(방문진료, 투약, 체온·혈압·혈당 측정, 신체간병 등)	49	52.7	93	46.5	97	31.6
방문 및 이동 목욕(재가 노인을 위한 목욕지원 서비스)	23	24.7	39	19.5	49	16.0

노쇠 수준에 따른 돌봄서비스 지원 형태에 대한 인식을 살펴보면 노쇠 단계와 상관없이 모든 집단에게서 국가가 직접 운영하는 노인요양시설에서 어르신을 돌보는 것을 가장 선호하는 것으로 나타났다(노쇠 단계 49.5%, 전노쇠 단계 40.0%, 비노쇠 단계 44.3%).

(표 2-2-50) 노쇠 수준에 따른 돌봄서비스 지원 형태에 대한 의견

구분	전체		노쇠		전노쇠		비노쇠	
	명	%	명	%	명	%	명	%
가족이 돌봄수당을 받으며 직접 집에서 어르신을 돌본다	102	17.0	15	16.1	33	16.5	54	17.6
가족이 전문요양인력으로 교육 받아 임금을 받으며 직접 집에서 어르신을 돌본다	87	14.5	12	12.9	36	18.0	39	12.7
국가 비용으로 가족 외 외부인(전문요양인력)을 고용하여 집에서 어르신을 돌본다	109	18.2	14	15.1	40	20.0	55	17.9
국가 비용으로 민간이 운영하는 주간 보호시설에서 어르신을 돌본다	13	2.2	1	1.1	4	2.0	8	2.6
국가 비용으로 민간이 운영하는 노인요양시설에서 어르신을 돌본다	27	4.5	5	5.4	7	3.5	15	4.9
국가가 직접 운영하는 노인요양 시설에서 어르신을 돌본다	262	43.7	46	49.5	80	40.0	136	44.3
계	600	100.0	93	100.0	200	100.0	307	100.0

제4절 소결

이 연구에서는 지역사회에 거주하는 65~84세 노인을 대상으로 노쇠와 건강 수준, 의료 이용 및 지역사회 돌봄서비스 이용 경험 등을 조사하였다. 일반적 현황과 더불어 노쇠 수준에 따른 건강 수준과 의료 이용, 지역사회 돌봄서비스 이용 경험 차이 역시 살펴보았다. 이 절에서는 노쇠 수준에 따른 차이를 중심으로 결과를 요약하고, 이에 기반한 정책 방향들을 제시하였다.

이 연구 결과 선행연구에서 일관되게 보고하는 것과 같이(박은옥, 유미, 2016, p. 849; 김남순 외, 2017, pp. 163-165) 지역사회 거주 노인

의 노쇠 수준을 살펴보면 여성일수록, 연령이 높을수록, 독거 가구이거나 배우자가 없을수록, 소득수준이 낮을수록 노쇠 단계에 있는 비율이 높게 나타났다.

노쇠 단계에 따른 노인의 건강 상태와 건강 행태를 살펴본 결과 노쇠한 노인일수록 자신의 건강상태가 불건강하다고 인식하는 비율이 높게 나타났다. 건강 행태 중 운동과 관련해 노쇠한 노인일수록 일주일 1회 이상 규칙적 운동을 실천하지 않는 비율이 높았다. 근력운동을 전혀 하지 않는 비율이 높게 나타났다. 식이습관 역시 노쇠 단계의 노인에게서 고기, 생선, 계란, 콩 등의 반찬을 매일 먹는 비율과 신선한 제철 과일을 매일 먹는다고 응답한 비율이 전노쇠나 비노쇠 단계의 노인보다 낮게 나타났다. 마지막으로 노쇠와 우울 간의 관계 역시 노쇠 단계의 노인에게서 우울 경계 혹은 우울증 의심 단계에 속하는 비율이 전노쇠나 비노쇠 노인보다 높게 나타났다. 즉 분석 결과를 요약해 보면 노쇠한 노인일수록 스스로의 건강을 좋지 않다고 인식하고, 운동도 규칙적으로 하지 않으며, 식이습관이 좋지 않고 우울할 가능성이 높다는 것이다.

또한 노쇠 단계에 속한 노인일수록 지난 1년간 응급실 이용 경험과 입원 경험을 한 비율이 높게 나타났으며, 건강검진을 받은 비율도 낮게 나타났다. 지역사회 돌봄서비스 이용을 보면 노쇠 단계에 속한 노인들은 지역사회 노인돌봄서비스를 전노쇠나 비노쇠 노인보다 많이 이용한 것으로 나타난다. 노쇠 단계에 속한 노인이 받은 서비스 유형을 살펴보면 물리치료와 재활, 방문간호와 간병, 가사지원서비스와 급식지원서비스로 주로 치료와 요양, 가사와 식생활에 대한 지원을 많이 받은 것을 알 수 있다. 이러한 서비스 유형은 노쇠 단계에 속한 노인이 앞으로도 받기를 원하는 서비스이기도 하다. 노쇠 단계에 속한 노인들이 받고 있고 받기를 원하는 서비스는 전노쇠와 비노쇠 단계에 속한 노인들이 물리치료, 재활과 더불어

여가생활서비스를 많이 받고 있고 받기를 원하는 것과 차이가 있다.

이상의 내용을 종합할 때 이 연구에서 살펴본 지역사회 노인들의 약 15%는 노쇠를 경험하고 있고, 노쇠 단계의 노인일수록 신체적, 정신적으로 낮은 건강상태를 보이는 이중 부담을 가지고 있음을 알 수 있었다(김남순 외, 2017, pp. 172-176).

노쇠는 다행히도 상당수에서 예방이 가능할 뿐 아니라 노쇠 상태로 진행된 경우도 일부에서 이전 상태로 회복이 가능하다고 알려져 있어서 적극적인 개입과 관리가 도움이 될 수 있다(원장원, 2017, p. 316). 이 때문에 노쇠를 사전에 예방하고 관리하기 위한 노력들이 필요하다. 노쇠 예방 및 관리 주체는 노인 스스로이기도 하며, 노인을 대상으로 서비스를 제공하는 기관이나 시설일 수 있다. 일반적으로 노쇠를 예방하고 관리하기 위한 조치로 운동과 식습관 조절이 언급되나, 이를 제대로 실천하고 있는 노인의 비율은 이 연구에서 나타난 것처럼 매우 낮다. 노쇠를 예방하고 관리하기 위한 지역사회 기반 프로그램들이 보건소나 찾아가는 동주민센터, 노인복지관, 대한노인회 등 다수의 기관 및 시설에서 제공되고 있다. 그러나 이 프로그램들은 일정 주기(8회기, 12회기 등)를 가지고 시행되기 때문에 노인 스스로가 꾸준히 제대로 된 운동과 식습관 실천을 하지 못하면 노쇠 예방 및 관리는 이루어지기 어렵다. 노인들이 자신의 노쇠 수준을 제대로 인식하고, 자신의 노쇠 수준을 관리하기 위해서는 식습관 조절 및 운동이 필요하다는 것을 스스로 인식하고 있는 것을 실천으로 옮길 수 있도록 장려하는 프로그램이 필요해 보인다.

노쇠 예방 및 관리를 위해서는 지역사회를 기반으로 노인을 대상으로 서비스를 제공하는 기관 및 시설의 역할 역시 중요하다. 보건소의 방문간호나 노인복지관, 찾아가는 동사무소나 읍면동 복지허브화사업단과 같이 다양한 서비스 제공 주체들은 노인의 노쇠 수준을 측정하는 것과 더불어

노쇠 수준에 따른 예방 및 관리서비스를 가정방문, 소규모 집단 교육, 영양 및 운동 개입 프로그램 등의 다양한 방식으로 제공할 수 있도록 하는 노력이 필요하다. 이를 위해서는 지역사회 내 노인을 대상으로 서비스를 제공하는 기관과 시설들 간 협력과 역할 조정이 선행되어야 한다.

지역사회 노쇠 유병 및 관리 현황 조사가 전국 단위로 수행된 것이 아니라 충남 지역을 대상으로 실시되었다. 따라서 지역사회 인구 분포, 의료 및 복지 자원에 따른 차이가 존재하는 상황에서 조사 결과를 일반화하는 것에는 한계가 존재한다. 따라서 노쇠관리에 관한 정책 과제를 도출하기 위해서 대도시와 지방 상황을 반영하고자 2개 지역에서 질적 면담을 시도하였다.

제 3 장

외국의 노쇠 예방 및 관리 사업 현황

제1절 노쇠 예방 및 관리 사업이란?

제2절 외국의 노쇠 예방 및 관리 사업 사례



3

외국의 노쇠 예방 및 관리 사업 << 현황

제1절 노쇠 예방 및 관리 사업이란?

1. 국제 가이드라인 및 종설

노쇠관리에 관한 국제 가이드라인의 주요 내용은 <표 2-3-1>에 요약되어 있다. 유럽연합, 이탈리아, 영국, 싱가포르, 캐나다에서 국가 수준의 가이드라인이 개발되어 노쇠의 평가, 예방, 관리 등에 관한 지침이 제시되었다. 각각의 가이드라인은 지역사회 노쇠관리 사례를 요약한 것부터 노인의학 전문의들의 의견을 요약한 것에 이르기까지 다양한 내용을 포함하고 있었다.

대부분의 문헌들은 일차의료 의사를 위한 임상진료지침(clinical practice guideline)을 제공하기 위한 목적에서 개발되었고, 일부 환자 또는 보호자를 위한 교육 자료를 제공하고 있었다. 지역사회 관점에서 노쇠관리에 대해 의미 있는 시사점을 담고 있는 가이드라인은 단 두 편에 불과하였다(European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging, 2012; Age in UK, 2014).

이상의 문헌에서 공통적으로 또한 강력하게 권고하고 있는 내용은 다음과 같다. 이들은 지금까지 20~30년간 충분한 근거가 축적되어 있으므로 지역사회 노쇠관리를 설계하는 과정에서 핵심 서비스로 간주되어야 할 것이다.

78 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

- (1) CGA를 실시하고 이를 통해 개별화된 노쇠관리 계획을 수립해야 한다.
- (2) 다면적 운동 또는 사전적 재활(prehabilitation)을 실시하는 것은 효과적인 중재 방법이다.
- (3) 균형 있는 영양관리와 고단백 식사를 통해 영양 상태를 증진하는 것은 효과적인 중재 방법이다.

〈표 2-3-1〉 노쇠관리모형 개발을 위한 국제 가이드라인의 주요 내용

문헌정보	국가	주요 내용
European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging. (2012). Action plan on prevention and early diagnosis of frailty and functional decline, both physical and cognitive, in older people. Retrieved from https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/action-plan-prevention-and-early-diagnosis-frailty-and-functional-decline-both-physical-and_en .	EU	<ul style="list-style-type: none"> · 7 objective and key gaps · Summarized from local cases · Policymaker oriented
Bavazzono, A., Badiani, E., Bandinelli, S., Benvenuti, F., Berni, G., Biagini, C. A., ... Tonelli, L. (2013). Frailty in elderly people. (SNLG Regions 21). Retrieved from http://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/Frailty+in+elderly+people/9327bb85-6d3c-4e1b-a398-669e76ce5b01?version=1.0	Italy	<ul style="list-style-type: none"> · Opportunity approach vs Proactive approach · Clinician oriented
Age in UK. (2014). Fit for frailty - British Geriatrics Society. Retrieved from https://www.bgs.org.uk	UK	<ul style="list-style-type: none"> · Best practice guideline for both outpatient clinic and community · Policymaker oriented
Dent, E., Lien, C., Lim, W. S., Wong, W. C., Wong, C. H., Ng, T. P., ... Flicker, L. (2017). The Asia-Pacific clinical practice guidelines for the management of frailty. Journal of the American Medical Directors Association, 18(7), 564-575. doi: 10.1016/j.jamda.2017.04.018	Singapore	<ul style="list-style-type: none"> · 7 recommendations for clinician · Clinician oriented
BC Guidelines.ca. (2017). Frailty in older adults - Early identification and management.	Canada	<ul style="list-style-type: none"> · 7 recommendations for clinician

문헌정보	국가	주요 내용
Retrieved from https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/frailty		· Clinician oriented

2. 주요 종설에 대한 문헌 고찰 결과

최근 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 한 노쇠 증재에 대한 체계적 고찰(systematic review)이 수행된 결과에 의하면 신체적 활동, 신체적 활동과 영양을 결합한 증재, 신체적 활동, 영양 및 기억 훈련, 가정환경 개선(home modifications), prehabilitation(물리치료, 운동, 가정환경 개선), 포괄평가 등이 있다고 하였다. 이 중에서 신체활동이 포함된 증재와 prehabilitation은 노쇠 악화를 예방할 뿐 아니라 감소시키는 효과를 보였다고 한다(Puts et al., 2017).

Olsan, Shore & Coleman(2009)이 제안한 임상적 미시체계모형(clinical microsystem model)을 제안하였다. 이 모형은 보건의료 조직의 서비스 질 향상을 위해 5가지 구성 요소(5Ps)가 필요하며, 이들 간의 상호작용을 통해 서비스 내용과 질이 결정된다고 제안한다. 여기서 5P는 Purpose, Patients, People, Process, Patterns을 뜻한다.

〈표 2-3-2〉 지역사회 중심 노쇠관리모형 개발을 위한 종설 문헌의 주요 내용

문헌정보	주요 내용
Dedeyne, L., Deschodt, M., Verschuere, S., Tournoy, J., & Gielen, E. (2017). Effects of multi-domain interventions in (pre) frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: A systematic review. <i>Clinical Interventions in Aging</i> , 12, 873-896. doi: 10.2147/CIA.S130794.	· Effect of multi-domain intervention · Frailty focused · Systematic review
Puts, M. T. E., Toubasi, S., Andrew, M. K., Ashe, M. C., Ploeg, J., Atkinson, E., ... & McGilton, K. (2017).	· Diverse interventions in community

문헌정보	주요 내용
Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. <i>Age and ageing</i> , 46(3), 383-392.	· Systematic review
Oeseburg, B., Wynia, K., Middel, B., & Reijneveld, S. A. (2009). Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: A systematic review. <i>Nursing Research</i> , 58(3), 201-210. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181a30941.	· Effects of case management · Frailty focused · Systematic review
Daniels, R., van Rossum, E., de Witte, L., Kempen, G. I., & van den Heuvel, W. (2008). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: A systematic review. <i>BMC Health Services Research</i> , 8(1), 278. doi: 10.1186/1472-6963-8-278.	· Intervention to prevention disability · Frailty focused · Systematic review
Stall, N., Nowaczynski, M., & Sinha, S. K. (2014). Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 62(12), 2243-2251. doi: 10.1111/jgs.13088.	· Home-based primary care · Systematic review
Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K., & Montgomery, P. (2014). Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: A systematic review and meta-analysis. <i>PLoS One</i> , 9(3), e89257. doi: 10.1371/journal.pone.0089257.	· Preventive home visits · Systematic review and meta-analysis
Tappenden, P., Campbell, F., Rawdin, A., Wong, R., & Kalita, N. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: A systematic review. <i>Health Technology Assessment</i> , 16(20), 1-20. doi: 10.3310/hta16200.	· Home-based, nurse-led health promotion · Systematic review
Rich, E. C., Lipson, D., Libersky, J., Peikes, D. N., & Parchman, M. L. (2012). Organizing care for complex patients in the patient-centered medical home. <i>Annals of Family Medicine</i> , 10(1), 60-62. doi: 10.1370/afm.1351.	· Patient-centered medical home · Literature review
Low, L. F., Yap, M., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. <i>BMC Health Services Research</i> , 11(1), 93. doi: 10.1186/1472-6963-11-93.	· Different models of home and community care services · Systematic review
Olsan, T. H., Shore, B., & Coleman, P. D. (2009). A clinical microsystem model to evaluate the quality of primary care for homebound older adults.	· Clinical microsystem for homebound older adults

문헌정보	주요 내용
Journal of the American Medical Directors Association, 10(5), 304-313. doi: 10.1016/j.jamda.2009.02.003.	· Literature review
Boult, C., Green, A. F., Boult, L. B., Pacala, J. T., Snyder, C., & Leff, B. (2009). Successful models of comprehensive care for older adult with chronic conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" report. Journal of the American Geriatrics Society, 57(12), 2328-2337. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02571.x.	· Successful models of comprehensive care · Literature review
Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: A systematic review and meta-analysis. The Lancet, 371(9614), 725-735. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60342-6.	· Complex intervention to improve physical function · Systematic review and meta-analysis
Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 63(3), 298-307. Retrieved from https://academic.oup.com/biomedgerontology	· Multidimensional preventive home visit · Systematic review and meta-analysis
Grabowski, D. C. (2006). The cost-effectiveness of noninstitutional long-term care services: Review and synthesis of the most recent evidence. Medical care research and review, 63(1), 3-28.	· Noninstitutional long-term care · Literature review
Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. JAMA, 287(8), 1022-1028. doi:10.1001/jama.287.8.1022	· Home visits to prevent nursing home admission · Systematic review and meta-analysis
Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Rubenstein, L. Z., & Adams, J. (1993). Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. Lancet, 342(8878), 1032-1036. doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-V	· Comprehensive geriatric assessment · Meta-analysis

제2절 노쇠 예방 및 관리 사업 사례

1. 일차의료 중심 접근

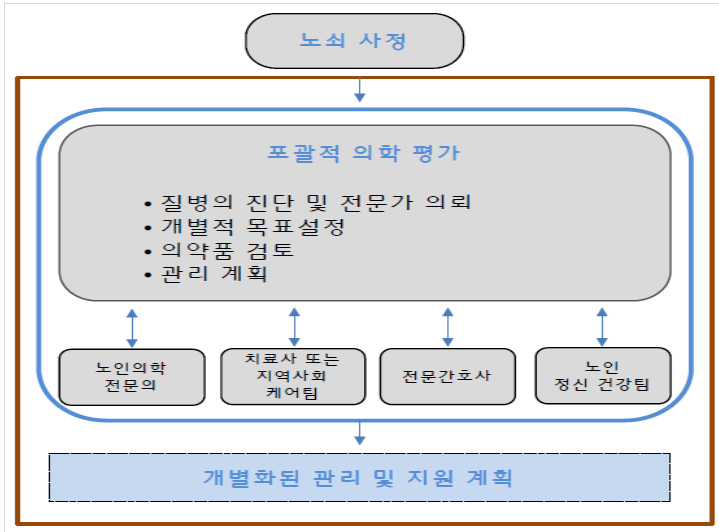
가. Fit For Frailty

영국노인의학회(British Geriatrics Society)와 노인복지 비영리단체인 AGE UK의 주관으로 'Fit for frailty' 지침을 제시하였다. 이 지침은 노인포괄평가에 초점을 두었으며, 포괄적 의학 평가와 적절한 전문가에게 의뢰, 관리 및 지원 계획까지 포함한다. 그리고 포괄적 평가를 통해 노쇠 단계에 있는 노인에게 개별화된 관리 및 지원 계획을 제공하는 것을 최종 목표로 한다(김남순 외, 2017, pp. 63-65, [그림 2-3-1] 참조).

노쇠를 측정하는 도구로는 훈련된 전문가 감독 없이도 활용 가능한 Timed up and go test와 프리스마(Prisma) 7가지 질문이며 그 내용은 다음과 같다(British Geriatrics Society, 2017, p. 8).

- 85세 이상입니까?
- 남자입니까?
- 활동을 제한하는 건강 문제를 가지고 있습니까?
- 기본적으로 당신을 도와줄 누군가가 필요합니까?
- 집에 머무르게 하는 건강 문제를 가지고 있습니까?
- 필요에 따라 의지할 가까운 사람이 있습니까?
- 일상적으로 지팡이나 워커, 휠체어를 사용하십니까?

[그림 2-3-1] Fir for frailty의 노인포괄평가



자료: British Geriatrics Society. (2017). Fit for frailty part1-Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings. p. 16. (김남순 외. (2017). p. 64. 재인용).

이 지침에서는 노쇠가 복잡성, 진단의 불확실성, 증상 조절 장애와 복합적으로 연관되어 있다면 노인의학 전문의 의뢰를 고려하는 것을 권고하였다. 또한 노인의학 전문의는 노쇠 환자가 복용하고 있는 약물을 검토해야 하며, 임상지침 적용 시 개인화된 목표를 설정해야 한다. 치료 목표 및 관리 계획에서 일부 노인에 한해 임종 관리의 내용도 포함될 수 있다. 모든 노인을 대상으로 한 노쇠 스크리닝을 권고하지는 않았다(British Geriatrics Society, 2017, p. 5).

Fit for frailty 지침에 나온 환자 사례를 보면 다음과 같다. 74세 노인 켄은 일차의료에서 하지 궤양 치료를 받고 있었다. 그는 옷 갈아입는 시간이 점점 오래 걸리면서 진료 약속 시간에 늦게 나타나기 시작했다. 켄이 낙상 사고를 당하자 노인의학 전문의가 있는 데이케어 유닛에서 포괄

적으로 평가하고 약물 조정 및 케어를 받게 하여 독립생활을 잘 유지하게 되었다(British Geriatrics Society, 2017, p. 8).

〈표 2-3-3〉 74세 남자 노인 켄의 사례

74세 노인 켄은 일차의료 클리닉의 간호사를 방문하였다. 그의 방문 사유는 하지 정맥 궤양의 상처 부위 드레싱을 하기 위해서였다. 그는 지팡이를 짚고 이동하였으며 집에는 공식 돌봄 제공자는 없지만, 이웃 주민의 도움을 받고 있었다.

그는 파킨슨 병, 고혈압과 자주 넘어지는 병력이 있었다. 최근 켄은 진료 약속 시간에 늦게 나타나기 시작했다. 이 점에 대해서 간호사가 질문한 결과 켄은 의복을 갖춰 입고 나오는 시간이 점점 오래 걸린다고 하였다. 일차의료 클리닉 간호사는 district 간호사로 하여금 집을 방문하여 하지 정맥 궤양 치료를 받는 것을 제안했지만, 켄은 외출하는 것이 좋아서 자기가 방문해서 치료받는 것을 선호한다고 하였다.

몇 주가 지나서 켄은 집에서 낙상을 당했고 앰블런스 불렀다. 앰블런스 팀은 켄에게 병원에 가서 진찰을 받으라고 권유했지만, 그는 거절하였다. 바로 다음 주에 이웃이 그를 데리고 쇼핑을 갔는데, 이 과정에서 다시 낙상을 당했다. 앰블런스 팀은 켄에게 노쇠 가능성을 인지시키고, 병원에 데리고 가는 대신에 다른 다학제적 평가를 소개하였다.

노인의학 전문의를 포함해 여러 전문가가 같이 일하는 다학제적 데이 유닛에서 이와 같은 서비스를 제공하였다. 이들은 노인에 대한 신속 평가를 수행하면서 입원진료 및 병상을 제공하고 있다. 그들은 노인을 상대하는 어떤 전문가가 의뢰해도 이를 수용하고 있다.

다학제적 데이 유닛에서 켄은 포괄적노인평가를 받았으며 다약제 리뷰도 받았다. 그 결과 켄은 파킨슨병에 대한 약을 정확히 복용하지 않고 있으며, 케어 패키지가 필요하다는 진단을 받았다. 켄은 지금 독립적으로 살고 있으며, 넘어지는 경우도 별로 없고 일차의료 클리닉에 늦지 않게 되었다.

자료: British Geriatrics Society. (2017). Fit for frailty Part 1: Consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings. pp. 18-20.

다른 사례는 치매를 앓고 있는 노인이 점점 음식을 삼키는 능력이 약화되었고 기립성 저혈압으로 낙상이 발생하면서 노쇠를 포함한 포괄적 건강평가를 하고 케어 플랜을 작성한 것이다. 작성된 케어 플랜을 보면 이 환자를 케어하기 위해서 일차의료 주치의, Community care team과 간호사, 지역사회 노인의학 전문의, 돌봄 제공자 등이 협력하고 있음을 알 수 있다(〔그림 2-3-2〕 참조).

[그림 2-3-2] 포괄적 Community 케어 플랜 사례

Comprehensive Community Care Plan		
Patient Details Surname: Mr Edgar Smith First Name: Date of Birth: NHS number: Phone number: Mobile number: Address:	GP Details GP Name: Practice Name: Practice Code: Phone Number: Direct Number:	Community Team Involved: Hythe and Waterside Key Worker: Community nurses Telephone: 07781 456789 SPA number: Seen by Community Geriatrician: G Elliot Contact number:
Main Current Issues	Management/Maintenance Plan	Who is responsible for carrying out?
1. Known to have vascular dementia, fairly advanced, unable to speak or probably, understand	Current plan for care as per wife's management – has private care package	Wife but community nurses need to keep a watching brief as below
2. Recurrent blackouts sound like vasovagal episodes, secondary to changes in blood pressure. Currently has marginal postural hypotension - blood pressure 142/72 lying fully recumbent in reclining chair to 114/75 with significant head up tilt, rising to 129/74 after one minute	Wife aware of probable diagnosis of vasovagal episodes (fainting). Advised to lay Patient out flat when he does have an episode – important for feet to be as high as or higher than head.	Wife and carer – also Paramedics need to be aware as per escalation plan.
3. Increasing difficulty with swallowing liquids, although managing solids, likely related to advancing dementia, not in patient's interests to proceed with PEG -	Wife provides a diet which she believes he will enjoy. Because of difficulty with thin fluids need to thicken drinks to a runny honey consistency using thickener- 'Resource clear'	Wife- GP to prescribe thickener.
4. Small pressure sore over bottom,	Currently on Metformin 500mg bd – may need reducing if food intake reduces	Wife administers tablets; GP prescribes meds and will assess need.
Relevant Past Medical History or other information; Has Type 2 diabetes – well controlled. Unable to swallow tablets without chewing – DO NOT PRESCRIBE SLOW RELEASE MEDS OR CAPSULES		
Escalation Plan – What to look out for	What to do / Who to contact	
1. Increasing difficulty with moving or with standing	Call Hythe Community Team on above number 8.30 – 16.30 – afterhours if patient stuck call ambulance for help to get patient into bed until community team can see him next day.	
2. Blackout – if patient does not come round immediately	Call ambulance for advice – they will need to check blood sugar and help get him into bed – so can be reviewed by own doctor either then or next morning. Net for admission to hospital.	
3. Evidence of increased coughing or choking. Evidence of breathing difficulty	Call Hythe Community Team on above number. Call GP if patient very unwell. May need to have thicker fluids and/or antibiotics	
4. Evidence of further skin problems	Call Hythe community care team on above number	
5. Significant Reduction in food intake over several days	Call GP as may need reduction in metformin dose.	
OVERALL AIM. Comfort – for palliative treatment only, even in life threatening situations		
DNACPR form completed: Yes	End of Life Plan agreed: Yes	
PATIENTS USUAL OBSERVATIONS if appropriate		
Pulse rate: normal Peak flow: N/A O2 saturation: >94%	Normal BP: As above BM Range: 4 - 15 Weight at points in time (record date):	
Advance Care Plan		
Stage of Illness – Further Management Options	No further management options apart from palliative	
Carer/Next of Kin/Primary Contact details	Wife at same address	
Patient aware of Diagnoses?	No – does not have capacity to understand	
Consent to share this information with OOH and Ambulance Service	Verbal YES/NO In patient's best interest	
Emergency Drugs Left At Home?	YES/NO not needed yet	
Current Care at Home	Wife and care package – known to Community Care team	
Wishes and Request of Patient and Preferred place of Death	At home	

자료: British Geriatrics Society. (2017). Fit for frailty Part 1: Consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings. pp. 19-20.

이 외에도 유럽의회(EC: European Commission)는 Innovative Medicines Initiative를 통해 2014년부터 근감소증 및 신체적 노쇠 노인의 다요인 중재 전략(Sarcopenia and Physical frailty IN older people: multi-component Treatment strategies, SPRINTT)을 추진하고 있다(Landi et al., 2017, p. 95).

나. 노쇠 예방 및 조기 진단을 위한 Good Practices

유럽에서 직면한 사회적 도전 과제에 대한 혁신을 강조하는 사업이 진행되고 있으며, 그중 하나가 건강노화이다. 건강노화는 다시 3개 영역인 조기 진단(A), 케어와 치료(B), active ageing(C)과 독립생활로 구분하여 추진되고 있다(European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, 2013, pp. 5-8).

노쇠는 조기 진단(A) 영역에 속해 있으며, 2012년부터 Action on ‘implementing integrated programmes for prevention, early diagnosis and management of functional decline, both physical and cognitive, in older people’이 시작되었다(European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, 2013, pp. 5-8).

노쇠에 대한 활동에 참여한 액션 그룹에서 좋은 사례를 수집하였다. Good practices를 수집한 보고서에 따르면 14개국에서 98개 사례를 모았다. 이는 1) 노쇠 전반(30개), 2) 기능 저하(10개), 3) 인지기능 저하(21개), 4) 영양(15개), 5) 의존과 돌봄 제공(14개), 6) 신체활동(8개)으로 구분되었다. 유럽의 노쇠에 대한 good practices를 수집하여 검토한 결과 신체활동과 인지기능 및 균형 잡힌 영양에 대한 지속가능하고 표준화된 중재가 노쇠 환자가 악화되는 것을 예방할 뿐 아니라 환자 상태를 개선하

는 효과가 있다고 하였다(European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, 2013, pp. 5-8).

2. 공중보건학적 접근

가. 일본 군마현 노쇠 예방 및 관리 사업

일본 군마현 구사쓰정에서는 지역 정부의 공중보건 담당 기관과 도쿄 노년학연구소가 협력하여 65세 이상 노인을 대상으로 노쇠 관련 사업을 실시하였다. 노쇠관리 사업은 1차 예방(신체활동, 영양, 사회적 참여), 2차 예방(노인포괄평가), 3차 예방(노쇠 고위험군 및 노쇠군 대상으로 장기요양 예방 프로그램)으로 구분된다. 장기요양 예방 프로그램은 운동, 구강건강, 바른 식생활, 우울증 예방, 두뇌기능 촉진 등의 교육 내용으로 구성된다(이윤환, 2015, p. 124). 군마현이 노쇠 예방 및 관리 사업을 평가한 결과 노인의 건강수명이 증가하고 기능도 좋아졌으며, 75세 이상 노인의 장기요양보험 신규 인정률도 감소하는 등의 효과가 나타났다(Shinkai et al., 2016, pp. 87-97).

나. 도쿄대학 고령사회종합연구소 노쇠관리 연구

도쿄대학 고령사회종합연구소는 가시와시와 협력하여 근감소증 관련 노쇠 예방에 대한 대규모 종단 연구(2012~2014)를 수행하였다. 노인을 대상으로 한 조사는 가시와시의 14개 구(municipality) 지역보건복지센터에서 수행되었다. 기존 노쇠 관련 사업과 다른 특징을 갖고 있다.⁵⁾

5) Institute of Gerontology, The University of Tokyo. Large-scale longitudinal

- 첫째, 지역사회에 있는 비교적 건강한 노인이 노쇠 예방 연구의 조력자로 참여하였다([그림 2-3-3] 참조).
- 둘째, 근감소증에 대해서 도구를 사용해서 근육량을 측정하는 동시에 노인 스스로 장단지 근육을 측정하는 방법(Yubi-wakaka test or finger ring test)을 시도하였다([그림 2-3-4] 참조).
- 셋째, 구강건강에 노쇠 개념을 적용하여 남은 치아의 개수, 혀의 기능과 힘, 저작 기능 등을 평가하였다.

[그림 2-3-3] 노쇠 예방 연구에 참여하는 노인자원봉사자



[The older members of the "working seniors" group gathered to contribute to the "Senior Citizens' New Career Models in the Community" research operations. The green t-shirts act as the landmark.](#)

자료: Institute of Gerontology, The University of Tokyo.
http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/?page_id=3020&lang=en 2018. 9. 27. 인출.

구강건강에 노쇠 개념을 적용한 후속 연구에서 지역사회에 거주하는 노인의 건강과 사망의 연관성이 있음을 제시하였다(Tanaka et. al., 2017). 'Yubi-wakka' 검사의 타당성에 대한 연구에서는 노인 스스로 근감소증, 장애 및 사망 위험을 조기에 파악할 수 있는 실용적 방법이며, 특히 근감소증 일차예방 효과를 증진하는 데 기여할 것이라고 하였다(Tanaka, Takahashi, Akishita, Tsuji & Iijima, 2018).

study for prevention of sarcopenia-related frailty have been completed.
http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/?page_id=3020&lang=en. 2018. 9. 27. 인출.

[그림 2-3-4] Yubi-wakaka test(finger ring test) 방법과 결과 판정



자료: OpenEidos. YUBI-WAKKA FINGER-RING TEST.
<http://openeidos.tistory.com/3814> 2018. 9. 25. 인출.

[그림 2-3-5] 보건당국이 자원봉사자와 함께 노쇠를 측정하는 현장



자료: Institute of Gerontology, The University of Tokyo.
<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/?p=1746&lang=en>에서 2018. 9. 25. 인출.

가시와시는 Iijima 교수가 개발한 노쇠 측정 도구를 활용하여 노인 건강증진 사업에 포함시켰다. 노인들은 노쇠를 측정하는 과정 자체가 유용한 정보를 준다고 하였다.⁶⁾

6) Institute of Gerontology, The University of Tokyo. Large-scale longitudinal study for prevention of sarcopenia-related frailty have been completed. http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/?page_id=3020&lang=en. 2018. 9. 27. 인출.



제 4 장

지역사회 노쇠 예방 및 관리사업 현황과 문제점 진단

제1절 지역의 노쇠 관련 사업 현황

제2절 노쇠관리서비스 유형과 문제점: 방문건강관리 중
심으로



4

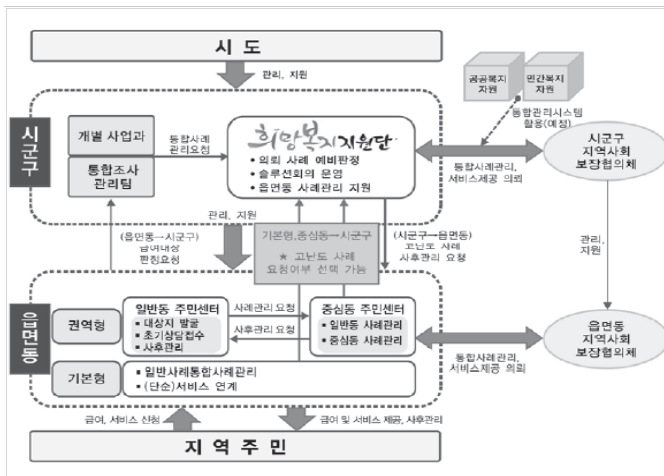
지역사회 노쇠 예방 및 << 관리사업 현황과 문제점 진단

제1절 지역의 노쇠 관련 사업 현황

1. 서울시 찾아가는 동주민 센터와 방문건강관리사업

서울시의 '찾아가는 동주민센터'와 보건복지부의 찾아가는 보건복지서비스(구 읍면동복지허브화)는 노인에 대한 건강관리서비스를 다루고 있다 ([그림 2-4-1] 참조). 노인을 대상으로 한 찾아가는 서비스는 일반적으로 간호인력이 건강관리가 필요한 노인가구 등을 직접 방문하여 건강문제 상담 및 건강관리서비스를 제공하는 것이다(보건복지부, 2018a, p. 5).

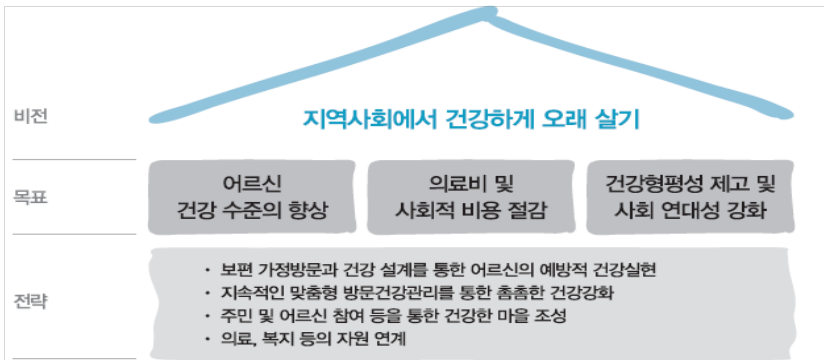
[그림 2-4-1] 희망복지지원단의 서비스 제공 구조



자료: 보건복지부. (2018a). 2018년 희망복지지원단 업무 안내. p. 24.

서울시의 ‘찾아가는 동주민센터’의 경우 보건과 복지 영역에 대한 업무 매뉴얼을 구성하여, 동에 배치되어 있는 보건 및 복지 인력들이 어떤 업무를 하는지에 대해 제시하고 있다. 노인을 대상으로 하는 어르신 방문건강관리 사업을 예로 들어 살펴보면, 다음의 그림에서 나타나는 것처럼 보편가정방문과 건강 설계를 통한 노인의 예방적 건강을 실현하고 지속적인 맞춤형 방문건강관리를 통한 건강관리를 지원하는 것을 전략으로 제시하고 있다([그림 2-4-2] 참조)(서울시, 2018, p. 59).

[그림 2-4-2] 서울시 어르신 방문건강관리사업의 비전 및 목표



자료: 서울특별시. (2018). 찾아가는 동주민센터 업무 매뉴얼(건강). p. 59.

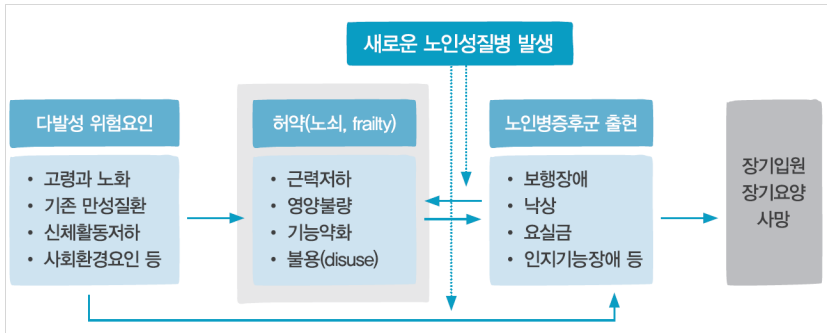
이와 같은 역할은 서울시의 각 동에 배치되어 있는 간호사(이하 찾동 간호사)가 실시하는 것이다. 이들은 노인을 대상으로 노쇠 수준을 포함한 건강 문제를 스크리닝하고 건강관리서비스를 제공한다. 또한 보건소를 비롯한 지역사회 내 건강관리서비스를 제공하는 다른 기관과 협력하는 모형을 그리고 있다(서울특별시, 2018, pp. 60-63).

찾아가는 동주민센터의 어르신 방문건강관리 업무의 경우 지역사회 현황 파악 및 진단, 사업계획 수립에서부터 포괄적 건강평가 및 서비스 제

공을 위한 어르신 방문건강관리, 보건소 사업, 시립병원 301 네트워크, 치매안심센터, 정신건강복지센터 등 지역사회 자원과의 연계를 통해 대상자 지속 관리, 복합적인 문제를 가지고 있는 어르신에 대한 방문간호 사례 관리, 만성질환자, 허약 노인 등을 대상으로 한 건강관리 프로그램을 운영한다(서울특별시, 2018, pp. 100-151).

특히 어르신 방문간호 사례 관리의 경우 허약 노인 사례 관리에 대한 원칙과 적용 프로그램을 제시하고 있으며, 질병 예방보다는 기능감퇴 예방에 초점을 두고, 개개인의 특성에 맞는 프로그램을 적용하도록 하고 있다. 또한 흔히 알고 있는 노화 현상과 노인성 질환에 대한 차이점에 대해 기술한다. 노인성 질병의 경우 치료가 가능하기 때문에 증상이 발견되면 노인병 전문의 진료가 필요하다고 제시하고 있다(서울특별시, 2018, pp. 139-140).

[그림 2-4-3] 노인의 노화의 흐름



자료: 서울특별시. (2018). 찾아가는 동주민센터 업무 매뉴얼(건강). p. 140.

2. 보건소 지역사회 통합건강증진사업: 노인 대상

가. 방문건강관리사업

방문건강관리사업은 전국적으로 추진되고 있는 것이며, 취약계층을 대상으로 하지만 주 대상이 노인인 경우가 대부분이다. 2018년 지역사회 통합건강증진사업 안내에 따르면 노인 허약 예방을 위하여 장기요양등급을 받지 않은 만 65세 이상의 노인 중 허약 노인 판정 평가(만 65세 이상 건강면접조사표)를 하여 고위험 허약 노인(4~12점)에 해당될 경우 방문건강관리서비스를 제공하고 있다. 서비스 내용은 운동, 영양, 구강 관리, 낙상 예방, 우울 예방 등 허약 노인을 위한 중재 프로그램과 치매 관련 건강관리서비스 제공 및 보건소 내외 사업으로의 연계를 통해 노인의 건강한 노후생활을 보장하는 데에 목적을 두고 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2018a, pp. 102-105).

나. 영양 관련 사업

지역사회 통합건강증진사업 중 영양 부분에서는 만 65세 이상 노인을 대상으로 어르신 영양관리 사업으로, 어르신을 위한 영양교육 프로그램과 실버 건강식생활 사업을 소개하고 있다. 영양 교육의 경우 일반 어르신과 고혈압, 당뇨 환자 어르신을 대상으로 구분하여 식사관리 방법에 대한 교육과 조리실습까지 8주 과정으로 운영하고 있다. 실버 건강식생활의 경우에는 독거노인 등 취약계층 어르신을 대상으로 맞춤형 식생활 관리 계획을 통하여 식생활 관리 서비스 및 교육, 건강간식 도시락 서비스 등을 제공하고 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2018b, pp. 120-126).

다. 신체활동 증진 사업

지역사회 건강증진 사업 중에서 노인 대상 신체활동 프로그램은 낙상, 요통, 관절염 등 노인에게 빈번하게 발생하는 질환과 관련된 신체 활동 프로그램으로 이론 교육과 함께 실기 교육을 제공하는 것으로 되어 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2018c, pp. 49-51).

3. 건강보험공단과 노인복지관 사업

국민건강보험공단에서는 노인을 포함하여 대상자 맞춤형 운동교실 운영을 목적으로 건강백세운동교실을 운영하고 있다. 2017년 기준 전국 약 4300개의 주민자치센터, 사업장, 경로당 등에서 하고 있다(국민건강보험공단, 2017. p. 155).

노인복지관에서는 지역 내 노인복지관을 이용하는 노인들의 건강한 노후 등을 위한 목적으로 여러 사업들은 운영하고 있다. 건강 관련 사업으로는 노인성 질환 예방을 위한 건강 및 보건 교육, 건강교실 운영, 치매예방 프로그램, 운동요법, 작업 및 물리요법, 급식지원 등을 하고 있다(보건복지부, 2018b, pp. 102-105).

4. 특정 사례

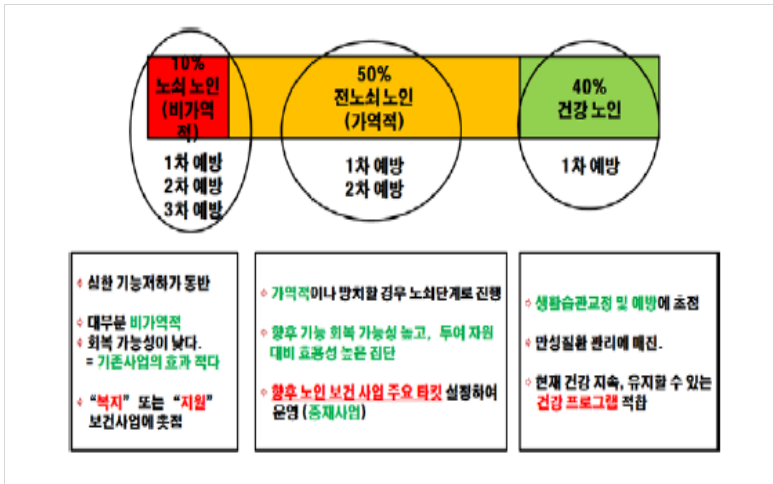
가. 평창군 보건의료원사업

국내에서 노쇠라는 개념이 일반화된 것은 아니지만, 일부 보건소에서 는 허약 노인을 대상으로 한 건강증진 사업을 펼치고 있다. 그중에서 평

창군 보건의료원에서는 노쇠에 초점을 둔 ‘노쇠예방관리사업’을 추진하고 있어서 사례로 제시하였다.

2015년 지역사회 통합건강증진사업 우수사례집에 의하면 평창군 보건소에서 지역에 거주하는 노인 전체를 대상으로 측정한 결과 노쇠 및 전노쇠 유병률을 각각 18.3%, 54.2%로 보고하였다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2016, pp. 211-219).

[그림 2-4-4] 평창군 보건의료원의 노쇠 단계에 대한 관리 전략



자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2016). 2015년 지역사회 통합건강증진사업 우수사례집 p. 213.

지역사회 거주 노인 대상 건강조사 결과를 바탕으로 일부 보건지소에서 6개월간 운동과 영양 중재를 통합해서 제공하였을 뿐 아니라 노인의 학 전문의가 다약제(poly-pharmacy) 관리를 하였고, 낙상관리, 정신건강에 대한 서비스를 제공하였다. 또한 중재 이후 노쇠 단계 및 근육감소 증 변화 등을 추적하여 개선된 결과를 제시하였다. 또한 노인의 상태를 건강 노인, 전노쇠, 노쇠 상태로 구분하여 단계에 맞는 건강증진사업을

추진한다는 전략을 제시하였다는 점이 주목할 만하다(보건복지부, 한국 건강증진개발원, 2016, pp. 211-219).

나. 허약 노인 예방 프로그램

여러 보건소에서 노쇠와 유사한 개념으로 '허약노인예방사업'을 수행하고 있다. 예를 들면 충남 예산군 보건소에서는 2016년에 방문건강관리 사업에서 허약 노인을 대상으로 '허약 노인 예방 프로그램'을 운영하였다. 이에 대해 2016년 충청저널에 소개된 내용은 다음과 같다(박민상, 2016. 4. 14.).

취약계층에 속하면서 노화·통증 등으로 신체 능력이 저하된 65세 이상 허약 노인에게 맞춤형 건강관리를 제공하여 장애 발생 및 장기요양관리 대상자로의 진입을 예방하고자 하는 취지를 갖고 사업이 시작되었다. 예산군 보건소는 총 28개 프로그램 운영팀을 구성하여 기초건강 측정을 통해 선정된 어르신 가정을 방문해 주 2회 30분씩 어르신들이 쉽게 할 수 있는 근력강화 운동, 영양교육, 노인 구강관리 방법, 우울 예방 교육 등 다양한 프로그램을 12주 동안 진행하였다.

5. 국내 사업의 특성

외국의 노쇠 예방 및 관리 사업을 고찰한 결과 중요한 세 가지 특성을 파악하였다. 첫째, 노쇠 예방 및 관리는 다양한 중재가 포함된 복합적 중재이며 여기에는 포괄적 건강평가, 신체활동, 영양, 재활, 가정환경 개선, 등이 포함된다. 둘째, 유럽에서는 일차의료나 지역사회 케어팀이 협력하여 개별 노인을 대상으로 케어 플랜을 수립해서 서비스를 지속적으로 제

공하는 것이 주류이다. 일본에서는 지역사회 공중보건기관을 중심으로 한 노쇠관리로, 노인인구집단을 대상으로 하고 있으며, 고위험군을 대상으로 한 사업도 하고 있다.

국내에서는 영국 등과 같이 일차의료에서 노쇠관리를 하고 있지 않다. 일본과 같이 일차의료보다는 보건소를 중심으로 한 노인 건강증진사업 위주로 진행되고 있다. 방문건강관리사업과 서울시 '찾동'사업은 개별 노인을 대상으로 하며, 노쇠 개념이 포함되어 있으나 고위험군 노인에게 케어 플랜을 가지고 다양한 중재가 제공되는 것은 아니다. 기타 보건소, 건강보험공단, 노인복지관에서 하는 사업은 건강한 노인 혹은 전노쇠 단계에 있는 노인 대상 예방 서비스로 볼 수 있다.

종합하면 국내 노인 건강관리사업은 어느 정도 독립생활이 가능한 노인 집단을 대상으로 하는 서비스이다. 고위험 노인을 대상으로 한 서비스는 시도되고 있으나 아직 충분히 개발되어 있지 않아 개선이 필요하다.

제2절 노쇠관리서비스 제공 유형과 문제점: 방문건강관리 중심으로

현재 제공되고 있는 노인 건강관리서비스에 대한 구체적 상황을 파악하기 위해서 서울과 대전 및 충남 지역의 보건소 방문간호인력(이하 통합간호사), 읍면동 및 시군구청 단위의 통합사례 관리자 그룹과 면담과 자문회의를 진행하였다. 면담 결과를 분석하여 지역 단위의 노쇠 예방 및 관리를 위한 전달 체계는 다음의 세 가지 모형으로 도출하고 문제점을 파악하였다.

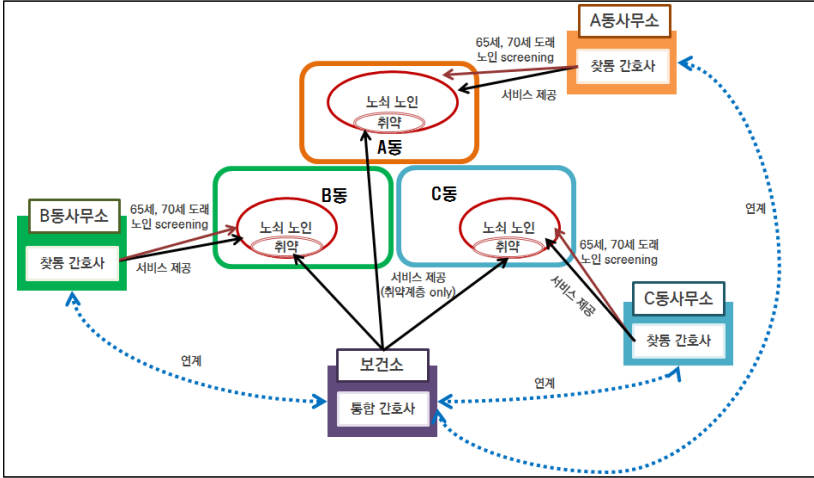
위 모형에 해당하는 지역의 실무자들은 지속 관리가 필요한 노인을 대상으로 서비스를 제공할 때 지역마다 찾동 간호사와 통합 간호사가 서비스를 제공하는 대상이 다르다고 언급했다. 일부 지역의 경우 통합 간호사 고유의 업무 대상자인 취약계층 노인에 한정하여 서비스를 제공하기도 하고, 어떤 지역에서는 취약계층이 아닌 일반 노인을 대상으로 서비스를 제공하되 연령대를 구분하여 75세 미만은 찾동 간호사가, 75세 이상은 통합 간호사가 서비스를 제공하는 경우도 있다고 언급했다.

두 번째 모형은 보건소의 방문간호팀이 동 단위에 배치되어 있지 않은 경우로, 찾동 간호사가 건강사정평가를 진행하고, 보건소의 방문간호팀이 지속 관리가 필요한 노인을 대상으로 서비스를 제공하는 경우다.

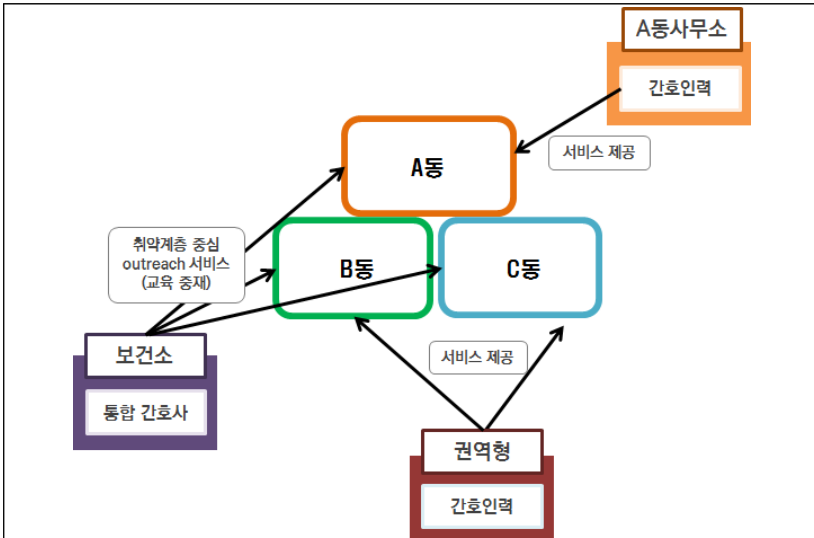
이 모형에서는 취약계층이면서 지속 관리가 필요한 노인이 보건소 방문간호팀의 서비스를 받게 된다. 즉 건강사정평가를 통해 노쇠하다고 판단된 노인들 가운데 취약계층인 경우 보건소의 방문간호팀에 지속 관리를 위한 사례를 찾동 간호사가 의뢰하고, 보건소의 통합 간호사가 서비스를 제공하는 구조이다. 찾동 간호사는 보건소의 통합 간호사가 서비스를 제공하기 어려운 일반 노인을 대상으로 지속 관리 서비스를 제공하기도 한다([그림 2-4-6] 참조).

마지막 모형은 동 단위나 권역형으로 운영되는 지역의 경우 동 단위에 간호인력이 배치되어 있는지 여부와 관계없이 보건소 방문간호팀을 중심으로 지역사회 거주 노인을 대상으로 outreach 기반 서비스를 제공하는 구조이다. 동 단위 및 권역형과의 연계가 제한적으로 이루어지며, 보건소는 보건소대로, 복지 전달 체계에서는 복지 전달 체계대로 서비스를 제공하는 구조이다([그림 2-4-7] 참조).

[그림 2-4-6] 보건소의 방문간호팀이 동 단위에 배치되어 있지 않은 경우



[그림 2-4-7] 동 단위 간호인력 배치 여부와 관계없이 보건소 방문간호팀 중심의 outreach 서비스 제공



2. 지역사회 노쇠 예방 및 관리서비스 제공 현황과 문제점

연구진은 서울과 대전 및 충남 지역의 보건소 통합 간호사와 읍면동 및 시군구청 단위의 통합사례 관리자들을 대상으로 인터뷰 및 자문회의를 하였다. 여기에서 간호사와 사례관리자들이 지역사회 거주 노인의 노쇠를 예방하고 관리하기 위해 구체적으로 하는 역할과 어려운 점, 개선해야 할 문제 등에 대한 내용을 여러 차례 논의하였다. 연구진은 실무자들과 논의한 내용을 분석하여 지역사회 노쇠 예방 및 관리서비스 제공 현황과 문제점을 도출하였다.⁷⁾

가. 모호한 노쇠 예방 및 관리서비스

초점집단인터뷰를 통해 이 연구에서 드러난 것은 노쇠 예방 및 관리서비스의 모호성이다. 이것이 의미하는 바는 크게 다섯 가지로 구분된다.

첫째, 실무자들은 지역사회에서 노쇠하다고 판단되는 노인들이 정말 노쇠한 노인인지에 대한 의문을 가지고 있었다. 서울시의 경우 노인 건강사정평가에 노쇠를 측정하는 문항이 포함되어 있는데, 이 도구를 통해 노쇠하다고 판단되는 노인을 방문해 보면 노쇠하다고 보기 어렵고, 이들을 대상으로 어떤 서비스를 과연 제공해야 하는지가 모호하다고 언급했다.

둘째, 노쇠 예방 및 관리서비스가 도대체 무엇이지에 대한 개념 역시 모호하다. 일반적으로 사용되는 노쇠 척도에 의하면 노쇠 예방 및 관리를 위해서는 근력운동이 필요하고, 영양 및 식습관 조절이 필요하며, 만성질환에 대한 관리와 더불어 사회적 관계에 대한 접근도 이루어져야 한다.

7) 실무자들과 논의한 내용은 참가자의 허락을 받아 녹취하였으며, 녹취한 내용을 연구진이 분석하였다.

현재 노인 대상 서비스 제공 기관 및 시설은 찾아오는 노인을 대상으로 영양 및 운동 프로그램을 운영하고 있으나 프로그램의 목표가 명확하지 않다고 하였다.

셋째, 실무자들은 노쇠관리가 필요한 계층에 대해 요양 대상자라고 인식하는 경우가 많았다. 이는 노쇠가 가역적인 특성을 가지는 것에 대한 이해와 더불어 노쇠에 대한 개념에 대한 실무자들의 이해도가 낮아서 개선이 필요할 것이다.

넷째, 노쇠 예방 및 관리서비스 제공과 관련하여 누가 서비스를 제공할 것인지와 관련한 모호성 역시 존재한다. 서울 일부 지역에서 이미 구현 중인 동 단위에 찾동 간호사와 통합 간호사를 함께 배치하는 구조가 가장 이상적이다. 이 구조에서는 대상층을 구분하여 서비스를 제공하고, 복지 체계와 연계하여 노인이 가지는 복합적 욕구에 대응한다. 이를 전국 단위로 확산하려면 인력과 예산 투자가 필수적이다.

나. 서비스 개발 및 제공 인프라 부족

현재의 찾아가는 동주민센터 체계상 65세와 70세 도래 어르신에 대한 보편 방문을 통해 노쇠 수준에 대한 평가가 이루어지는 구조는 지역의 노인 규모에 따라 다르기는 하지만, 운영상 어려움이 크지는 않다고 하였다. 하지만 노쇠하다고 판단되는 노인, 그 이후 지속적인 관리를 필요로 하는 노인을 대상으로 과연 적절한 수준의 서비스를 제공할 수 있는 구조를 현재 가지고 있는지에 대해서는 다수의 실무자가 부정적인 입장을 표했다. 또한 현재의 찾아가는 동주민센터 구조상 대상자를 관리하는 것보다 신규 대상자를 발굴하는 것에 초점이 있기 때문이라고 언급하기도 했다.

그리고 서비스를 제공할 인력 역시 부족하다. 서울시 모형과 유사한 형

태로 찾아가는 서비스가 확대되는 추세에서 지역은 간호인력을 구하는 것이 어렵다고 호소한다. 그로 인해 일부 지역에서는 간호사가 아닌 간호조무사를 채용하는 것으로 나타났다. 현재처럼 노쇠 예방 및 관리 제공 인력으로 통합 간호사나 찾동 간호사가 포함된다면 간호인력을 어떻게 확보할 수 있을 것인지도 고민해야 한다.

다. 노쇠 예방 및 관리서비스 연계 미흡

지역사회 거주 노인을 대상으로 영양 및 식습관 개선, 운동 및 신체활동 등을 위한 교육 및 중재 프로그램은 보건소를 비롯해 노인복지관, 경로당 등 다양한 기관 및 시설에서 제공하고 있다. 이렇다 보니 지역사회 내 일부 지역 특히 취약한 계층이 많이 거주하고 있는 지역의 경우 다수의 기관에서 한 지역에 거주하고 있는 노인에게 서비스가 집중되기도 한다는 지적이 있었다.

이러한 상황에 대처하는 방식은 지역마다 차이가 있었으나, 지역사회 보장협의체나 실무협의체, 찾동 연속회의, 동별 통합사례회의에 참석하여 유관 자원들과 서비스를 제공하는 지역을 나누거나, 계획을 조정하는 지역들이 다수 있었다.

하지만 동 단위 및 권역형 단위에 배치되어 있는 간호인력과 보건소 방문보건팀 간 연계는 지역마다 다르기는 하지만 원활하다고 보기 어렵다. 상당수 지방에서 간호사를 채용하는 것이 어렵기 때문에 동 단위에 배치되어 있는 간호인력이 간호조무사인 경우가 많고, 보건소 통합 간호사와의 관계가 원활하지 않다.

제 5 장

지역사회 중심의 통합적 노쇠관리 시범사업

제1절 시범사업 개요: 연구 배경

제2절 이론적 모형의 개발 과정 및 결과

제3절 시범사업 목적 및 방법

제4절 시범사업의 운영 과정 및 결과

제5절 소결



5

지역사회 중심의 통합적 << 노쇠관리 시범사업

제1절 시범사업 개요: 연구 배경

건강노화(healthy aging)를 설명하는 데 노화와 연관된 사회적 요인들을 충분히 이해하는 것은 매우 중요한 일이다. 최근 들어 생물학적 노화에 영향을 미치는 다양한 사회적 요인들에 대한 연구가 크게 증가하고 있다. 이를 통해 새로운 중재 방법들이 모색되고 있다.

지역사회 관점에서 노쇠는 어떻게 이해될 수 있는가? 본격적인 논의에 앞서 가장 먼저 이해되어야 할 내용은 노쇠란 다차원적 특성(multi-dimensional characteristics)을 내포한 개념으로 ‘누가’, ‘어디서’, ‘어떠한 목적으로’ 바라보는가에 따라 다르게 이해될 수 있다는 점이다. 우선 병원 환경 속에 있는 임상의학자에게 노쇠란 연령에 따른 생리학적 취약성(age-related physiologic vulnerability)으로 이해된다. 여기서 노쇠는 근감소증(sarcopenia)과 만성저영양상태(chronic undernutrition)가 악순환 고리를 만들면서 노인기능의 저하를 초래하는 대표적인 노인 증후군(geriatric syndrome)으로 정의된다(김창오, 김문중, 2011, pp. 85-93).

하지만 이와 같은 정의는 정책결정자와 지역사회 주민들에 사이에서 아직까지 친숙하지 않은 편이다. 예를 들어 정책결정자들은 여전히 노쇠보다 ‘활동적 노화(active aging)’란 용어를 즐겨 사용하고 있다. 이를 위해 건강서비스를 통합적으로 재조정하고, 다학제팀을 통해 접근 가능한 포괄적인 서비스를 지역 주민에게 제공하는 것이 보다 중요하다고 말하

고 있다(Gwyther et al., 2018). 다른 한편으로 노인과 지역 주민들은 자신의 생애 과정을 지나치게 문제 중심적 관점으로 바라보지 않을 것을 요구한다(Schoenhorn et al., 2018). 결국 노쇠란 누구의 시선에서 바라보는가에 따라 매우 다르게 이해될 수 있다. 이와 같은 지식의 간격(knowledge gap)은 지역사회 중심의 통합적 노쇠관리모형을 개발하는데 반드시 고려되어야 할 점이다.

현실적으로 중요한 포인트는 ‘지역사회에 실제로’ 거주하는 노인들을 위해 노쇠관리를 어떻게 해야 하며, 서비스 모형을 ‘지역사회에 실제로’ 적용하였을 때 어떠한 강점과 문제점이 발생할 것인가에 대한 내용이다. 따라서 이 장에서는 노쇠에 관한 다음의 명제를 기본적인 전제로 받아들일 것이다.

- (1) 노쇠는 ‘활동적 노화’가 달성되지 못한 취약성이며, 생리학적 측면을 넘어서 정신심리적, 사회적 차원을 모두 포함한다.
- (2) 노쇠는 현재 보편적 의료 체계인 급성기 건강관리체계(acute healthcare system)만으로 효과적으로 관리될 수 없다.
- (3) 지역사회에서 노쇠는 소수 전문가의 지식 또는 기술만으로 해결될 수 없다. 보건의료전문가(노인병인정의, 간호사, 물리치료사, 운동처방사, 영양사, 사회복지사, 보건행정가 등)뿐만 아니라 지역사회에 거주하는 주민들(당사자, 가족, 마을 주민)이 모두 참여하여 돌봄 체계를 새롭게 조직해야 한다.

위와 같은 전제하에 연구진은 지역사회 노쇠를 다루는 시범사업에서 ‘건강노화를 위한 지역사회 중심의 통합적 노쇠관리모형’을 개발하는 데 목적을 두었다. 형성연구방법(formative research method)을 사용하

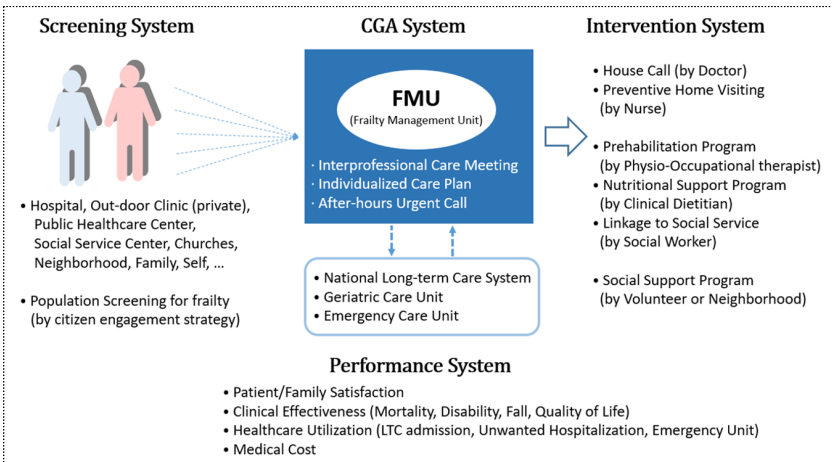
여 시범사업의 추진 과정을 면밀하고 성찰적으로 기술하는 데 주안점을 두었다.

제2절 이론적 모형의 개발 과정 및 결과

1. 지역사회 중심 통합적 노쇠관리모형의 제안

문헌 고찰을 통해 연구진이 제안하는 지역사회 중심 통합적 노쇠관리 모형안은 [그림 2-5-1]과 같다. 이 모형은 한 가지 목표 관리 체계와 세 가지 실행 체계 등 총 4가지 체계로 구성되어 있다. 즉 지역사회에서 노쇠 관리는 ‘스크리닝 → CGA → 중재 → 평가’의 환류 과정으로 진행되는 것이 바람직하다.

[그림 2-5-1] 지역사회 중심 통합적 노쇠관리에 대한 이론적 모형



주: 성공회대에서 2018년 제작함.

가. 스크리닝 체계

첫째, 스크리닝 체계(screening system)이다. 이를 통해 지역사회에서 등록 관리를 해야 할 대상자는 다음과 같다.

- (1) 허약 또는 전허약(prefrail) 노인
- (2) 칩거 상태의 노인
- (3) 장기요양등급 외 대상자(3급 포함 가능)
- (4) 돌봄을 제공하는 가족, 친구 및 마을 주민

지역사회 주민을 대상으로 스크리닝을 해야 하는 것은 병원 중심 체계와 가장 차별화되는 지역사회 중심의 노쇠관리 체계만의 특징이다. 허약 노인은 노쇠 자체의 특성상 본인 또는 가족에 의해 뚜렷한 증상으로 인식되지 못하는 경우가 많다. 2008년 노인실태조사 자료에 대한 분석 결과 우리나라 허약 노인의 52.4%는 다중질환(2개 이상의 만성질환) 또는 장애가 없는 것으로 나타났기 때문이다(김창오, 선우덕, 2015, pp. 451-474).

허약 노인은 또한 본인 스스로 의료 이용을 결심하더라도 보행능력 저하, 사회적 고립 등의 이유로 충분한 의료 이용을 하지 못하는 경우가 많다. 결국 허약 노인의 대다수는 지역사회 안에서 미충족의료(unmet healthcare need) 상태로 남아 있게 된다. 미국에서도 허약 노인 중 병원과 요양시설 등을 이용하는 경우는 20%에 불과하며, 80%의 허약 노인은 자신의 집에서 가족들로부터 비공식적 돌봄(informal care)을 받고 있는 것으로 알려져 있다(Leff, 2003, pp. 99-110).

스크리닝 체계를 구성하는 과정에서 또 다른 주요 이슈는 노쇠 어르신만을 사업 대상으로 삼을 것인가 또는 이들에게 돌봄을 제공하는 가족 또

는 마을 주민들을 포함할 것인가이다. 병원 중심의 관점에서 노쇠관리는 환자(노쇠)만을 대상으로 해야겠으나, 지역사회 관점에서 허약 노인에게 효과적인 돌봄을 제공하기 위해서는 가족, 친구 또는 마을 주민으로 사업 대상을 확대해야 할 필요가 있다. 이는 노쇠관리모형에 지역사회 주민 참여(community engagement)를 어느 정도 수준에서 시도할 것인가와 연관되어 있다. 주민 참여에 대해 목표를 높게 설정할수록 보다 오랜 시간의 노력과 비용이 소요될 것이다. 하지만 이와 같은 주민 참여 전략이 성공적으로 이루어진다면 사업의 실효성과 지속 효과는 증진될 것이다.

보다 구체적으로 지역사회에 거주하는 허약 노인을 선별하는 방법은 크게 두 가지가 있다. 첫째, 노인장기요양보험제도 등급 외(A) 대상자를 대상으로 노쇠관리를 하는 것이다(호승희 외, 2009, pp. 89-119). 둘째, 아웃리치를 통해 지역사회 전체를 대상으로 인구학적 선별 조사를 하는 것이다. 장기요양등급외자를 대상으로 사업을 수행하는 것은 정책 요구도에 부합하고, 보다 짧은 시간 안에 수행할 수 있는 방법이다. 하지만 이 방법의 단점은 선정 기준의 타당성, 추진 주체의 상이성, 사각지대에 있는 허약 노인에 대한 접근성 등의 문제가 있다.

허약 노인을 위한 아웃리치 조사를 하고 이를 통해 대상자를 발견하는 방법은 지역사회 중심의 노쇠 예방과 관리라는 측면에서 보다 바람직하다. 노쇠 스크리닝에 필요한 선별 도구들은 선행연구를 통해 충분히 개발되어 있는 상태이다(김창오, 김문중, 2011, pp. 85-93). 다수의 국제 가이드라인은 PRISMA-7 Questionnaire를 추천하고 있다. 한국인을 대상으로는 연구진이 추천하는 스크리닝 도구는 ‘허약측정도구’이다(김창오, 선우덕, 2015, pp. 451-474). 이 도구의 가장 큰 장점은 1분 이내 측정할 수 있는 간편성일 것이다. 일정 시간 훈련받은 일반인 자원봉사자를 통해서도 인구학적 스크리닝이 가능할 것으로 판단된다(〈표 2-5-1〉 참조).

〈표 2-5-1〉 허약측정도구의 구성 요소 및 측정 방법

주요 영역	구성 요소	허약측정지표	임계값 초과 기준
신체 요인	약함	악력 저하: 팔꿈치를 가볍게 몸통에 붙이고 90도 각도를 유지한 상태에서 악력기를 사용하여 좌우에서 각 2회씩 측정하여 가장 높은 값을 기록한다.	남성 ≤24kg 여성 ≤15kg
심리 요인	고갈	고갈: 1) 지난 1주일 동안 어르신께서는 모든 일들이 힘들게 느껴지셨습니까? 2) 지난 1주일 동안 어르신께서는 무슨 일든지 도무지 해낼 수 없는 느낌이 들었습니까? ① 잠깐 그런 생각이 들었거나 그런 생각이 들지 않았다. (하루 미만) ② 가끔 그런 생각이 들었다. (1~2일 정도) ③ 자주 그런 생각이 들었다. (3~4일 정도) ④ 항상 그런 생각이 들었다. (5~7일 정도)	둘 중 하나 이상의 문항에서 ③ 또는 ④로 응답
사회 요인	고립	사회적 고립: 다음과 같은 모임이나 단체활동에 참여하고 있습니까? 1) 친목단체(계모임, 동창회, 동기회, 향우회, 종친회, 노인정 등) 2) 종교단체(교회, 성당, 절 등) 3) 문화활동단체(합창단, 연극, 영화 등) 4) 스포츠레저단체(산악회, 조기축구회 등) 5) 시민단체 또는 사회단체(대한노인회 등) 6) 이익단체 및 정치단체(직능단체, 정당활동 등) 7) 봉사단체(자원봉사활동 등) 8) 학습단체(노인대학, 노인교실, 평생교육 프로그램 등)	아무런 모임에 참여하지 않고 있음

주: 임계값 초과 지표가 2개 이상인 경우를 허약으로, 1개인 경우 전허약으로 정의함.
 자료: 김창오, 선우덕. (2015). 기능장애, 장기요양 필요 및 사망 예측을 위한 허약측정도구의 개발. 한국노년학, 35(2), p. 468.

나. 포괄적노인기능평가 체계

둘째, CGA 체계(CGА system)이다. 스크리닝 도구를 통해 노쇠로 판정된 대상자에게 CGA를 실시하고, 이를 바탕으로 개별화된 돌봄 계획을 수립하는 것은 모든 문헌을 통해 강력하게 권고되고 있다(Reuben, 2003, pp. 99-110). CGA란 환자들이 가지고 있는 다차원적 문제를 발견하고 이를 통해 중재계획을 체계적으로 수립할 수 있기 위한 종합적 사정 과정 또는 평가 도구를 뜻한다. CGA는 미발견된 문제를 찾아내는 데

목적이 있으므로 통상 30분에서 1시간 정도 비교적 긴 시간이 소요된다.

일반적으로 CGA의 평가 항목은 전통적인 의학 범주를 넘어서 인지 기능, 신체기능, 정서기능, 사회적 기능, 경제적 수준, 환경요인 및 영성적 측면에 이르기까지 광범위한 평가를 수행하고 있다. 누가 또한 어디에서 CGA를 실시할 것인가는 중요한 이슈이다. 일반적으로 병원 세팅에서 CGA는 노인병인정의 등 훈련받은 의사 직군이 입원환자를 대상으로 직접 수행한다. 하지만 지역사회 세팅에서 CGA는 훈련된 간호사 또는 다른 인력에 의해 실시될 수 있으며, 환자의 가정 또는 요양시설 등에서 수행될 수 있다. 이론적으로 환자의 가정은 CGA를 실시하기에 가장 이상적인 공간이다. 이곳에서 환자들의 건강과 관련된 문제들을 있는 그대로의 모습으로 발견할 수 있다. 특히 영양상태(식이섭취량), 신체, 정서 및 사회적 기능 등을 보다 정확하게 평가할 수 있다. Stuck 외(1993, pp. 1032-1036)의 메타분석 연구에 따르면 환자들의 가정에서 이루어진 CGA는 사망률에 대한 예방 효과를 갖는 것으로 보고되었다.

〈표 2-5-2〉 조사 세팅에 따른 CGA의 다양한 스펙트럼

	Most Intensive	Least Intensive
Place	Hospital	Patient's home, nursing home
Practitioner	Geriatricians	Nurse, social worker, lay-person.
Setting	CGA, GEM, and rehabilitation unit	Community-based and in-home outreach program
Targeting	Most restrictive	Least restrictive
Process	Large team, extensive evaluations	Screening and referral
Cost	Very expensive	Relatively inexpensive

자료: Reuben, D. B. (2003). Principles of geriatric assessment. In Hazzard, W. R., Blass, J. P., Halter, J. B., Ouslander, J. G., & Tinetti, M. E. (5th Ed.) Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. (p. 107). McGraw-Hill.

CGA를 마친 후 학제 간 사례회의(interdisciplinary case meeting)를 하는 것은 성공적인 노쇠관리를 위해 다수의 문헌에서 권고하고 있는 내용이다(Stuck et al., 2002, pp. 1022-1028; Huss et al., 2008, pp. 298-307; Stall et al., 2014, pp. 2243-2251). CGA를 통해 수집된 임상적 정보를 바탕으로 의사, 간호사, 물리치료사, 운동처방사, 영양사, 사회복지사 등의 인력이 대상자와 가족들의 필요가 무엇인지를 논의할 경우 보다 효과적인 중재계획이 수립될 수 있다. Huss 외(2008, pp. 298-307)는 메타분석 연구를 통해 방문 초기에 이루어지는 다학제적 팀 회의가 노인 기능 저하를 56%가량 낮추는 데 유의한 효과가 있음을 보고하였다. 보다 최근에 이루어진 Stall 외(2014, pp. 2243-2251)의 체계적 문헌 고찰 연구에서도 최소 주 1회 이상의 다학제적 팀 미팅이 성공적인 가정방문 일차의료(home-based primary care, HBPC)사례들에서 공통적으로 운영되고 있다고 하였다.

다. 중재체계

셋째, 중재체계(intervention system)이다. 국제 가이드라인을 포함한 대부분의 문헌에서 매우 강력하게 권고하는 중재 내용은 다음과 같다. 이들은 근감소증과 저영양 상태로 인한 노쇠의 악순환 고리를 끊어내므로 장애 발생 예방에 가장 효과적인 중재 방법으로 잘 알려져 있다.

- (1) 다면적 운동 또는 사전적 재활
- (2) 균형 있는 식이섭취와 단백질 보충

현재까지 허약 노인의 장애 발생 예방을 위해 가장 효과적인 중재 방법은 재활운동으로 이해되고 있다. 이는 운동을 통한 직접적 자극을 통해

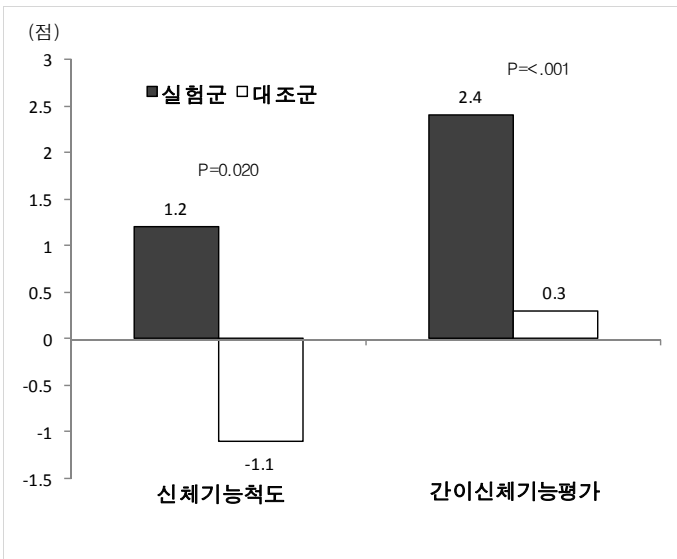
노쇠의 가장 중요한 병태생리기전으로 알려져 있는 근감소증이 개선될 수 있기 때문이다. 허약 노인 대상으로 실시되는 운동은 근육의 양과 질을 증가시키고, 신체 내에서 염증성 사이토카인의 활성을 억제하는 효과를 가지고 있다(Lynch, Schertzer, & Ryall, 2007, pp. 461-487). Daniels 외(2008)의 체계적 문헌 고찰 연구에 따르면 단순한 근력 증가를 목표로 진행하는 것보다 유연성, 평형성, 심폐지구력 등 다면적 운동을 하였을 때 장애 예방에 보다 유의한 효과가 있는 것으로 나타났다. 이는 허약 노인 대상의 운동 프로그램은 모든 대상자에게 일률적으로 적용하기보다 대상자의 운동 수행 능력에 따라 개별화된 운동 처방을 내리는 것이 바람직함을 뜻한다.

국내에서 이루어진 대표적인 연구로 서울시 강북구 보건소에서 맞춤형 방문건강관리사업에 등록된 저소득층 허약 노인을 대상으로 12주간 방문 재활 프로그램에 대한 무작위 실험 대조 연구를 수행하였다. 실험군은 3개월 동안 상·하지 근력 강화, 보행능력 강화, 균형능력 증진에 초점이 맞추어진 사전적 재활운동을 제공하였다. 이를 위해 보건소 운동처방사가 주 1회 가정방문을 하였다. 연구 결과 방문재활 프로그램에 참여한 대상자에게서 신체기능 척도와 간이 신체기능 평가로 측정된 주요 노인 기능 수준의 유의한 향상이 관찰되었다(김창오, 이희연, 호승희, 박현숙, 박철우, 2010, pp. 1293-1309)(그림 2-5-2) 참조).

노년기 영양섭취 부족이 노쇠를 초래하는 가장 중요한 원인 중 하나임은 잘 알려져 있다. 이에 따라 최근 허약 노인 대상의 영양 증재에 대한 연구들이 활발하게 이루어지고 있다. 체계적 문헌 고찰 연구에 따르면 2000년대 후반까지만 해도 노쇠 대상의 영양 증재는 단독 요법으로서 장애 발생 예방에 충분한 근거가 없다고 하였으나(Daniels et al., 2008; Milne, Potter, Vivanti, & Avenell, 2009; Cawood, Elia, &

Stratton, 2012), Tieland 외(2012, pp. 720-726)의 무작위 실험 대조 연구 이후 단백질 보충의 효과성을 보고하는 연구들이 증가하고 있다 (Bauer et al., 2013, pp. 542-559; Ng et al., 2015, pp. 1225-1236; Kwon et al., 2015, e1-8; Kim et al., 2015).

[그림 2-5-2] 국내 선행연구에서 허약 노인 방문재활의 효과

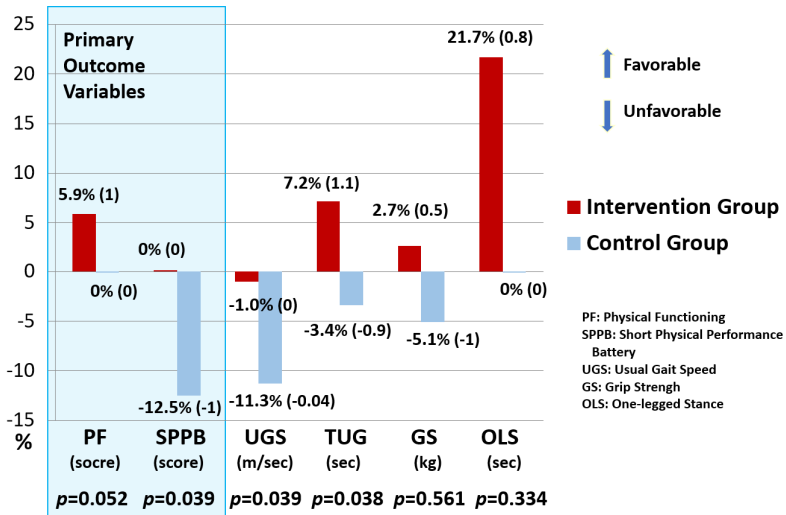


자료: 김창오, 이희연, 호승희, 박현숙, 박철우, (2010). 허약 노인을 위한 방문재활 프로그램의 장애 발생 예방 효과에 대한 연구. 한국노년학, 30(4), p. 1302.

국내에서 이루어진 대표적인 연구로 Kim과 Lee(2013, pp. 309-316)는 서울시 강북구 보건소에서 허약 노인을 대상으로 12주간 방문영양 프로그램에 대한 무작위 실험 대조 연구를 수행하였다. 실험군에게는 단백질 강화 경구 영양 보충제가 지급되어 단백질 25g/일, 필수아미노산 9.4g/일(60/2% 류신) 등의 영양소가 추가적으로 제공되었다. 방문영양사는 격주 주기로 가정방문을 하여 개별적 영양 상담을 하였다. 연

구 결과 영양 개선뿐만 아니라 신체기능 척도와 간이 신체기능 평가로 측정된 주요 노인 기능 수준의 유의한 향상이 관찰되었다([그림 2-5-3] 참조). 이 또한 보건소에서 실제로 수행되었던 중재 사업으로 적용 가능성이 높을 것으로 판단된다.

[그림 2-5-3] 국내 선행연구에서 취약노인 방문영양의 효과



자료: Kim, C. O. & Lee, K. R. (2013). Preventive effect of protein-energy supplementation on functional decline of frail older adults with low economic status: A community-based randomized controlled study. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 68(3), 309-316.

그 밖에 다수의 문헌을 통해 보다 낮은 근거로 제안되는 중재 내용은 다음과 같다.

- (1) 예방적 방문간호
- (2) 방문진료
- (3) 24시간 응급 전화상담

(4) 지역사회 자원에 대한 연계 및 의뢰

(5) 칩거 예방을 위한 사회적 관계망 증진 활동

간호사 또는 의사에 의한 방문건강관리는 특히 노쇠 어르신을 대상으로 임상적 효과성이 검증된 중재 방법이다(Stuck et al., 2002, pp. 1022-1028; Kim & Jang, 2018, pp. 62-72). 24시간 응급전화상담은 특히 응급실 이용 또는 불필요한 입원을 감소시켜 노인 의료비의 지나친 증가를 예방할 수 있는 효과적인 방법으로 검토되고 있다(Stall et al., 2014, pp. 2243-2251). 하지만 이를 위해서는 주말과 야간 시간을 담당하는 당직근무 체계를 구축하여야 한다. 지역사회 자원 연계는 주로 사회복지인력을 통해 수행되며, 건강관리서비스 이외에 폭넓은 생활 관련 서비스를 제공할 수 있다는 점에서 장점을 갖는다. 가족 또는 이웃들과 함께 사회적 관계망을 증진시키는 심리사회적 중재는 일부 연구에서 임상적 효과성이 입증되었다(Ichida et al., 2013, pp. 83-90). 지역 주민과 함께하는 활동들은 역량강화(empowerment) 측면에서 프로그램의 지속성과 반응성(reactiveness)을 높일 수 있다는 추가적인 장점이 있다.

라. 목표관리체계

마지막으로 목표관리체계(performance system)가 있다. 문헌을 통해 확인된 노쇠관리의 사업 목표는 다음과 같다(Kim & Jang, 2018, pp. 62-72).

(1) 의료적 접근성 증진

(2) 포괄적이고 연속적인 보건의료서비스 제공

- (3) 환자의 자기결정권에 대한 존중
- (4) 노인 의료비 감소

이상의 목표들은 많은 문헌에서 흔히 언급되고 있는 것이지만, 각각 매우 다른 강조점을 갖는다는 점에 주의할 필요가 있다. 예를 들어 의료 접근성 증진을 가장 중요한 목표로 설정할 경우 다학제적 팀을 구성하는 것보다 칩거 상태의 노인을 발견하기 위한 선별 체계를 정교하게 만드는 것이 보다 중요한 과제가 될 것이다. 만일 노인 의료비 감소가 가장 중요한 목표로 설정될 경우 반복적인 입원 경력을 갖는 노쇠 어르신을 대상으로 보다 전문적인 임상의료서비스(예를 들어 24시간 응급상담서비스)가 제공되어야 할 것이다. 반면 환자의 자기결정권을 존중하는 목표를 달성하기 위해서는 환자와 지역 주민이 함께하는 보다 인간적인 관계 중심적 사회서비스가 제공되어야 할 것이다.

이상의 목표들을 어떻게 측정하고 평가할 것인가는 또 다른 어려운 문제이다. 일반적으로 노인보건사업에서 흔히 사용되는 평가지표는 다음과 같다.

- (1) 만족도
- (2) 임상적 효과성
- (3) 의료 이용 및 비용

만족도 평가는 거의 모든 사업들에서 수행될 수 있는 기본적인 평가지표이다. 특히 가족과 마을 주민들을 프로그램 대상에 포함할 경우 만족도 이상의 평가를 하는 것은 쉽지 않다. 임상적 효과성은 (1) 사망률, (2) 장애발생률, (3) 장기요양 입소율, (4) 낙상률, (5) 삶의 질, (6) 보호자 부담

등이 측정될 수 있다. 그 밖에 우울, 인지기능, 영양상태, 신체기능, 사회적 지지 등이 측정될 수 있다. 의료 이용에 대한 대표적인 평가지표는 (1) 응급실 이용률, (2) 불필요한 입원율, (3) 의료비가 있다. 이 평가지표들은 당연히도 노쇠관리가 어떠한 목표 아래 수행되었는지에 따라 다르게 선택될 수 있을 것이다.

2. 이론적 모형의 주요 이슈

이론적 모형을 개발하는 과정에서 연구진이 발견한 5가지 이슈는 다음과 같다. 이들은 문헌 고찰에서 참고할 만한 연구 결과를 거의 아무것도 찾을 수 없었으나, 실제 사업 수행을 위해서는 반드시 검토되어야 할 내용이다.

- (1) 인구학적 선별 조사는 반드시 수행되어야 하는가?
- (2) 건강코디네이터(health coordinator)와 같은 새로운 인력이 필요한가?
- (3) 마을 주민 또는 일반인 자원봉사자의 역할은 무엇인가?
- (4) 보건소가 반드시 사업의 실행 주체가 되어야 하는가?
- (5) 사업의 성과는 어떠한 지표로 측정되어야 하는가?

이상의 연구 질문은 시범사업 수행 과정에서 질적으로 탐색될 수밖에 없다. 결국 이 연구는 [그림 2-5-1]의 '이상적 노쇠관리모형'을 실제 지역사회에 적용하는 과정에서 어떠한 강점과 문제점이 발생하는지를 살펴보고, 이 과정에서 현실적으로 이슈들을 찾아내는 데 주안점을 두었다. 또한 연구진들은 위에 언급한 5가지 연구 질문에 대해 어떠한 실증적 근거를 얻을 수 있을지를 염두에 두고 시범사업의 진행 과정을 관찰하였다.

제3절 시범사업 목적 및 방법

1. 목적

건강노화를 위한 지역사회 중심의 통합적 노쇠관리모형을 개발하기 위한 목적을 가지고 하는 것이다. 이를 위한 구체적인 연구 목표는 다음과 같다. 첫째, 선행연구에 대한 문헌 고찰을 바탕으로 지역사회 중심의 통합적 노쇠관리에 대한 이론적 모형을 개발한다. 둘째, 이론적 노쇠관리모형을 특정 지역사회에 실제 적용하였을 때 어떠한 강점과 문제점이 발생하는가를 분석하고, 보다 현실적으로 수용 가능한 지역사회 중심의 통합적 노쇠관리모형을 제안한다.

2. 연구 방법

가. 시범사업 운영 및 형성연구 방법

연구 목적을 달성하기 위해 2018년 2월부터 10월까지 서울시 중구 보건소에서 ‘지역사회 중심의 통합적 노쇠관리모형 개발 및 운영’이란 제목의 시범사업을 수행하였다. 시범사업의 운영 과정은 형성연구 방법론을 사용하여 연구진이 질적으로 기술하였다. 형성연구 방법은 프로그램 개발 시 타당성 확보를 위해 수정과 보완을 반복하는 형성평가 절차에서 유래한 방법론이다(Reigeluth & Frick, 1999, pp. 633-652). 이 연구에서는 사례의 강점과 약점, 논쟁의 지점을 파악하고, 이론적 고찰을 통해 개발된 최초의 모형이 특정 지역사회에 문화적 또는 지역적 적합화 과정을 겪으면서 어떻게 변화·발전되어 가는 것인지를 기술하기 위해 사용되었다.

2018년 2월 성공회대학교 사회복지연구소 연구진(이하 연구진)들은 중구 보건소 관계자에게 이 연구의 전체적인 목적과 취지를 설명한 후, 보건소 안에서 효과적인 노쇠관리서비스가 제공될 수 있도록 이론적 고찰을 통해 개발된 이상적 모형을 적용해 볼 것을 제안하였다. 2018년 2월부터 3월까지 연구진과 보건소 관계자들은 주 1회 수준의 집담회를 가졌고, 이를 통해 보다 구체적인 실천계획(action plan)이 만들어졌다. 2018년 3월부터 10월까지 실천계획에 따라 허약 노인 스크리닝, CGA, 영양 증재 등의 활동들이 이루어졌다. 이 과정에서 최초의 실천계획은 계속해서 수정·적용되었다.

2018년 8~9월 연구진은 보건소장, 보건지소장, 보건지소 주민건강팀장, 건강코디네이터, 건강지도자 등에 대한 심층면접과 포커스 집단면접을 하였다(〈표 2-5-3〉 참조). 면접의 주요 내용에는 이 연구의 이론적 분석 틀에 따라 시범사업 수행과 관련된 1) 장소, 2) 목적, 3) 대상, 4) 인력, 5) 과정, 6) 성과 등이 포함될 수 있도록 하였다. 면접 참여자는 이 연구의 목적에 따라 시범사업 운영 과정을 자세히 이야기하고 자유로운 의견을 전달해 줄 수 있는 사람을 구하였다. 결과적으로 보건소장이 보건지소장을 추천하고, 보건지소장이 주민건강팀장을 추천하고, 주민건강팀장이 건강지도자를 추천하는 등의 방식으로 진행되었다(눈덩이표집방법). 인터뷰는 보건소, 보건지소 또는 인근의 조용한 공간에서 이루어졌으며, 1인 또는 그룹당 90분 정도가 소요되었다.

〈표 2-5-3〉 심층면접조사 및 포커스 집단면접 참여자의 일반적 특성

사례	성별	연령대	조사 방법	직책	주요 주제
A	여	50대	심층면접	보건소장	목적, 대상, 성과
B	남	50대	심층면접	보건지소장	목적, 대상, 성과
C	여	50대	포커스 집단면접	주민건강팀장	인력, 과정, 성과
D	여	50대	포커스 집단면접	주민건강팀장	인력, 과정, 성과
E	여	50대	포커스 집단면접	주민건강팀장	인력, 과정, 성과
F	여	50대	심층면접	건강코디네이터	대상, 인력, 과정
G	여	60대	포커스 집단면접	건강지도자	대상, 인력, 과정
H	여	60대	포커스 집단면접	건강지도자	대상, 인력, 과정
I	남	70대	포커스 집단면접	건강지도자	대상, 인력, 과정
J	여	70대	포커스 집단면접	건강지도자	대상, 인력, 과정

제4절 시범사업의 운영 과정 및 결과

1. 시범사업 운영 과정(2018. 2.~2018. 9.)

가. 어디에서 수행되었나?(Place)

1) 시범사업 선정 과정

이 연구는 노쇠관리에 대한 병원 중심 모형이 아닌 지역사회 중심 모형을 개발하고, 이를 우리나라 보건소 현실에 적합한 노쇠관리 체계로 제안하는 데 궁극적인 목적을 갖고 있다. 2017년 12월쯤 한국보건사회연구원과 성공회대학교 사회복지연구소 연구진은 이에 대한 연구 목적에 합의하고 약 9개월 동안 시범사업을 수행하기로 결정하였다. 시범사업을 어떠한 지역에서 수행할 것인가에 대해서는 다음의 세 가지 원칙을 정하였다. 첫째, 지역사회는 인구 5만 명 정도의 기초자치단체로 정한다. 둘

째, 65세 이상 노인인구 분포가 상대적으로 높은 지역이어야 한다. 셋째, 비교적 짧은 시간에 연구 결과를 확인할 수 있도록 보건소장의 참여 의지가 강하고, 통합적 서비스 제공이 가능할 것으로 판단되는 지역을 선정한다. 결국 연구진들 간의 논의 끝에 이 시범사업은 서울시 중구 보건소에서 수행하는 것으로 결정되었다.

2) 서울시 중구의 일반적 특성 및 건강지표

중구는 서울특별시의 중앙부에 있는 자치구로 서울 시내 가장 작은 면적을 차지하고 있다. 흔히 서울시 중구는 한국에서 가장 변화한 곳으로 잘 알려져 있다. 실제로 시청, 은행, 증권, 기업들의 본사가 있고 경제, 금융, 문화, 언론 및 유통의 중추 기능이 집중되어 있다. 교통적인 측면에서도 퇴계로, 을지로, 청계천로, 남대문로, 왕십리길 등 간선도로가 관통하면서 지하철 1~6호선이 통과하는 등 교통의 요충지로 손꼽힌다. 주요 관광지로 명동, 남산, 정동길, 덕수궁, 송례문, 동대문DDP 등이 활성화되어 있다.

하지만 서울시 중구의 건강불평등 수준이 매우 높으며, 독거노인과 장애인 등 취약계층 비율이 상당히 높은 편에 속한다는 사실은 잘 알려져 있지 않다. ‘2014년 서울시 건강격차 모니터링 보고서’에 따르면, 중구의 재정자주도([자주재원/자치단체 예산규모]×100)는 67.9%로 25개 자치구 중 두 번째로 높은 것으로 나타났다(서울특별시·서울특별시 공공보건의료지원단, 2014). 하지만 지역 내 자원의 결핍 수준을 뜻하는 대표적인 지표인 지역박탈지수는 4.55점으로 총 25개 자치구 중 3위를 기록하고 있다(서울특별시, 서울특별시 공공보건의료지원단, 2014, pp. 51-55).

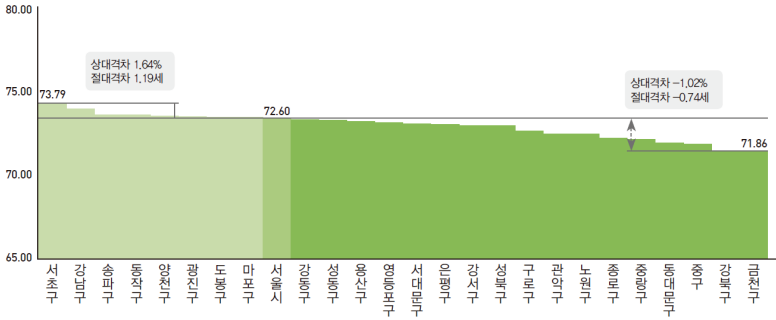
건강 수준도 중구의 건강기대여명은 72.0세로 서울시 25개 자치구 중 세 번째로 나쁜 것으로 나타났다(서초구 73.8세, 서울시 평균 72.6세, [그림 2-5-4] 참조). 건강기대여명은 건강불평등 측정에 사용되는 대표적인 건강지표로 현재 수준의 사망률과 건강상태를 가정했을 때 특정 연령에 도달한 사람들이 좋은 건강상태로 살아가게 될 인생의 남은 생존 연수를 지칭한다.

그 밖에 건강 관련 지표로서 중구는 저체중출생아 비율 1위, 교통사고 사상자 비율 1위, 식품안정성 미확보율 4.5점, 2위, 저체중률 2위, 현재 흡연율 3위, 경제적 이유로 인한 미충족의료 비율 3위, 중등도 이상 신체활동 미실천율 4위, 활동제약 비율 4위 등을 기록하고 있다. 이 중 영양(식품안정성 미확보율, 저체중률)과 신체활동(신체활동 미실천율, 활동제약)에 대한 지표들은 노쇠의 발생과 밀접하게 연관되어 있으므로 향후 적극적인 모니터링을 할 필요가 있다(서울특별시, 서울특별시 공공보건의료지원단, 2014, pp. 51-55).

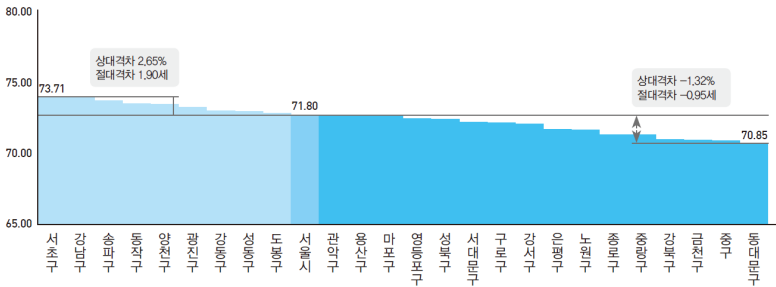
128 건강노화를 위한 노인 친화적 보건 의료서비스 제공 방안

[그림 2-5-4] 2009~2011년 서울시 자치구별 건강기대여명 비교

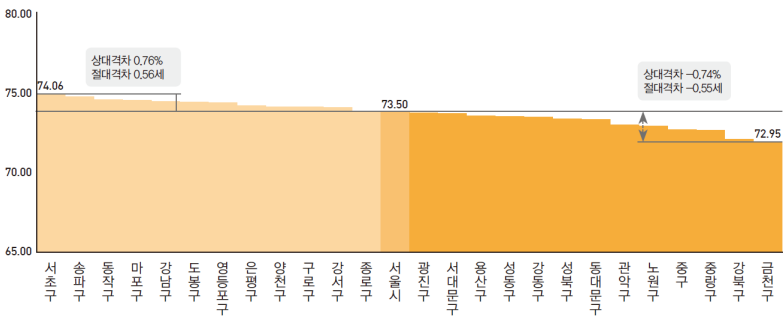
A. 서울시 자치구별 출생시 기대여명



B. 서울시 자치구별 남성 출생시 기대여명



C. 서울시 자치구별 여성 출생시 기대여명



자료: 서울특별시, 서울특별시 공공보건복지지원단. (2014). 2014 서울시 건강격차 모니터링. pp. 178-179.

3) 주민 중심 보건사업이 필요하다

중구의 경제적 지표(예를 들어 재정자주도)가 매우 높음에도 중구의 건강지표가 매우 열악한 이유는 무엇인가? 이에 대해 중구 보건지소장은 보이는 사람들과 실제 살고 있는 사람들 간의 격차가 심각하기 때문이라고 하였다.

이와 같은 인구 구성의 특성에 대해 중구 보건소는 약 7~8년 전부터 '주민 중심의 보건사업'을 추진하기로 결정하고, 지금까지 다양한 노력을 기울여 왔다. 여기서 주민(residents, 住民)이란 소소한 일상(daily activity)과 중구라는 지역(place)을 공유하는 사람들을 뜻한다. 이는 실제 보건소를 이용하는 사람들과 실제 주민들이 많이 다르다는 사실을 깊이 있게 고민한 이후 얻어진 결론이라 주목할 만하다.

4) 동 중심 보건사업이 필요하다

이와 같은 문제의식 속에서 중구 보건소는 2013년부터 2015년까지 상주인구가 가장 많이 밀집되어 있는 3개 동(약수동, 황학동, 다산동)에 보건지소를 설치하기로 하였다. '진짜 주민'들을 위해 건강관리 공간을 마련하고, 주민들의 삶 속에 보다 깊숙이 다가가기 위해서이다. 이와 같이 공간적 단위를 보다 작은 범위로 설정한 것은 '마을 단위의 현장 강화' 전략이며, 궁극적으로는 AIP(aging in place)의 시작점이 될 수 있다.

애초 연구진은 중구 전체를 대상으로 노쇠관리 체계를 만들 것을 제안한 바 있다(2018년 1월). 하지만 실제 허약 노인 건강관리사업은 동별 건강관리가 가능한 3개 보건지소(약수동, 황학동, 다산동)에서 시작하였다. 이는 노쇠가 보행능력 저하와 사회적 고립을 특징으로 하는 인구집단이

라는 점을 고려하였을 때, 불가피한 것일 뿐만 아니라 바람직한 선택으로 판단된다.

5) 약수동, 황학동, 다산동은 어떤 동네인가?

중구 내 최초로 보건지소가 설치된 약수동은 인구수 1만 9000명의 행정동으로 중구에서 상주인구가 가장 많은 곳이다. 그만큼 노인인구가 많고, 허약 노인 또한 많을 것으로 여겨진다. 노쇠 유병률을 10.7%로 추정하였을 때 약수동에만 약 350명의 허약 노인이 거주하고 있을 것으로 판단된다. 이들은 복지관, 경로당, 교회 등을 중심으로 일상생활을 공유하고 있으며, 나름대로 지리적으로 밀착된 사회자본(geographical bonding social capital)을 갖고 있다.

황학동은 인구 1만 2000명 정도의 행정동으로 신당역 주변 중앙시장을 끼고 발달한 동네다. 좁은 골목길과 노후화된 주택이 밀집되어 있다. 즉 주거빈곤이 가장 눈에 띄는 지역이었다. 실제 사업을 수행하면서 황학동의 복잡한 골목길에서 허약 노인의 주택을 찾는 것은 쉽지 않은 일이었다. 경로당 등에서 동의서를 취득한 후 지번 주소만으로 실제 거주하는 곳까지 찾는 일이 너무 복잡했기 때문이다.

다산동은 인구 1만 6000명이 살고 있는 행정동으로 이 지역의 특징은 고지대에 있다는 것이다. 특히 다산동 성곽길은 매우 유명한 산책로로 알려져 있다. 하지만 허약 노인에게 이와 같은 지형은 칩거와 고립을 강제로 유발할 수 있다. 주민 구성은 10년 이상 살고 있는 토박이 노년층이 70% 정도를 차지하고 있다. 따라서 다산동에는 중고령층 건강 소모임(예를 들어 걷기모임 등)과 젊은 층 모임(예를 들어 육아맘, 사진모임, 우쿨렐레 동아리 등)이 함께 활성화되고 있었다.

나. 어떠한 목적으로 시작되었나?(purpose)

1) 지역사회 안으로 더 깊이 들어가야 한다

서울시 중구가 이 연구의 시범지역으로 선정된 가장 중요한 이유는 무엇보다도 중구 보건소장이 적극적인 의지를 표명하였기 때문이었다. 중구 보건소는 이 사업을 통해 보건소 내에 파편화되어 있는 노인 관련 서비스들이 효과적으로 통합·조정되어 가장 필요한 주민들에게 전달될 수 있기를 희망하였다.

이 문제에 대한 중구 보건소의 해법은 지역사회 안으로 보다 깊이 들어가는 것이었다. 즉 이를 통해 ‘공무원들의 행정 중심 공간’을 ‘주민들의 일상생활 공간’으로 이동시키고, 보다 많은 의사소통을 가능하게 하는 것이다. 중구 보건소장은 이와 같은 전략을 ‘또 하나의 반전(反轉)’이라고 표현하였다. 주민 속으로 더 깊이 들어가고자 하였을 때, 역설적으로 문제 해결을 위한 새로운 해법이 보이게 된다고 힘주어 말하였다.

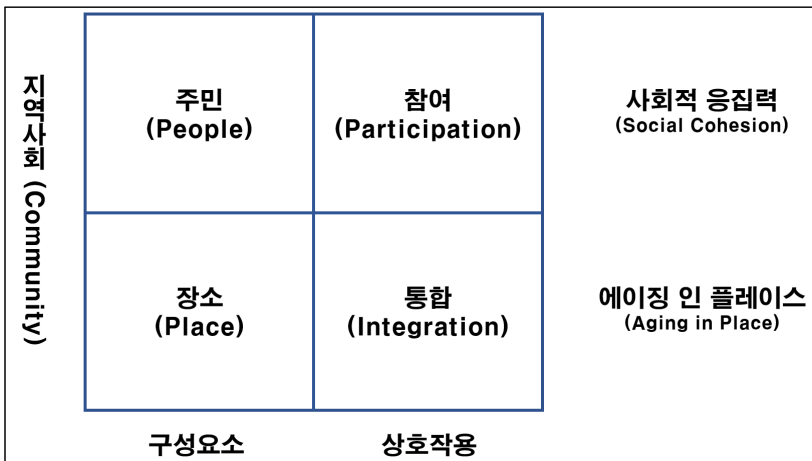
이러한 맥락에서 연구진은 중구 보건소만의 독특한 지역사회 중심의 노쇠관리 접근 전략을 ‘두레모형’이라고 부르기로 하였다. 이는 이와 같은 철학이 보건소장 한 사람의 생각이 아니라 실제 시범사업을 수행하는 전체 체계에 충분히 녹아들어 있으며, 보건소 직원뿐만 아니라 마을 주민(건강지도자)에 이르기까지 모든 참여자들이 공유하고 있는 일관성 있는 원칙임을 확인하였기 때문이다.

2) 중심 원칙은 주민 중심성과 장소 중심성이다

그렇다면 두레모형에서 지역사회란 무엇일까? 노쇠관리를 위해 지역사회 안으로 보다 깊숙이 들어가야 하며, 그때 비로소 해답이 보일 수 있

다는 말은 다시 어떻게 이해될 수 있을까? 연구진은 이 사업에 대한 경험을 통해 지역사회를 주민과 장소의 복합체로 이해하게 되었다. [그림 2-5-5]는 지역사회에 대해 연구진이 재해석한 개념을 설명하기 위한 도식이다. 이에 따르면 지역사회란 물리적으로 사람(주민)과 땅(장소)을 뜻한다. 하지만 둘 이상의 사람들이 상호호혜의 원리에 따라 하나의 공간 안에서 상호작용하게 되었을 때, 부딪치고 섞이고 때론 다투는 일들이 일어나는데, 이것이 바로 일상생활을 공유하는 주민들의 활동이다. 사회학적으로 해석하였을 때 이는 각각 참여와 통합으로 서술된다.

[그림 2-5-5] 지역사회 개념에 대한 재해석: 두레모형



3) 먼저 공간을 합쳐서 보건소 서비스를 통합한다.

시범사업은 2018년 2월부터 시작되었지만, 사실 이 연구의 두레모형을 충분히 설명하기 위해서는 7~8년 전부터 계속되었던 중구 보건소의 숨은 노력들을 설명하지 않으면 안 된다. 중구 보건소 안에 지역사회 중

십의 원리와 철학들이 많은 직원들에게 공유하게 되기까지는 상당히 오랜 시간이 필요했고, 이를 구체적으로 사업화하기까지도 극복해야 할 어려움이 매우 많았다. 따라서 지역사회 노쇠관리를 두레모형에 따라 추진하는 일은 결코 간단한 일이 아니다. 보건소 안에서 두레모형을 구현하기 위해서는 몇 가지 선결 조건이 필요하다. 첫째, 보건소 안의 파편화된 서비스를 통합해야 한다. 둘째, 동주민센터(또는 보건지소)와 같은 보다 작은 사업 추진 단위가 필요하다.

중구 보건소는 이상의 선결 조건을 준비하기 위해 2010년부터 2017년까지 노력하였고, 2018년에 들어서야 비로소 일정한 성과를 얻을 수 있었던 것으로 보인다.

4) 주민들이 마을 안에서 할 수 있는 역할을 모색한다.

2018년 1월 연구진과 중구 보건소의 만남이 처음으로 이루어졌다. 당시 오랜 시간 논의를 하지 않았음에도 시범사업에 대한 논의가 급진전될 수 있었던 배경은 다음과 같다. 성공회대학교 연구진은 짧은 연구 기간 안에 노쇠관리가 지역사회 안에서 뿌리내리는 과정을 관찰하고 싶었다. 반면 중구 보건소는 지난 7~8년 동안 추진한 ‘보건소 내 통합 → 동주민센터와의 기관 통합 → 주민 참여 보건사업’의 과정이 점차 발전하고 있다는 맥락 안에서 이 시범사업을 이해하고자 하였다. 즉 이제 막 형성된 200여 명의 주민들이 마을 안에서 자부심 있게 활동할 수 있을 만한 새로운 아이টে를 찾길 원했었다. 노쇠관리는 이들의 관점에서 매력적인 역할이 될 수 있다고 판단한 것이다. 결국 성공회대학교 연구진과 협력하여 중구 내 보건지소에서 허약 노인 건강관리사업을 추진하기로 합의하였다. 이를 통해 ‘마을 주민 ↔ 허약 노인’ 간의 긍정적인 상호작용이 발생할

수 있기를 기대한 것이다.

“뭘 저는 허약이라는 개념은 솔직히 교수님을 만나서 이제 얻어진 개념 이거든요? 그동안 가졌던 생각이 정리됐다는 건 아까 말씀드렸다시피 첫째는 우리 보건의 감당해야 할 부분이라는 거하고, 또 이 틀(스크리닝 도구)이 근거가 있다는 거하고, 그 근거 있는 틀이 보건소나 지소에서 충분히 활용할 수 있다는 거죠. 그게 굉장히 좋아 보였고, 또 쓸 수 있다는 생각을 했고요. ... 앞으로 그 허약 부분을 우리가 이렇게 정확한 틀로 관리해 나가는 게 지소와 동사무소에서 해야 할 일이라는 생각이 들어요. 이제 좀 더 체계적으로 확장될 수 있으면 좋겠다는 생각을 가지고 있죠.”(보건지소장 B)

다. 누구를 위한 사업이었는가?(patients)

1) 허약 노인이 아니라 ‘모든’ 허약 노인이 대상이 되어야 한다.

이 시범사업의 대상이 허약 노인이라는 점에 대해서는 연구진과 보건소 측 모두 아무런 이견이 없었다. 하지만 실제 사업이 진행되면서 약간의 관점 차이가 발견되었다. 중구 보건소는 개인(individual)으로서 허약 노인이 아니라 진지하게 인구집단(population)으로서 허약 노인을 대상으로 삼고자 하였다. 이는 병원 중심의 노쇠관리와 확실하게 차이가 발생하는 지점일 것이다. 즉 건강관리의 필요를 느끼고 이에 따라 병원(또는 보건소)을 방문한 사람만을 대상으로 할 경우 진짜 필요한 사람들(즉 심각한 노쇠로 칩거 상태에 있는 노인들)에게 서비스가 전달될 수 없다는 것이다.

이에 따라 중구 보건소에서는 허약 노인 스크리닝 사업을 아웃리치를 통해 추진하고자 하였다. 2018년 2월 초기 미팅 당시 중구 보건소장은 보건지소 팀장들에게 직접 아웃리치를 통해 그동안 발견하지 못한 신규 허약 노인을 충분히 발굴할 것을 강력히 주문하였다. 사실 그동안 보건지소에서는 적극적인 아웃리치 활동들은 하지 못했다. 이는 방문간호팀에서 해야 할 일이라고 생각했었다. 이 점이 사업 초기 보건소장과 팀장들 간에 미묘한 갈등이 발생한 지점이었다.

보건소장은 허약 노인에 대한 전수조사 또한 가능하다는 생각을 가지고 있었다. 특히 2018년 7월쯤 중구 보건소 내 폭염비상대책반이 수립되었을 때, 모든 행정조직 중에 보건소만이 건강취약계층에 대한 구체적인 명단을 가지고 있었다고 한다. 이에 따라 이번에 처음으로 2,500명의 건강취약계층에 대한 전수 방문을 할 수 있었다. 이와 같은 시도는 보건 영역에서만 할 수 있는 일이라고 말하였다. 사실 폭염에 가장 취약한 대상자는 허약 노인이다. 따라서 이와 같은 행정력은 지역사회 노쇠관리를 왜 보건소에서 수행하는 것이 적절한지를 설명하는 하나의 이유가 된다.

“이런 재난이 있을 때, 우리가 케어해야 하는 사람들에 대해서 파악하고 있는 부서가 여기밖에 없다는 거죠. 그게 굉장히 큰 문제고요. ... 이걸 데이터베이스화하고 있었으면... 우리가 아니라 누구라도 해야죠. 복지 파트가 하든, 행정에서 하든. 그죠? 전 주민이라고 해 봐야 한 동네 거의 2만, 서울이면 많아야 3만 명이에요. 그걸 리스트업하는 게 왜 불가능하냐고요? 할 수 있죠.”(보건소장 A)

라. 주요 인력은 누구였는가?(people)

1) 전문가가 아닌 마을 주민이 주도하였다.

시범사업을 추진하면서 연구진과 보건소의 생각이 가장 달랐던 지점은 다름 아닌 ‘인력’에 대한 부분이었다. 앞 절의 이론적 모형에서 언급했던 대로 연구진은 노쇠관리사업의 핵심 인력으로 전문가를 상정하였다. 즉 스크리닝을 통해 발견된 허약 노인에게 노인병인정의가 CGA를 수행하고, 이를 바탕으로 간호사, 영양사, 물리치료사, 운동처방사, 사회복지사 등의 직능이 허약 노인의 개별적 필요에 따라 통합적 중재를 하는 것이 바람직하다고 생각했던 것이다. 연구진 또한 주민 참여가 필요하다는 아이디어를 갖고 있었지만, 보조적인 역할로서 스크리닝 과정에서 일부 참여하거나 또는 중재 과정에서 자원봉사자 수준으로 역할을 할 수 있다면 그로서 충분할 것으로 생각했었다.

하지만 중구 보건소는 이 시범사업이 전적으로 ‘주민의, 주민을 위한, 주민에 의한’ 사업이 되기를 원했다. 실제로 ‘두레모형’의 원칙에 따라 그렇게 추진하였다. 이는 앞서 설명했던 대로 중구 보건소 안에서는 이 사업의 초점이 주민 참여를 위해 ‘지역사회 안으로 깊이 들어가는 것’으로 조금 다르게 이해하고 있었기 때문이다.

“허약 노인 같은 경우에는 주민 참여의 목적으로 보건지소에서 사업을 시작한 건데요. 그러다 보니까 지소 직원들이 주민들과 협업을 하고 주민 참여를 이끌다 보니까 주민 참여 교육을 지속적으로 해 왔던 건강지도자분들이라든가 건강 소모임에 참여하는 분들에게 역할을 부여해서...”
(주민건강탐장 C)

이와 같은 중심 인력에 대한 인식의 차이는 연구진의 관점에서 노쇠관리의 핵심이라고 여겼던 CGA 체계를 구축하는 데 다소 어려움을 낳기도 하였다. 심지어 보건지소장은 본인이 노인병인정의였음에도 이 사업에서 CGA가 별로 필요하지 않은 것으로 이해하기도 하였다.

그럼에도 불구하고 노쇠관리 시범사업은 전체적으로 ‘스크리닝(건강지도자) → CGA(건강코디네이터) → 중재(연구진)’의 기본 틀을 유지할 수 있었다. 뿐만 아니라 사업이 진행됨에 따라 점차 역량을 갖춘 인력들이 마을 주민 중에서 나오기도 하였다. 이와 같은 역동성은 이 연구사업의 가장 중요한 특징으로 이해될 수 있을 것이다.

2) 보건소 직원은 건강지도자를 양성하는 데 주력하였다.

3개 보건지소에는 총 18명의 정규직 직원들이 근무하고 있었다. 하지만 이들은 이 시범사업의 진행에 직접적으로 관여하지 않고, 마을주민을 교육하고 훈련하는 일에 집중하였다. 시범사업이 결정된 이후 보건지소 직원이 가장 먼저 했던 일은 이 사업을 마을 주민들에게 소개하는 일이었다. 3개 보건지소에는 약 200명의 마을 주민이 건강 소모임 등으로 충분한 관계를 맺고 있었다. 이들 중 50명 정도는 건강지도자로 양성되어 있는 상태였다.

2018년 3월부터 4월까지 진행된 주민 참여 안내 과정은 결코 순탄하지 않은 않았던 것으로 보인다. 건강지도자들 또한 처음부터 선뜻 참여한 것은 아니었다. 다산과 약수 보건지소에서만 30~40명의 건강지도자가 양성되어 있었지만, 이 중 이 사업에 지속적으로 참여한 사람들은 총 10명 정도였다. 황학보건지소는 마지막까지 한 명도 참여 의사를 밝히지 않았다.

그나마 참여를 약속한 건강지도자는 대부분 60~70대 이상의 노인층이었다. 이들은 언젠가 나도 허약 노인이 될 수 있다는 생각에 보다 많은 관심을 갖고 참여하였다. 처음에는 노쇠가 무엇인지 전반적인 교육을 하였고, 다음으로 스크리닝은 어떻게 하는지에 대한 구체적인 훈련을 제공하였다.

“건강지도자분들은 나도 허약 노인이 될 수 있다는 공감대가 조금 형성 돼서 그나마 더 적극적으로 참석한 거죠. 그래서 이분들이 나부터 시작해서 (스크리닝) 검사를 하고, 그다음에 집에서 자기 와이프나 남편분이 있으면 연령대가 비슷하니까 집에 가서 가족들도 하고, 이웃도 하고 그랬죠. 이렇게 해서 스크리닝까지는 가능했어요.”(주민건강팀장 D)

보건지소 직원들은 처음에는 과연 이분들이 잘하실 수 있을까 많이 걱정했다고 한다. 하지만 한 분 두 분씩 경험이 쌓이면서 익숙해지고, 스스로 조금씩 자신감을 갖고 하시는 모습을 보고 상당히 좋았다고 말했다. 결국 2018년 9월 현재 약수와 다산보건지소에는 이제 스크리닝 정도는 스스로 할 수 있는 정도 수준의 건강지도자가 양성되었다. 이들은 이제 허약 노인 스크리닝 활동에 관한 한 사업을 거의 주도해 나가고 있다.

3) 건강지도자들은 책임감을 가지고 참여하였다.

지금까지 시범사업에 참여한 건강지도자는 10명 정도였다. 이들의 대부분은 중구 보건지소에서 운영되는 다양한 건강 프로그램에 대상자로 참여하였다가 보건소 직원 또는 주변의 소개로 참여하게 되었다. 건강지도자로 임명되기 위해서는 먼저 12주의 교육 프로그램을 이수해야 한다.

작년까지는 경로당 건강관리사업, 보건소 자살예방사업, 복지관 한글교육 등에 참여하여 프로그램 진행을 돕는 역할을 했었다. 현재까지 1~2기 건강지도자는 40~50명 정도 양성되어 있었다. 비록 대단히 활성화되어 있지는 못하지만, 점차 발전하고 있었다. 최소한 인터뷰에 참여한 건강지도자들은 상당히 만족하고 있었다.

건강지도자들과 인터뷰를 통해 느꼈던 인상 깊은 점은 이들은 자신부터 먼저 건강해져야 하고 솔선해야 한다는 의식을 갖고 있었다는 점이었다. 그리고 다른 사람들의 건강을 어떻게 도울 수 있을가에 대해 상당한 책임감을 보여 주고 있었다는 것이다.

“교육을 받고 나니까 적극적으로 도와야 할 문제구나, 해야 될 문제구나라는 생각이 들었죠. 첫째는 나를 위해서 필요하지만, 나 아닌 다른 사람을 위해 필요해 보였어요. 그래서 교육을 받았는데, 받으면서 이런 모임들이 형성되더라고요.”(건강지도자 I)

가장 인상적이었던 점은 70세 가까이 된 이분들께서 스스로 노쇠가 무엇인지 공부하고, 어떻게 하면 마을 안에서 허약 노인을 효과적으로 발굴할 수 있을지에 대해 나름 진지하게 연구하셨다는 것이다. 실제로 허약 노인 스크리닝을 위한 아웃리치 장소들은 이들이 추천하는 장소에서 대부분 이루어졌다. 그만큼 이들은 자기 마을에 대해 구체적으로 들어갈수록 가장 많이 알고 있는 분들이기 때문이다.

“이 허약의 기준을 공부했어요. 또 허약이라고 하는 사람에게 어떻게 접근할까를 상당히 연구했습니다. 적극적으로 통반장을 통해서 접근해보자, 경로당에 안 나오니까요. 물론 경로당에 가 보고요. ... 어떨 땐 건강

노인 같고, 어떨 땐 허약 노인 같은 분들에 대해선 우리가 모르는 게 많습니다. '이런 분들에게 어떻게 접근하겠는가.' 이것이 우리의 과제가 아닌 가 싶습니다."(건강지도자 KYS)

건강지도자들이 실제 사업에 참여하면서 느꼈던 가장 큰 어려움은 1) 시작할 때의 낯섦과 2) 받는 데 너무나 익숙한 노인문화라고 이야기하였다. 특히 요구르트 한 병이라도 들고 가지 않으면 아예 만나 주지 않는 '의존적 문화'에 대해서는 바꾸어 나가야 한다고 목소리를 높였다. 심지어 두레밥상 프로그램 말미에 연구진이 '맛간장'을 참석한 모두에게 나누어 준 것에 대해서도 상당한 반대 의견이 있었다. 우리 사업만큼은 자꾸 뒤를 주면 안 된다는 것이었다.

사업에 참여하면서 가장 좋았다고 느낀 점은 역시 허약 노인이 건강을 되찾는 모습을 보게 되는 것이었다. 어르신들이 좋아졌을 때 자기 일처럼 기뻐했고, 나빠졌을 때 자기 일처럼 속상해하였다. 이렇게 자신이 관계를 맺었던 분들의 사업 결과를 솔직하게 보여 주는 것은 건강지도자를 위해 좋은 현장 교육이 된다. 이 과정을 통해 자신감과 소속감, 그리고 책임감이 발생할 수 있다. 이는 보다 오랜 시간 자원 활동을 지속할 수 있게 해줄 것이다.

4) 처음 시작하는 과정에서 건강코디네이터는 필요하다.

이 시범사업은 2018년 2월 갑작스럽게 시작되었으므로 보건소 입장에서 인력을 충분히 배치할 수 없는 상태였다. 보건지소에 총 18명의 직원이 근무하고 있었지만, 모두 각자의 업무가 이미 정해져 있었기 때문이다. 결국 스크리닝까지는 보건소 직원들이 건강지도자를 양성하여 함께

해냈지만, 이후 CGA와 증재를 담당할 인력을 구성하기에는 시간이 너무 부족했다. 결국 연구진은 보건소 측과 상의하여 연구원 한 명을 보건소에 파견하여 근무하도록 결정하였다.

시범사업 안에서 건강코디네이터의 역할은 연구진, 보건소(보건지소장), 보건지소(주민건강팀장) 및 건강지도자들 간에 구체적인 업무를 조정하는 것이었다. 보다 구체적으로 허약 노인 스크리닝을 수행하는 과정에서 건강지도자를 교육하고, 아웃리치 일정을 조정하고, 스크리닝 결과를 데이터베이스에 입력하는 등 다양한 업무를 수행하였다. 1차 스크리닝이 어느 정도 종료된 시점에서는 보건소 직원들과 함께 영양결핍이 동반된 허약 노인을 중심으로 가정방문을 하여 CGA를 하였다. CGA가 종료된 이후에는 영양고위험군 허약 노인에 대한 자료를 연구진에게 전달하여 적절한 증재가 이루어질 수 있도록 하였다.

“제가 연구진하고 중구 보건소 중간에서 일을 하다 보니까 중구 보건소에서든 여러 팀이 같이 코어워크를 해 가지고 의견을 모아서 저한테 주시고, 연구진 쪽에서도 그러고 해서 제가 또 보건소에 얘기를 하고 이러한 경우들이 많았습니다. 그렇게 의견을 조율하는 것이 제일 어려웠던 것 같습니다.”(건강코디네이터 F)

연구진의 판단으로는 사업 초기 ‘건강코디네이터’라는 이름으로 여러 직능의 업무를 통합하고 조정하는 인력은 반드시 배치되어야 한다. 특히 마을 주민의 역량이 완전히 성숙되기 전까지는 건강코디네이터가 주민 교육을 담당함으로써 조직화 과정에서 ‘촉진자(facilitator)’ 역할을 수행할 수도 있다. 또한 현실적으로 직무가 완전하게 분화되기 전 단계에서는 누군가 해야 하지만, 아무도 하고 싶어 하지 않는 일이 반드시 발생하게

된다. 이때 건강코디네이터(사회복지사)는 조직 내부 또는 외부에 있는 자원을 연계하여 원활한 사업 수행을 지원할 수 있다.

하지만 사업이 일정한 궤도에 오르면서 마을 주민들의 역량이 성숙된 이후 건강코디네이터는 스스로 본인 업무의 상당 부분을 건강지도자와 보건소 직원들이 수행할 수 있을 것이라고 이야기하였다.

마. 주요 서비스 내용은 무엇이었는가?(process)

1) 지역사회 안에 노쇠에 대한 필요와 수요는 너무 많았다.

2018년 이전 중구 보건소의 노쇠관리사업은 통합 간호사(통합건강관리사업, 찾동사업)가 수행하고 있었다. 동별로 1명의 간호사가 배치되어 1인당 약 250명의 건강취약계층을 담당하며 주기적으로 방문간호를 하고 있었다. 이 과정에서 허약 노인은 집중건강관리군으로 분류되어 8주 이상의 방문간호서비스가 제공될 수 있도록 하였다. 또한 도시락 배달 서비스, 경로당 운동교육 등의 프로그램이 부분적으로 운영되고 있었다.

“방문 간호사들이 250명이라고 하는 것은 정말 고위험으로 관리를 하는 대상이 250명인 거예요. 근데 이것을 8명이 관리하고 있었거든요. 그러면 엄청난 거잖아요.”(보건소장 A)

하지만 방문간호사업의 가장 큰 어려움은 역시 간호사 1인당 너무나 많은 대상자를 사례 관리하도록 요구받고 있다는 점이다. 문제의 핵심은 지역사회 안에 노쇠와 연관된 필요와 수요가 기존의 방문 간호사들만으로 감당하기에는 너무나도 많다는 것이다. 이러한 인력자원의 부족은 현

재 돌봄 체계를 재조직화해야 한다는 주장의 기본적인 근거가 된다.

“저희 허약사업은 전반적으로 보건소 자체에서는 방문 간호사 선생님들을 중심으로 많이 이루어졌는데, 그분들이 너무 많은 지역을 혼자서 커버하는 거 같은 거예요. 제가 여쭙 봤더니 아무래도 집중 케어를 하는 분들에게는 더 찾아가 보고, 그렇지 않은 분들은 조금 뒤로 미루시고... 그러면 집중 케어를 받으시는 분들은 아니시겠지만. 그렇지 않으시는 분들은 6개월에 한 번 돌아갈 수도 있다는 거죠.”(건강코디네이터 F)

“그러면 정말 허약 관리가 되는 걸까? 우리가 말하는 허약은 누워 계신 분들만 얘기하는 건 아니잖아요. 진정한 허약 관리가 이분들로 가능할까 하는 생각이 들었고요. 그렇다면 그런 건강지도자들을 육성해서 그렇지 않은 사람들에게는 조금 더 신경을 쓰게 해 줄 수 있지 않을까 하는 생각도 들었고...”(건강코디네이터 F)

2) 신규 허약 노인 발견을 목표로 아웃리치를 수행하였다.

앞 절에서 설명했던 대로 중구 보건소의 허약 노인 건강관리사업(지역사회 중심 통합적 노쇠관리)은 4단계 과정으로 수행되었다. 첫째, 지역사회 안에 거주하는 허약 노인을 아웃리치를 통해 발굴한다. 둘째, 허약 노인에게 CGA를 실시하여 건강상의 필요를 구체화한다. 셋째, 영양과 재활운동 프로그램을 중심으로 중재를 한다. 넷째, 이상의 과정을 종합적으로 점검하고 평가한다.

가장 먼저 허약 노인 스크리닝은 2018년 3월부터 5월까지 보건소 직원, 건강지도자, 건강코디네이터 등이 아웃리치 방식으로 수행하였다. 보

건소에서는 보건지소 직원과 마을 주민들이 직접 지역사회 안으로 깊숙이 들어가야 한다고 판단했기 때문이다. 노쇠 스크리닝 사업은 기존에 보건소와 접촉이 없었던 신규 취약 노인을 발견하는 것을 목표로 삼게 되었다. 구체적으로는 아웃리치 방식으로 수행하였다.

취약 노인 스크리닝 1차 사업은 2018년 3월부터 5월까지 매월 둘째, 넷째 수요일에 3~4시간 동안 수행하였다. 아웃리치 장소는 동 마다 약간씩 달랐지만, 복지관, 도서관, 성당, 교회, 아파트 단지 안 등이었다. 구체적인 장소 섭외는 주로 건강지도자들이 직접 수행하였다.

스크리닝에 사용된 설문지는 다음과 같다. 취약측정도구(김창오, 선우덕, 2015), 칩거, 낙상, 입원, 응급실 이용, 의료 이용 포기, 장기요양보험 필요, 독거, 교육수준, 소득수준, 빈곤지위. 총 13문항으로 구성되어 있고, 설문에 소요되는 시간은 3~5분을 넘지 않도록 하였다. 객관적 측정 도구에는 악력계를 이용한 악력 측정이 포함되었다. 60세 이상 건강지도자들이 수행하기에 처음에는 약간 복잡한 점도 없지 않았으나, 전반적으로는 누구나 측정하기에도 평이한 항목들로 구성되었다. 최종적으로 사용된 ‘취약 스크리닝 설문지’는 <부록 2>를 참고하도록 한다.

“다산 같은 경우에는 3~4명이 한 조로 해서 총 3개 조로 편성을 했어요. 그 조에 직원이 1명 투입되죠. 그래 가지고 같이 스크리닝 사업을 했어요. 스크리닝을 하다 보면 제일 걱정되는 게 악력기 사용이죠. 그것을 인지시키고 교육하고 하는데, 받아들이는 것에 대해서 조금 힘든 게 있었죠. 몇 번을 해 보고, 인지가 되셨구요. 결과적으로 잘하시는구나 느꼈어요.”(주민건강팀장 D)

3) CGA는 중구 보건소 현실에 맞게 수정될 필요가 있다.

스크리닝과 달리 허약 노인 대상의 CGA와 증재는 성공회대 소속 연구진이 많은 역할을 수행하였다. CGA는 중구 보건소에 파견 근무를 수행한 건강코디네이터(사회복지사, 석사과정)가 수행하였다. 이렇게 수집된 정보를 바탕으로 선정된 영양고위험 허약 노인에게는 연구진(사회영양팀)으로부터 12주 동안 영양 증재 프로그램이 제공되었다. 연구진의 사회영양팀은 노인의학인정의, 영양사, 사회복지사 등으로 구성되어 있었다. 사전에 개발된 프로토콜을 바탕으로 가정방문과 집단 영양교육 프로그램이 진행되었다.

두레모형과 같은 지역사회 중심 노쇠관리 세팅에서 CGA는 어떠한 의미가 있을까? 이 사업에서 CGA는 보건소 직원(간호사)이 수행하였는데, 총 44문항을 완료하는 데 20~30분이 소요되었다. 최종적으로 이 시범사업에 사용된 ‘포괄적노인평가 설문지’는 〈부록 3〉을 참고하도록 한다.

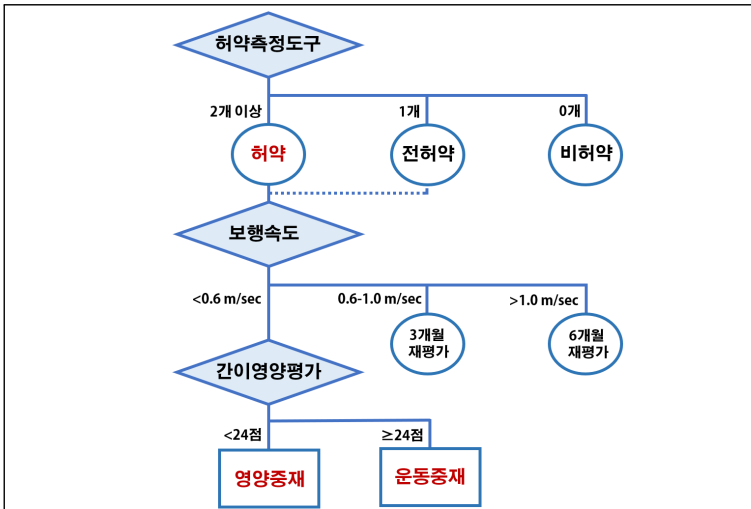
앞서 간략히 언급한 대로 CGA 사용에 대해 보건소 직원들은 다소 낮설어했다. 이 설문지들은 단지 연구 목적으로 수행하는 것일 뿐이라고 생각하고 있었다. 결과적으로 보건소 직원들은 점차 CGA를 수행하는 것이 어렵다고 느꼈고, 왜 해야 하는지에 대해 의문을 표현하였다. 결국 CGA에 관한 업무의 상당량은 점차 훈련된 건강코디네이터(사회복지사)가 수행하게 되었다.

어째서 그런 일이 생겼을까? 결론적으로 CGA가 이 사업에서 증재 과정에 중요한 정보를 제공하지 못했기 때문이다. 일반적으로 CGA를 실시하는 목적은 치료자(전문가)에게 포괄적인 정보를 제공하고, 이를 통해서 포괄적인 치료 계획을 수립하도록 하는 데 있다. 하지만 이 시범사업에서 노인병인정의(전문가)는 오히려 제한된 역할을 수행하고 있었고, 심지어

보건소 세팅에서 약물치료는 선택 가능한 치료 방법이 아니었다. 따라서 보건소에서 허약 노인에게 제공해 줄 수 있는 중재 옵션은 재활운동, 영양관리, 사회적 지지 정도뿐이다. 결국 CGA를 통해 수집된 다양한 정보들이 사례회의(case conference)를 통해 발전되어 보건지소 내 다양한 직능에게 공유되었다. 이를 통해 중재계획을 풍성하게 만드는 일은 일어나지 못하였다.

이상의 한계점을 근거로 향후 중구 보건소에서 CGA는 수정되어 적용될 필요가 있다고 평가된다. 연구진이 제안하는 수정된 CGA의 평가 항목은 [그림 2-5-6]의 알고리즘에 따라 중재계획을 수립하는 데 활용될 수 있다. 이 정도의 조사 평가와 알고리즘에 따른 중재계획은 일정 시간 훈련받은 건강지도자(일반인 자원봉사자)가 수행할 수 있을 것으로 생각된다. 수정된 ‘허약 스크리닝 및 CGA 조사평가지’는 <부록 4>를 참고하도록 한다.

[그림 2-5-6] 노쇠 중재계획 수립을 위한 평가 알고리즘



4) 마을 주민과 함께한 두레밥상 프로그램은 매우 성공적이었다.

이 사업에서는 사실상 한 가지 중재 방법만이 시범적으로 적용되었는데, 영양 중재 프로그램이었다. CGA를 통해 수집된 정보들은 연구진에게 전달되었고, 이 중 보행속도 0.6m/sec 미만인 동시에 간이영양평가 24점 미만인 대상자를 '영양고위험 허약 노인'으로 정의하였다. 이들 중 서면 동의를 취득한 대상자에게 12주간의 영양관리 프로그램이 제공되었는데, 이들은 총 3가지 군으로 구성되어 있다. 첫 번째 군에는 12주 동안 가정방문을 통해 고열량 영양보충제를 제공하였다. 두 번째 군에는 12주 동안 가정방문을 통해 고단백 영양보충제를 제공하였다. 세 번째 군에는 12주 동안 가정방문을 통해 고단백 영양보충제를 제공하고, 동시에 '두레밥상'이라는 사회영양중재 프로그램에 참석하도록 격려했다. 이상의 연구는 아직 진행 중에 있으므로 여기에서는 사회영양중재 프로그램(두레밥상)을 중심으로 설명하도록 한다.

'두레밥상' 프로그램은 지역사회에 거주하는 허약 노인들이 어떻게 하면 스스로 식사를 통해 근감소증을 역전시킬 만큼의 충분한 단백질을 지속적으로 섭취할 수 있을까 하는 연구 질문과 함께 개발되었다. 이에 대한 연구진의 가설은 다음과 같았다. 허약 노인에게 자기효능감(self-efficacy)과 사회적관계망(social network)을 동시에 강화시켰을 때 기존의 고단백 영양보충제의 효과는 더욱 커질 것이다. 여기서 자기효능감이란 자신의 삶을 스스로 영위할 수 있다는 자신감을 뜻하고, 사회적관계망은 가족 이외에 자신과 의미 있는 관계를 맺는 사람들을 뜻한다. 여기에 실질적인 조리기술(skill)을 더하여 두레밥상은 이상의 세 가지 중간 결과(3S)를 얻을 수 있도록 기획되었다. Self-efficacy, Social Network, and Skill.

두레밥상은 허약 노인을 대상으로 진행되는 공동체적 요리실습 프로그램으로 총 4회기로 구성되었다(1회 90분). 프로그램은 조리실이 갖추어져 있는 중구 여성플라자에서 진행되었으며, 프로그램 개요는 <표 2-5-4>와 같다. 먼저 조리 전문가는 참가자에게 어떠한 음식이 노쇠에 좋은지를 설명하였다. 이후 3~5명이 한 조를 만들어 직접 요리하고, 서로에게 뽐내며, 함께 식사할 수 있도록 하였다. 이를 통해 참가자들은 자신감과 요리 기술을 습득할 수 있었다. 또한 참가자들은 누구든지 함께 오고 싶은 사람들을 초대하도록 권유받았다. 이를 통해 자신의 사회적관망이 강화될 수 있을 것으로 기대되었다. 전술한 대로 건강지도자 중 일부가 이 프로그램에 참여하여 설거지를 담당하고, 조리 과정을 돕고, 말벗이 되어 주는 등 촉진자로서 참여할 수 있도록 하였다.

<표 2-5-4> '두레밥상' 프로그램의 개요

구분	내용		
담당 인력	조리 전문가(1명), 조리 보조(2명, 영양사), 진행(1명, 사회복지사)		
대상자	서울시 중구 거주 허약 노인 25명		
교육 방법	1) 그룹별 조리실습(시연, 대상자 조리실습) 2) 1회 교육 시 12~15명 정도를 대상으로 함 3) 1조당 3~4명으로 배정하여 총 3~4개 조를 구성함		
교육 시간	총 90분 이내 (교육 안내 5분, 시연 15분, 조리 30분, 식사 20분, 정리 20분)		
교육 내용	차시	교육 주제	실습 메뉴
	1	힘나게 하는 돼지고기	시금치돼지고기 덮밥, 건강주스
	2	뇌에 활력을 주는 고등어	고등어 김치찜, 참치당근죽
	3	닭이 먼저, 달걀이 먼저	부추닭곰탕, 시금치오믈렛, 닭가슴살 카레라이스
	4	팔방미인 콩과 두부	버섯볶음 연두부 덮밥, 두부주스
특이 사항	1) 조리실습에 따른 대상자의 안전 확보를 위해 1회차 교육 시 안전교육을 하며, 조리교육 진행자 외의 보조 인력이 대상자의 실습을 지원함 2) 교육 장소는 대상자의 이동 편의를 위해 중구 보건소와 중구 여성플라자로 계획 중이며, 진행 상황에 따라 일부 변경될 수 있음		

두레밥상 프로그램에 대한 평가는 대체로 매우 긍정적이었다. 우선 보건소 직원들은 프로그램 자체도 좋았지만, 참여한 건강지도자들이 섬기는 리더십을 발휘해 준 것에 무척 기뻐하였다.

“참석을 하고 요리를 한다는 점에서 조금 재미있게 참석하시더라고요. 다 만들어지면 집에 가져가서 같이 나눠 드시고, 그다음에 마을분들이 와서 서로 소통하고 아는 척하고요. 이러는 것들을 되게 반가워하고 좋아하시는 거 같아요.”(주민건강팀장 D)

“제가 마지막 날이라서 인제 황학 팀장님하고 가 봤어요. 그랬더니 리더 역할을 지도자분들이 잘해 줬더라고요. 그중에 한 분은 이러한 일을 해서 너무 효과적이었죠. 주변에서 자기 친구 2명 정도가 이렇게 왔거든요. 그분도 너무 좋아하고….”(주민건강팀장 C)

기본적으로 두레밥상 프로그램이 많은 사람들에게 보람을 제공해 줄 수 있었던 것은 아마도 늘 집 안에서 혼자만 계시던 분들이 마을 사람들과 한 공간에 나와서 음식을 함께 나눌 수 있었다는 것에 있었을 것이다. 그리고 특별한 곳에 초대받았다는 느낌 또한 감동을 줄 수 있었다.

“제가 느끼는 점은… 그냥 다, 다 좋아하셨던 것 같아요. 그러니까 이런 특별한 프로그램에 초대돼서 이렇게 하고 있다는 게 싫지 않으셨던 것 같아요. 그게 요리 프로그램이었다는 것도 나쁘지 않았던 것 같고요. 더 좋아하셨던 것 같아요. 두레밥상 끝나고 느낀 점을 잠깐씩 말씀하실 때, 다들 너무 좋았다는 표현을 많이 하셨어요.”(건강코디네이터 F)

4회기를 마친 시점에서 연구진은 모든 참석자에게 수료증을 전달해 주었다. 여기에는 감사의 말씀과 격려의 글, 그리고 즉석 사진기로 촬영한 사진을 부착하였고, 집 안에 걸어 놓을 수 있도록 하였다. 이러한 작은 행사를 통해 이들이 앞으로도 자신감을 갖고 건강하게 지내기를 바라는 마음을 전달하였다.

[그림 2-5-7] 두레밥상 프로그램 중 조리실습 과정



2. 시범사업 운영 결과(2018. 9.~2018. 10.)

가. 운영 실적 및 정량적 평가

1) 운영 실적

이 시범사업은 중구 보건소 내에서는 ‘허약 노인 건강관리사업’이라는 명칭으로 2018년 3월부터 시작하여 현재(2018. 10.)까지 계속 진행 중인 상태이다. 따라서 사업이 진행되는 중간에 이 사업의 운영 결과를 평가하는 것은 적절하지 못하고 가능하지도 않다. 예를 들어 영양 중재 프

로그래밍의 효과성 등은 보고서를 작성하는 현재 시점까지 1차 결과만 수집되었다. 이에 대한 결과 분석은 수행하지 못하였다. 이 연구보고서에서는 운영 과정에서의 일부 정량지표만을 보고하도록 한다.

〈표 2-5-5〉 시범사업에 대한 지역사회 주민 참여 실적

보건지소	주민건강위원회		건강 소모임		건강지도자	
	총원	참여(%)	총원	참여 (%)	총원	참여(%)
약수	10	0 (0.0)	64	25 (39.1)	21	8 (38.1)
황학	9	0 (0.0)	36	0 (0.0)	8	0 (0.0)
다산	10	0 (0.0)	49	0 (0.0)	22	11 (50.0)
계	29	0 (0.0)	149	25 (16.8)	51	19 (37.3)

주: 건강 소모임과 건강지도자에 중복 참여한 주민은 건강지도자로 측정함.

먼저 이 사업과 관련된 지역사회 주민 참여 실적은 〈표 2-5-5〉에 요약되어 있다. 허약 노인 건강관리사업에 대한 소개와 안내를 받은 후 스크리닝사업, CGA, 영양 증재 프로그램 등에 1회 이상 참석한 경우를 ‘참여’로 정의하였을 때, 보건소와 공식적인 관계를 맺고 있는 총 229명의 마을 주민 중 44명이 참여한 것으로 나타났다.

〈표 2-5-6〉 허약 노인 스크리닝 조사 결과 및 실적

보건지소	차수	스크리닝 (%)	노쇠 (%)	전노쇠 (%)	비노쇠 (%)	건강지도자 (%)
약수	1차	187 (100.0)	24 (12.8)	58 (31.0)	105 (56.2)	110 (58.8)
	2차	49 (100.0)	2 (4.1)	2 (4.1)	45 (91.8)	-
황학		101 (100.0)	4 (4.0)	19 (18.8)	77 (76.2)	0 (0.0)
다산		156 (100.0)	27 (17.3)	60 (38.5)	69 (44.2)	123 (78.8)
계		493 (100.0)	57 (11.6)	139 (28.2)	296 (60.0)	233 (47.3)

주: 방문건강관리사업 및 어르신건강센터로부터 의뢰받은 대상자는 포함하지 않았음. 이들을 포함할 경우 총 스크리닝 대상자는 916명임(1차 686명, 2차 230명).

허약 노인 스크리닝 과정에서의 기본 실적은 <표 2-5-6>과 같다. 2018년 3월부터 9월까지 아웃리치를 통해 총 493명의 중구 거주 노인들을 만났다. 이 중 노쇠와 전노쇠에 해당하는 노인들은 각각 57명(11.6%)과 139명(28.2%)이었다. 한 가지 주목할 만한 점은 이들 중 47.3%가 건강지도자가 조사한 대상자라는 것이다. 특히 다산보건지소의 경우 총 156명의 조사 대상자 중 123명(78.8%)을 건강지도자가 수행한 것으로 나타났다.

허약 또는 전허약 노인을 대상으로 CGA 평가를 하여 중재 대상자를 선정하는 과정의 운영 실적은 <표 2-5-7>과 같다. 총 196명의 노쇠 또는 전노쇠 중 CGA 평가가 이루어진 대상자는 총 89명(45.4%)이었다. 이들 중 56명은 보건지소 직원이, 나머지 33명은 건강코디네이터가 수행하였다. 이들 중 총 47명이 보행속도 0.6m/sec 미만인면서 간이영양평가 24점 미만으로 선정 기준을 충족하였다. 이들 중 서면동의서를 작성하고 실제로 영양 중재 프로그램(1차)에 참여한 대상자는 총 24명이었다.

<표 2-5-7> CGA 평가 결과 및 실적

보건지소	차수	노쇠 및 전노쇠(%)	CGA 총인원(%)	CGA 직원(%)	CGA 코디(%)	영양고위험 노쇠(%)
약수	1차	82 (100.0)	26 (31.7)	8 (9.8)	18 (22.0)	18 (22.0)
	2차	4 (100.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	2 (50.0)
황학		23 (100.0)	23 (100.0)	23 (100.0)	0 (0.0)	11 (47.8)
다산		87 (100.0)	37 (42.5)	25 (28.7)	12 (13.8)	16 (18.4)
계		196 (100.0)	89 (45.4)	56 (28.6)	33 (16.8)	47 (30.0)

주: 방문건강관리사업 및 어르신건강센터로부터 의뢰받은 대상자는 포함하지 않았음. 이들을 포함할 경우 총 CGA 평가 완료자는 245명임(1차 112명, 2차 133명).

2) 정량적 평가의 어려움

지금까지 보여 준 정량지표만으로 이 시범사업의 운영 결과를 평가하는 것은 여러 가지 한계가 있다. 사실 주민 참여 보건사업에 대하여 과학적인 평가지표를 개발하는 것은 간단한 일이 아니다. 예를 들어 ‘1회 이상 모임에 참여한 대상자 수’라는 지표가 실제 시범사업 운영 과정에서 관찰된 마을 주민의 역동성을 충분히 보여 준다고 여기기는 어렵다. 결국 이 시범사업의 운영 결과는 정량적 평가보다는 운영 과정에서의 정성적 평가를 중심으로 기술되어야 할 것이다.

나. 이론적 모형과 실제 운영 과정에서 달라진 점들

앞서 살펴본 대로 중구 보건소에서 실제로 운영된 시범사업 내용은 처음 연구진이 제안했던 이론적 모형과 많은 지점에서 다르게 진행되었다. 사실 이는 의도했던 것으로 처음부터 연구진은 사업 진행에 대해서는 특별히 개입하지 않을 것이며, 단지 중구 보건소에서 일어난 일들을 ‘있는 그대로’ 기술하겠다고 약속했기 때문이다. 이론적 모형과 비교하여 실제 운영 과정에서 달라진 점들은 <표 2-5-8>에 요약되어 있다.

<표 2-5-8> 이론적 모형과 실제 운영 과정에서의 차이점

	이론적 모형(2018. 1.)	실제 운영(2018. 3.~10.)
장소	중구(인구 10만 명 이상 기초자치단체)	3개 동(인구 2만 명 이하 행정동)
목적	포괄적·연속적 보건의료서비스 제공 (의료 접근성 증진)	주민 참여 보건사업의 활성화 (주민 중심성, 장소 중심성)
대상	환자로서 허약 노인	주민으로서 모든 허약 노인
인력	전문가(노인병인정의, 간호사, 물리치료사, 영양사, 사회복지사 등)	마을 주민(건강지도자) 건강코디네이터(촉진자)

	이론적 모형(2018. 1.)	실제 운영(2018. 3.~10.)
과정	스크리닝 → CGA → 운동·영양 중재 → 평가(환류)	주민 대상 사업 안내 → 스크리닝(아웃리치) → CGA → 영양 중재 → 평가(환류)
평가	만족도, 임상적 효과성, 의료 이용 및 비용(정량평가)	주기적 포커스 집단면접법 (정성평가, 2018. 10. 1. 예정)

첫째, 장소에 관하여 연구진은 인구 10만 명 이상의 기초자치단체를 사업 추진 단위로 생각하였으나, 실제 중구 보건소에서는 인구 2만 명 이하 행정동에서 노쇠관리사업을 추진하였다. 허약 노인이 보행능력 저하와 사회적 고립, 칩거 등의 특징을 갖고 있는 인구집단이란 점을 고려하였을 때, 이와 같은 선택은 바람직한 것으로 평가된다.

둘째, 목적에 대하여 연구진은 포괄적이고 연속적인 보건의료서비스가 전달됨에 따라 허약 노인의 의료 접근성이 증진되기를 기대했으나, 중구 보건소에서는 지난 7~8년 동안 추진한 주민 참여 보건사업이 결실을 맺는 기회로 이 사업을 이해하였다. 이에 따라 실제 시범사업에서는 주민 중심성과 장소 중심성의 원칙이 일관성 있게 적용되었다.

셋째, 대상에 관하여 연구진은 환자로서 허약 노인을 선정하였으나, 중구 보건소에서는 3개동에 거주하는 모든 허약 노인을 염두에 두고 사업을 추진해 나갔다. 이 또한 병원 중심과 지역사회 중심의 관점 차이로 바람직한 것으로 평가된다. 이와 같이 사업 대상을 전 주민으로 확대하였을 때, 행정력을 갖춘 보건소가 노쇠관리의 실행 주체가 되어야 하는 정당한 이유로 설명될 수 있다.

넷째, 인력에 대하여 연구진은 전문가(의사, 간호사 등)를 중심 인력으로 전제하였지만, 실제 중구 보건소는 훈련된 마을 주민(건강지도자)을 사업 추진의 중심 인력으로 이해하였다. 물론 사업 초기에는 건강코디네이터란 이름의 외부 인력이 촉진자로 참여하기도 하였다. 연구진은 이와

같은 점을 가장 중요한 차이점으로 인식하였다. 이에 마을 주민이 주도한 지역사회 중심 보건사업을 ‘두레모형’이라고 지칭하였다.

다섯째, 과정에 대하여 연구진은 ‘스크리닝 → CGA → 운동·영양 중재 → 평가(환류)’의 과정을 제안하였다. 이와 같은 기본적인 순서는 사업 전반을 통해 비교적 잘 지켜졌다. 다만 CGA는 비전문가 중심의 실행 체계에서 너무 복잡하다는 지적이 많았다. 운동 중재에 대해서는 시간과 인력의 부족으로 실제 시범사업에서는 실행되지 못하였다.

마지막으로 평가에 대하여 연구진은 애초 환자 만족도, 임상적 효과성, 의료 이용 및 의료비 등의 정량적 평가를 제안하였지만, 주민 참여 보건사업의 형태로 사업이 진행되면서 이와 같은 평가 방식은 쉽게 적용되지 못하였다. 이에 따라 향후 사업 평가 방식은 포커스 집단면접법을 주기적(연1회)으로 적용하는 것으로 변경되었다.

다. 운영 과정에서 발견된 강점 요인 고찰

이와 같은 이론과 현실 사이의 간극이 어떠한 이유로 발생했는지를 고찰하는 것은 향후 보다 현실적이고 우리나라 현실에 적합한 노쇠관리모형을 만드는 데 기여할 수 있을 것이다. 우선 문헌 고찰을 통해 제안된 이론적 모형보다 실제로 발전된 모습으로 적용되었다고 평가되는 강점 요인들을 정리하면 다음과 같다.

1) 마을 주민들이 중심 인력으로 기대 이상 참여하였다.

가장 먼저 마을 주민의 적극적인 참여는 연구진이 기대하지 못했던 것으로 이 연구를 통해 발견된 가장 의미 있는 시사점으로 생각된다. 보건

사업에서 주민 참여는 최근 강조되는 추세에 있다. 세계보건기구는 이를 통해 반응성(reactiveness)과 지속성(continuity)이 향상됨으로써 궁극적으로 전 주민의 건강 증진에 긍정적인 기여를 할 것으로 생각하고 있다. 하지만 노쇠관리에 대해서는 이 시범사업에서처럼 마을 주민들이 중심 인력으로 참여한 사례는 쉽게 찾아보기 어려웠다. 이는 여전히 노쇠란 주제가 임상의학적 또는 전문가 중심으로 이해되고 있기 때문이다 (Gwyther et al., 2018).⁸⁾

이 연구는 노쇠란 주제가 주민 참여 보건사업을 촉진할 수 있으며, 이를 통해 마을 중심 건강관리 체계가 형성되고, 이것이 다시 노쇠관리를 활성화시키는 ‘선순환’을 일으킬 수 있다는 것을 보여 준 좋은 사례로 평가된다. 노쇠관리가 다른 질병 중심 보건사업(예를 들어 심뇌혈관질환예방사업, 치매관리사업 등)과 비교하여 지역사회 안에 쉽게 녹아들 수 있었던 이유는 다음과 같다. 첫째, 노쇠는 일반인의 입장에서 이해하기 어렵지 않은 개념으로, 특히 60~70대 이상 지역 주민의 경우 자신과 가족들이 허약한지를 한 번쯤 먼저 평가해 보는 방식으로 확산될 수 있었다. 둘째, 노쇠는 신체적, 정신적, 사회적 요인들을 골고루 포괄한 개념으로, 어떠한 보건의료기능 또는 마을 주민들이 참여하더라도 사업 안에서 기여할 수 있는 역할이 마련될 수 있다. 셋째, 노쇠는 보건소 이용자의 90% 이상을 차지하는 노인들에게 실질적인 건강 이슈가 될 수 있다. 주민 조직화(community organization)는 언제나 주민들이 느끼는 실질적인 이슈가 존재할 때 가능해진다. 넷째, 정책결정자의 관점에서 노쇠관리는 AIP 또는 커뮤니티케어(community care)를 만드는 시작점이 될 수 있다. 이는 보건소장 등 정책관리자에게 중요한 인센티브를 부여할 수 있다.

8) 물론 일본, 네덜란드 등에서 일반인 자원봉사자들을 통한 노쇠관리사업에 대한 국외 사례가 종종 보고되고 있다(Iijima, 2018).

구체적으로 이 시범사업에서 마을 주민은 ‘건강지도자’란 이름으로 활동하였는데, 노쇠관리를 건강지도자가 수행하였을 때의 강점 요인은 다음과 같이 정리된다. 첫째, 노쇠의 사회적 요인에 대한 중재가 가능해진다. 노쇠는 본질적으로 사회적 고립(social isolation)을 뜻한다. 지지 결여, 칩거 등의 특징을 갖고 있는 인구집단이다. 따라서 이들의 건강 증진은 친밀한 관계 속에서 자기효능감과 사회적관계망을 증진하는 방식으로 이루어져야 한다. 이때 건강지도자는 이웃과 친구들의 협력을 이끌어 내는 중요한 역할을 수행할 수 있다. 둘째, 건강지도자는 마을 구성원으로서 지역사회의 구체적 정보를 가장 잘 알고 있다. 예를 들어 어디에 가야 허약 노인이 많이 모여 있는지, 이들이 실제 점심 식사를 어디에서 주로 하는지 등이다. 이와 같은 종류의 정보는 마을 주민(건강지도자)을 통해서만 수집될 수 있다. 셋째, 건강지도자가 주도한 보건사업은 지속가능성이 높은 것으로 잘 알려져 있다. 전문가가 주도한 보건사업은 단기간 빠른 시간 안에 시작될 수 있지만, 그만큼 전문가가 빠져나갔을 때 사업의 지속성이 흔들리게 된다. 하지만 마을 안에서 10년 이상 거주하는 지역 주민들이 보건사업을 주도한다면 이는 상대적으로 오랜 기간 지속될 수 있다. 보건사업에 대한 책무성(accountability)이 전문가로부터 마을 주민들에게 전환되었기 때문이다. 넷째, 노쇠관리를 ‘모든’ 허약 노인을 대상으로 기획하였을 때, 소수의 전문가만으로는 충분한 인력 구성을 할 수 없는 경우가 많다. 이때 훈련된 건강지도자는 마을 주민의 폭넓은 참여를 독려하는 중요한 촉진자가 될 것이다.

2) ‘모든’ 허약 노인을 대상으로 한 스크리닝 활동은 가능하다.

지역 주민(동) 전체를 대상으로 노쇠관리사업이 확대될 수 있다는 아이

디어는 시범사업 초반에 논의되었다. 비록 실현되지는 않았지만, 이 연구는 그 가능성을 확인한 것만으로도 중요한 의의가 있다고 생각된다. 노쇠 관리 대상을 ‘찾아오는 환자’로 한정하는 것과 ‘모든 주민’을 대상으로 삼는 것은 사업 운영 체계에서 매우 큰 차이를 낳는다. 중구 보건소는 동 중심 건강관리 체계(보건지소)가 구축되었을 때 전체 주민을 대상으로 하는 노쇠 전수관리가 불가능하지만은 않다고 밝히고 있다. 이는 비단 보건소장만의 생각이 아니었다. 물론 이를 위해서는 현재 공간 수준에서 통합된 ‘동주민센터’와 ‘보건지소’가 기능과 직급 측면에서 보다 완전하게 통합될 필요가 있다. 현재 중구 보건소는 직제 수준에서의 통합을 추진하고 있으며, 긍정적으로 변화될 것을 전망하고 있다.

모든 허약 노인을 대상으로 한다는 것은 노쇠관리의 중심 기관으로 보건소를 지지하는 중요한 이유가 된다. 이와 관련된 보건소의 장점은 다음과 같다. 첫째, 행정력을 바탕으로 모든 주민들의 등록 관리를 실시할 수 있다. 현재 보건소는 장애인, 독거노인, 외국인, 기초생활수급권자 등에 대해 거의 모든 정보를 취합하고 있다. 특히 방문건강관리사업의 경우 최소 연 2회 이상 방문건강관리서비스를 제공하고 있다. 한편 최근 서울에서 추진한 ‘찾아가는 동사무소’ 사업은 방문건강관리에 대한 소득기준을 없애고, 60세 도래 모든 어르신에 대한 방문건강관리를 권리 차원에서 제공하고 있다. 이와 같은 체계하에서 노쇠에 대한 전수관리는 불가능하지 않다. 둘째, 지역사회 단위에서 허약 노인의 수는 생각보다 많지 않다. 노쇠 유병률을 10.7% 정도로 다소 높게 설정하더라도 서울시 중구 내 허약 노인의 수는 총 2200명 정도이며, 1개 행정동에 100~300명 정도의 허약 노인이 거주하고 있다. 이는 동별로 1~2명의 담당 인력이 조직될 경우 충분한 서비스를 제공할 수 있을 정도의 규모이다. 물론 이를 위해서는 보건소 인력들의 업무 조정이 조직적 차원에서 선행되어야 할 것이다.

현재 보건소 인력들은 이미 너무나 많은 사업들로 업무 포화 상태에 있기 때문이다.

3) 기초단체(구)가 아닌 동 중심의 건강체계가 구축되어야 한다.

노쇠관리의 사업 단위를 기초단체(구)가 아닌 동 중심으로 조직해야 한다는 아이디어 또한 실행 단계에서 중구 보건소가 제공한 것이었다. 앞서 언급한 것처럼 허약 노인은 보행능력 저하, 사회적 고립, 칩거 등을 특징으로 하고 있으므로 동 중심의 건강관리 체계는 노쇠관리를 위한 바람직한 선택으로 평가된다. 하지만 동 중심 건강관리 체계는 다음과 같은 점에서 그 이상의 의미를 담고 있다.

첫째, 현재 서울시에는 다수의 도시보건분소 및 지소가 설치되어 있다. 이를 통해 지역 특성에 적합한 밀착형 건강증진사업들이 추진될 수 있기를 기대하고 있다. 하지만 진료 기능을 갖고 있는 보건분소와 달리 도시보건지소는 아직까지 어떠한 사업을 추진해야 할지 명확한 지침과 합의가 마련되지 않은 것이 현실이다. 이 연구는 도시보건지소의 주민 참여 보건 사업을 통해 성공적인 노쇠관리를 할 수 있다는 가능성을 보여줌으로써 향후 보건지소의 기능과 역할에 대해 새로운 논의를 촉발할 수 있다.

둘째, 서울시 중구에서 이루어진 동주민센터와 보건지소의 기능적 통합은 향후 커뮤니티케어와 AIP의 실천 모형으로서 보다 중요한 의미가 있다. 2018년 6월 보건복지부는 커뮤니티케어 추진 계획을 발표하고 돌봄이 필요한 주민들이 자택이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하면서 보건복지서비스를 받을 수 있도록 추진하겠다고 밝혔다. 이에 따라 보건 분야에서는 1) 지역사회 중심 건강관리 체계 강화, 2) 돌봄이 필요한 사람의 지역사회 정착 지원, 3) 병원 및 시설의 합리적 이용 유도 등에서 주목할

4) 서비스 통합과 주민 참여는 동시에 추진하는 것이 바람직하다.

이 연구의 또 다른 강점과 의의는 실제 보건소 안에서 7~8년 동안 추진되었던 서비스 및 기관 통합의 과정을 하나의 사례로 관찰할 수 있었던 점이다. 주목할 만한 내용으로는 서비스 및 기관 통합의 과정이 주민 참여의 과정과 동시에 추진되고 있었고, 이들이 상호작용을 통해 참여와 통합을 서로 강화하는 방향으로 작동하고 있다는 것이다. ‘칸막이 행정’은 우리나라뿐만 아니라 모든 관료 조직에서 발생하는 고질적인 문제로 늘 지적되고 있는데, 특히 공공 조직의 비효율성을 상징하는 문제점이기도 하다. 서비스 파편화는 투입된 공공자원이 실제 주민들에게 돌아가는 몫을 줄이고, 실질적인 보건의료 이용을 방해하기도 한다.

이 사례 연구를 통해 확인할 수 있었던 것은 주민 참여 사업을 추진하기 위해 기관 내 서비스 통합이 선결되어야 하지만, 주민 참여 사업은 서비스 및 기관 통합을 자극할 수 있다는 것이다. 이는 주민 참여 사업을 추진하기 위해서는 불가피하게 사업의 패러다임을 ‘공급자 중심’에서 ‘수요자 중심’으로 관점을 이동시켜야 하기 때문이다. 수요자 중심으로의 관점 이동은 노인 대상 돌봄 체계를 재조직하기 위한 핵심적 규칙이 변화되는 것을 뜻한다.

이 연구에 따르면 이와 같은 가치 전환을 가장 빠르게 달성할 수 있는 방법은 다름 아닌 지역사회 안으로 보다 깊이 들어가는 것이다. 그곳에서 주민들의 일상생활을 이해하고, 실질적인 필요를 느끼고, 함께 섞이면서 살아 있는 관계를 맺는 것이다. 중구 보건소장의 표현대로 이는 ‘또 하나의 반전’으로 이해될 수 있다. 이것이 두레모형이 추구하는 역설적인 가치이며, 이 사례 연구에서 발견한 중요한 강점 요인 중 하나이다.

5) 사회적 중재 요인을 포함한 ‘두레밥상’은 호응이 높았다.

이 연구는 주민 참여 방식으로 진행된 탓에 중재 효과까지 관찰하기에는 너무나 짧은 기간 동안 이루어졌다. 그럼에도 불구하고 일부 중재 프로그램은 대단한 호응을 얻었는데, 대표적으로 기존의 노쇠 대상 영양관리 프로그램에 심리사회적 중재 요인을 결합한 ‘두레밥상’ 프로그램이 있다. 두레밥상 프로그램은 허약 노인 당사자, 초대된 친구들, 건강지도자, 보건소 직원들의 상당히 높은 호응 속에 1기 사업이 종료된 상태이다. 현재 2기 사업을 준비하고 있으며, 연구가 모두 종료된 내년부터는 중구 보건소 의약과에서 이 프로그램을 이어받아 지속하는 것으로 논의가 진행 중이다.

두레밥상의 성공 요인은 다음과 같은 점 때문으로 분석된다. 첫째, 두레밥상은 처음 기획 단계부터 사회적 중재 요인을 강화하도록 설계되었다. 강북구 보건소에서 이루어진 선행연구에 따르면 허약 노인에게 고단백 영양보충제를 제공하였을 때 임상적으로 높은 효과가 발생하는 것으로 보고되었다(Kim & Lee, 2013). 하지만 영양사가 주도한 이 프로그램의 문제점은 12주 프로그램이 종료된 이후 참가자들의 기능이 급격하게 다시 나빠졌다는 것에 있었다. 드물게는 처음보다 오히려 나빠진 경우도 있었다. 연구진은 이와 같은 한계점이 노인의 식이섭취에 영향을 미치는 사회적 결정 요인들이 충분히 고려되지 못했기 때문으로 판단하였다. 즉 함께 요리하고, 함께 나누는 식사의 고유한 즐거움을 무시하고, 단지 허약 노인의 식이섭취를 영양학적 관점에서만 바라보았다는 것이다. 따라서 두레밥상 프로그램은 전문가가 주도하였지만, 심리사회적 중재 요인(Self-efficacy, Social network, Skill)이 충분히 강조될 수 있게 하여 프로그램의 지속 효과가 유지될 수 있도록 하였다.

둘째, 연구진은 참가자들의 가족, 친구, 이웃 등 가급적 많은 이들을 초대하도록 권유하였다. 이는 허약 노인이 프로그램의 '수혜자'가 아니라 프로그램의 '주최자'로 인식을 전환할 수 있도록 이끌었다고 평가된다. 실제 자신의 친구들을 초대한 허약 노인은 영양사, 보건소 관계자, 건강 지도자들을 자랑스럽게 소개하고 조리실습 과정을 이끌어 나갔다. 함께 참여한 가족과 친구들은 이러한 당당한 모습에 감동을 받았으며, 서로를 더욱 잘 이해하는 계기가 되었다. 이와 같은 상호작용은 이 프로그램이 단지 요리교실로 끝나지 않고 많은 사람들에게 좋은 기억으로 남았던 이유 중 하나이다.

셋째, 건강지도자들이 자원봉사자로서 이 프로그램에 적극적으로 참여하였다. 처음 이 프로그램은 당연하게도 '영양사(전문가)-허약 노인(수혜자)'의 관계를 전제하고 기획되었으나, 보건지소장은 '두레모형'의 원칙에 알맞게 건강지도자들이 자원봉사자 또는 프로그램 촉진자로서 참여할 수 있기를 희망하였다. 결과적으로 계획했던 것보다 훨씬 많은 사람들이 참여하게 되었고, 결국 1회차 두레밥상은 다소간의 혼란스러움 속에서 진행되었다. 하지만 이와 같은 혼란은 2회차 프로그램이 시작되면서 빠르게 안정되었다. 각자 프로그램 안에서 자신의 위치와 해야 할 역할을 알아서 찾아나갔기 때문이다. 결과적으로 두레밥상을 통해 자기효능감과 사회적관계망을 얻었던 대상자는 허약 노인뿐만 아니라 건강지도자였다. 특히 이들은 중재를 통해 조금씩 변화하는 참가자들의 모습을 보면서 자원활동의 보람을 얻을 수 있게 되었다.

라. 운영 과정에서 발견된 약점 요인 고찰

1) 직원과 마을 주민들의 동의를 얻기까지 오랜 시간이 걸린다.

시범사업 운영 과정에서 첫 번째로 언급할 약점 요인은 주민 참여와 통합의 과정이 결코 쉽지 않았다는 사실이다. 우선 행정조직 안에 존재하는 부서 및 직능 간의 장벽을 허물고 기능적 통합을 이끌어 내는 것은 대단히 어려운 일이다. 하물며 보건, 복지 및 행정 분야에서 기관 수준의 통합을 이루어 내는 것은 아직까지 대한민국 역사 안에서 성공한 경험이 없던 일이다.⁹⁾ 주민 참여 또한 공공조직의 통합만큼이나 쉽지 않다. 마을 주민들을 만나고, 이들을 이해시키고, 결과적으로 마음을 얻어 주민 참여를 이끌어 내는 일은 전문적으로 훈련받은 주민 조직가(community organizer)조차도 수년의 시간이 소요되는 지루한 일이다. 중구 보건소는 2014~2015년 초기 주민 조직가로부터 도움을 받은 경험이 있던 것으로 알려져 있다. 하지만 현재는 주민 참여 보건사업에 대한 대부분의 과정들을 보건소 직원들이 직접 수행하고 있다.

결국 지역사회 중심의 노쇠관리 체계를 ‘주민 중심성’과 ‘장소 중심성’의 원칙하에 추진하는 것은 모든 보건소가 할 수 있는 일반화된 방법이라고 하기는 어렵다. 보건소장의 의지와 리더십뿐만 아니라 서비스 통합과 동 중심 건강관리 체계에 대한 선결 조건이 필요하다. 이와 같은 선결 조건이 형성된 경우라도 실제 주민 참여 방식으로 사업을 수행하는 데에는 대단한 인내심과 노력이 필요할 것이다. 경우에 따라서는 전문가를 투입

9) 거의 유일한 사례는 1995년 보건복지사무소 시범사업을 추진했던 경우일 것이다. 당시 공공복지 전달 체계 개선 방안의 일환으로 보건소 안에 사회복지 부서를 통합시킴으로써 보건의료 및 복지서비스 기능을 연계 수행하도록 하였다. 이에 대한 다양한 평가들이 있었으나, 결과적으로 당시 시범사업은 실패로 끝났고, 더 이상 시도되지 않았다.

하여 단시간에 사업 운영 체계를 만드는 것이 훨씬 쉬운 일이 될 수도 있다. 양쪽 방법의 장단점에 대해서는 향후 후속 연구 과제로서 깊이 고찰할 필요가 있다.

2) 사업 초기 건강코디네이터와 같은 추가 인력은 불가피하다.

이 시범사업은 애초 보건소 내 자원만으로 사업 수행 체계를 만들고, 연구진은 중재 과정에서만 기여하는 것으로 합의하였다. 하지만 실제 시범사업이 진행되면서 결국 연구진은 2018년 4월부터 건강코디네이터란 이름으로 추가 인력을 투입하기로 결정하였다. 다양한 실무적 필요들이 발생하였기 때문이다. 특히 이 시범사업의 경우는 2018년 2월 갑작스러운 결정을 통해 시작되었으므로 이미 업무 할당이 완료된 보건소 직원들의 입장에서는 이 사업에 적극적으로 참여하는 것이 부담스러울 수밖에 없는 상황이었다. 이는 통합과 참여를 위해 시간 비용이 발생하며, 조직 관리자는 이와 같은 비용을 지불할 계획을 처음부터 구체적으로 수립해야 한다는 것을 시사한다.

다행스러운 점은 시범사업이 6개월 정도 진행된 현재 시점에서 보건소 직원, 건강지도자 등의 역할이 거의 정립되었으며, 향후 건강코디네이터가 실무적인 활동을 지속하지 않아도 충분할 만큼 사업이 성숙되었다는 것이다. 결국 건강코디네이터는 사업 초기 ‘조력자’ 또는 ‘촉진자’로서 중요한 역할을 수행하는 것만으로 충분할 것으로 평가된다. 이 시범사업에서 건강코디네이터는 연구진의 추천에 따라 50대 사회복지사(석사 과정)가 선발되었으며, 주 3~4일 정도 보건소 건강도시과에 파견 근무를 하는 형태로 근무하였다. 일반적으로 사회복지사 직군이 주민 참여 보건사업에 필요할지에 대해서는 논란의 여지가 있을 수 있다. 하지만 이 시범사

업에서 사회복지사는 충실한 조력자 또는 업무 조정자 역할을 훌륭하게 수행한 것으로 평가된다.

3) CGA는 보건소 세팅에 적합하지 못할 수 있다.

이 시범사업을 통해 발견된 가장 큰 의문점 중 하나는 많은 시간과 비용을 투입하여 수행한 CGA가 과연 이 사업 운영에 얼마나 큰 도움을 주었는가이다. 노인의학 분야의 많은 문헌들은 포괄적 평가의 중요성을 이야기하고 있다. 특히 허약 노인을 위한 방문건강관리사업에서 CGA는 충분한 근거가 있다고 논의되고 있다(Reuben, 2003, pp. 99-110). 하지만 결과적으로 이 시범사업에서 CGA는 중재 계획을 수립하는 데 충분한 정보를 제공하지 못했으며, 투입 대비 효율적인 결과가 도출되지 못한 것으로 평가된다.

왜 CGA에 대해 문헌 고찰에서와 다른 결과가 발생하였을까? 첫째, 보건소는 인구집단 전체의 건강 증진을 위해 수립된 조직이기에 병원과 달리 한 사람의 환자에게 30분~1시간 이상의 시간을 투입하기가 어렵다. 조직의 사명 자체가 다르기 때문이다. 둘째, 현재 우리나라 보건소 세팅에서 관리 의사의 역할이 다소 모호하고, 특히 약물 처방이 사실상 금지되고 있기 때문이다. 따라서 의사의 처방이 내려지더라도 다른 모든 직원들(간호사, 물리치료사, 운동처방사, 영양사 등)이 병원에서처럼 일사불란하게 처방대로 행동할 것을 기대하기 어렵다. 중구 보건소의 경우 보건지소장 또한 임상 의사보다는 행정가로서의 역할을 부여받고 있었다. 결국 보건소 세팅에서 CGA는 병원에서보다 훨씬 간략한 형태로 수정되어야 한다. 향후 사업 전체의 목표에 알맞게 조정되어야 할 것이다.

4) 일부 중재 프로그램은 지역사회에 맞게 변용되어야 한다.

시범사업 수행 과정에서 관찰된 가장 큰 문제점은 선별된 허약 노인에게 충분한 중재 프로그램이 제공되지 못했다는 점이다. 지금까지 총 493명의 마을 주민들에 대한 허약 스크리닝을 통해 57명의 노쇠와 139명의 전노쇠 대상자가 선별되었다. 이들 중 총 89명의 대상자가 CGA를 통해 30분 이상의 포괄적 평가를 받았지만, 현재까지 중재 프로그램에 참여한 대상자는 총 24명에 불과하였다. 이들 중 23명은 자발적으로 동의하지 않았던 이들이었지만, 이들을 제외하더라도 중재 프로그램 참여자 비율은 36.3%에 불과하다. 특히 허약 노인들에게 반드시 필요하다고 알려져 있는 사전적 재활 중재가 전혀 제공되지 못하였다. 단지 시범 시간 중에 운영되었던 중재 프로그램은 영양 중재 프로그램뿐이었다.

이에 대한 원인은 가용할 수 있는 자원이 충분하지 못했기 때문이다. 첫째, 중재 체계를 구성하기에는 투입할 수 있는 인력이 너무 부족했다. 비록 중구 보건지소에는 물리치료사, 운동처방사 등의 인력이 있었지만, 앞서 언급한 대로 이들은 각자 고유의 업무를 가지고 있었고, 이 사업에 적극적으로 참여한다는 것은 자신에게 맡겨진 업무 할당 이상의 근무를 해야 함을 뜻한다. 둘째, ‘두레모형’의 원칙에 따라 모든 시범사업의 과정들이 주민 참여 방식으로 진행되었기 때문에 보건소 내 물리치료사와 운동처방사의 역할을 어떻게 설정할지에 대한 고민이 있었다. 예를 들어 전문가로서 물리치료사가 직접 재활운동을 지도하면 충분한가, 건강지도자들과 함께해야 하는 것은 아닌가 등의 문제들은 충분히 고민해 보아야 한다. 셋째, 인력과 시간 비용을 보충하기 위한 재정자원 또한 부족했다. 이미 CGA 체계를 구축하기 위해 많은 비용과 시간을 소모하였으므로 연구진 또한 추가로 제공할 수 있는 자원이 없는 상태였다. 또한 1차적으로

CGA를 완료한 이후 연구진은 영양 증재 체계를 구축해야만 했으므로, 재활운동 증재는 연구진 안에서도 우선순위에서 밀려나고 말았다.

5) 시범사업 전반에 대한 정량적 평가가 쉽지 않다.

마지막으로 언급할 시범사업의 한계점은 평가 체계에 관한 것이다. 결과적으로 6개월 정도 진행한 이 시범사업에서 평가 체계는 거의 작동하지 못하였다. ‘두레모형’과 같은 주민 참여 보건사업의 강점을 반영할 만한 정량적 지표를 찾기가 쉽지 않았고, 실행 체계를 구축하는 제한적 기간 동안 이를 측정하는 것도 간단하지 않은 일이었다. 결과적으로 이 시범사업의 평가 체계는 정량적 방식에 의지하지 않고, 2018년부터 2022년까지 3개 보건지소에서 마을 주민과 보건소 직원을 대상으로 포커스 집단면접(정성평가)을 반복하는 방식으로 추진하기로 하였다. ‘두레모형’에 따라 사업 실행을 위한 기본 체계가 달라진 만큼 평가하는 기본 방식 또한 달라져야 한다고 판단했기 때문이다. 이를 통해 마을 주민들과 보건소 직원들의 의식이 어떻게 달라지는지를 관찰하는 것에 초점을 두기로 하였다.

제5절 소결

허약 노인들이 실제 자신의 삶을 영위하는 공간은 지역사회이다. 이들은 이미 마을 주민들과 일상생활을 공유하며 다양한 형태의 상호작용을 이루고 있다. 따라서 노쇠관리를 위해서는 지역사회 중심으로의 관점 이동이 필요하다. 이것이 이 연구를 통해 가장 중요하게 강조되는 결론이다.

이 연구는 2018년 2월부터 10월까지 서울시 중구 보건소에서 지역사회 중심의 노쇠관리 모형을 개발하기 위해 수행된 사례 연구로, 운영 과정에서 다양한 시도들이 이루어졌다. 이 사례에서 가장 주목할 만한 점은 ‘장소 중심성’의 원칙에 따라 노쇠관리사업을 보건소가 아닌 동주민센터(보건지소)에서 추진하였고, ‘주민 중심성’의 원리에 따라 보건소 직원이 아니라 마을 주민(건강지도자)을 중심 인력으로 삼고 실제 사업을 운영했다는 점이다. 이와 같은 마을 중심 현장 강화 전략은 향후 보건복지부가 추구하는 AIP 또는 커뮤니티케어 정책에 시사하는 바가 크다.

노쇠는 본질적으로 다차원적 개념으로 신체적, 정신적 및 사회적 요인들을 모두 포함하고 있다. 이 연구를 통해 확인할 수 있었던 또 다른 시사점은 노쇠는 - 다른 질병 중심의 보건사업과 비교하여 - 지역사회 안에 충분히 녹아들어 갈 만한 건강 주제라는 점이다. 이 연구는 시범사업으로서 너무 짧았기 때문에 운영 결과에 대한 정량적 평가를 시도할 수 없었다. 향후 ‘두레모형’으로 운영된 노쇠관리 체계가 어떻게 발전되어 가는지를 추적 관찰할 수 있다면 우리나라 노인 대상의 돌봄 체계를 ‘주민 중심성’과 ‘장소 중심성’의 원리를 바탕으로 재조직화하는 논의에 보다 구체적인 기초자료를 제공할 수 있을 것으로 판단된다.



제 6 장

2부 결론: 지역사회 노쇠관리모형과 시사점

제1절 지역사회 노쇠관리에 대한 원칙과 현실

제2절 지역사회 노쇠관리모형과 제언



6

2부 결론: 지역사회 << 노쇠관리모형과 시사점

제1절 지역사회 노쇠관리에 대한 원칙과 현실

노인의 건강한 삶과 지속가능성은 고령사회가 지향해야 될 매우 중요한 가치이자 이상이다. 이를 구현하는 데 중요한 전략이 Ageing in Place(AIP)로서 노쇠관리를 위한 커뮤니티케어는 AIP를 가능하게 하는 실행 원칙이 된다.

그런데 노쇠의 예방 및 관리는 이제까지 보건사업과 달리 매우 섬세한 접근을 필요로 한다. 이는 노쇠에 대한 접근이 인구집단적 접근과 함께 어느 단계에서 이르러서는 노인의 상태를 포괄적으로 평가한 뒤 개별화된 서비스까지 제공하는 성격을 갖고 있기 때문이다. 노쇠 관리에서 중요한 원칙을 가지고 체계적으로 접근해야 한다.

- 첫째, 노인의 독립생활 유지에 중요한 신체적, 정신적 기능을 다루는 노쇠 예방 및 관리는 커뮤니티케어의 핵심 요소로 포함되어야 한다.
- 둘째, 노쇠 예방 및 관리서비스는 노쇠 단계에 따라서 독자적으로 또는 의료서비스, 영양서비스와 결합되어 제공되어야 한다.
- 셋째, 노쇠관리서비스에 대한 접근성을 보장하기 위해 노인이 살고 있는 지역에서 제공해야 하며, 2~3개 동을 묶은 소지역 단위로 서비스 제공을 조직하는 것이 바람직하다.

- 넷째, 노쇠관리는 포괄적 서비스 제공을 원칙으로 해야 한다.
 - 건강에 대한 포괄적 평가, 신체활동, 영양, 다약제, 인지기능, home modification 등
- 다섯째, 지역사회에 있는 다양한 서비스를 조직해서 케어 플랜을 세우고 ‘팀 케어’를 제공해야 한다.
- 여섯째, 노인의 의사와 가치를 존중해서 케어 플랜을 세워야 하며 자가 관리 역량을 증진해야 한다.
- 일곱째, 노쇠를 포함한 노인 건강관리에서 연대가 필요하며 지역 주민이 적극적으로 참여할 수 있도록 해야 한다.

그러나 건강노화를 증진하는 데 필요한 노쇠관리서비스 제공 여건을 갖추고 있지 않은 것이 우리의 현실이다. 커뮤니티케어에 대한 논의가 커지고 있으나 추상적 수준에 그치고 있으며, 보건 영역에서 제공해야 할 서비스 콘텐츠가 부족한 상황이다. 더욱이 노인 건강 전문인력은 부족하고, 설사 있다고 하더라도 전문적 서비스를 제공하는 데 필요한 법과 제도가 미비한 수준이다.

다행인 것은 수년 전부터 학계에서 노쇠의 중요성을 인지하고 관련 연구가 시작되었으며, 학계와 공공기관, 전문가들이 협력하여 노인 건강 증진 사업에서 노쇠 개념이 포함된 시범사업들이 추진되고 있다. 이 절에서 노쇠관리모형은 선행연구를 고찰한 결과와 함께 조사와 면담, 시범사업 결과를 종합하여 원칙을 지향하되 우리 사회의 여건을 고려해서 제안하고자 하였다.

제2절 지역사회 노쇠관리모형과 제언

1. 지역사회 노쇠관리모형

지역사회 노쇠관리모형을 구상하면서 고려할 요소로서 1) 누구를 대상으로 할 것인가? 2) 대상자 구분은 어떻게 하는가? 3) 노쇠 단계별로 제공하는 서비스는? 4) 누가 케어를 제공할지에 대해서 초점을 두었다.

누구를 대상으로 할 것인가 하는 문제에서는 노인 연령 기준에 대한 고민이 있었다. 과거와 달리 60대 노인은 신체적, 정신적 기능이 좋아져 건강한 경우가 많다. 따라서 현재 지역사회 사업에서는 65세 이상을 대상으로 하지만 노쇠관리는 75세 이상 노인을 주 대상으로 해도 무방하다는 견해가 있었다. 현재 상황을 감안하여 두 가지 경우를 모두 고려하였다.

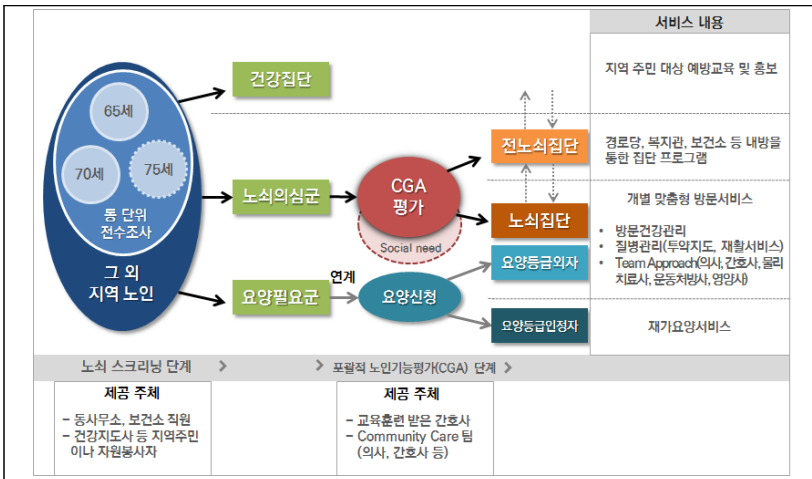
다음으로 노쇠에 대한 스크리닝이 필요한지에 대해서는 논란이 있다. 더구나 국내에서는 스크리닝으로 보기에는 매우 포괄적 평가가 일괄적으로 진행되고 있는 사례도 있어서 효과성에 대한 의문이 있다. 이 연구에서는 65세 이상으로 하는 경우는 매우 간단한 스크리닝, 75세 이상으로 하는 포괄적 평가를 진행하는 것으로 구분하였다.

노쇠에 대한 기능 혹은 이어지는 포괄적 평가 이후 건강집단, 전노쇠 단계, 노쇠 집단, 영양등급외자, 영양등급자로 구분하여 필요한 서비스를 제시하였다. 여기에는 인구집단을 대상으로 한 인식 개선, 소그룹 대상 운동과 영양 등에 대한 프로그램, 노쇠 단계에 있는 노인을 대상으로 한 케어 플랜과 지역사회 커뮤니티케어팀(Community care team: CCT), 방문일차의료, 재가 영양서비스 등을 배치하였다.

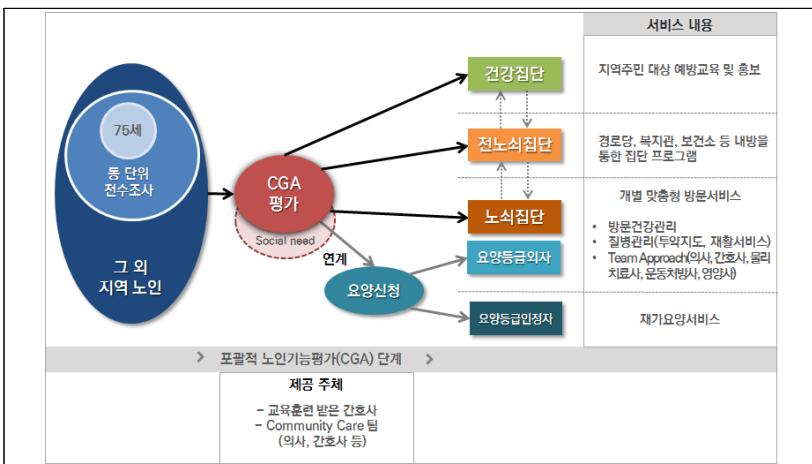
마지막으로 서비스 제공 주체와 장소, 세팅을 제안하였다. 여기에는 동사무소, 보건소(지소), 가정방문일차의료, 데이케어센터, 복지기관 등을

고려하였다. 현재 없는 서비스와 시설, 부족하지만 필요한 전문인력을 양성한다는 전제하에서 모형을 제안하였다. 이상의 내용을 종합한 모형은 아래 그림과 같다.

[그림 2-6-1] 지역사회 노쇠관리모형(1)



[그림 2-6-2] 지역사회 노쇠관리모형(2)



2. 정책 제언

아직도 지역사회 노인을 위한 커뮤니티케어에 대한 구체적 내용이 미흡하여 사회적 인식도 부족하다. 노인 건강 문제가 심각하다는 것에는 누구나 동의하지만, 해결 방안에 대한 실천적 고민이 부족하고 아직 충분한 인적, 제도적 기반이 마련되어 있지 않기 때문이다. 지역사회 노쇠관리모형이 잘 구현되기 위해 필요한 정책을 다음과 같이 제시하였다.

- 첫째, 노쇠관리서비스를 지역사회 커뮤니티케어의 핵심 콘텐츠로 도입하고 서비스 제공 전략을 수립한다.
- 둘째, 노쇠 예방 및 관리 사례를 수집하고 노인과 가족, 실무자, 정책 담당자를 대상으로 한 인식을 개선한다.
- 셋째, 지역사회에는 다양한 직종(의사, 간호, 물리치료, 운동처방 등)의 전문가를 양성한다.
- 넷째, 노쇠 예방 및 관리에 필요한 근거 중심 관리 지침과 프로그램, 대인 서비스를 개발한다.
- 다섯째, 인구집단을 대상으로 한 교육과 소그룹 대상 프로그램을 확산한다.
- 여섯째, 노쇠 단계 노인을 대상으로 한 케어 플랜을 세우고 적합한 서비스를 제공하는 공급 체계를 갖춘다.
 - 기존에 없는 신규 서비스로 커뮤니티케어팀, 가정방문일차료, 데이케어센터 등(CGA, 재활, 다약제 서비스 제공)
- 일곱째, 지역 상황에 따른 노쇠관리 시범사업을 추진하여 각 지역에 맞는 운영 방식을 구축한다.



제 3 부

급성기와 전환기 노인 친화적
보건의료서비스 제공 방안



제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법



제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

노인은 대부분 만성질환과 함께 노화 과정을 경험하게 된다. 만성질환을 가진 노인이 급성기 의료기관에 입원하게 된 후 치료를 받았어도 입원과 와상으로 인해 신체기능이 저하되어 누군가의 도움 없이 살기 힘들어지는 상태가 되는 경우가 많다. 노화로 인해 근력, 골밀도, 폐활량이 감소하고 항상성이 감퇴한 고령 환자는 입원 중 섬망, 폐렴, 욕창, 낙상과 같은 문제를 연달아 경험하기 때문이다(Creditor, 1993, pp. 1-5; Inouye et al., 1999, pp. 673-674).

최근 국내외 의료기관 인증평가 및 정부 지침에서는 근거 기반 진료 프로토콜을 통하여 안전하고 질 높은 의료를 제공하도록 강조하고 있다. 그러나 현재 통용되는 지침은 만성질환과 노화로 인해 항상성 조절 능력이 감퇴한 노인 환자에게 초점을 두지 않았다. 치매 등과 같은 노인성 질환을 제외하면 젊은 연령층과 노인에게 제공되는 의료서비스의 내용에는 큰 차이가 없다.

노인이 젊은 연령층보다 더 많은 의료 이용을 함에도 불구하고 오히려 의료서비스는 성인 전체에 초점을 맞추고 있다. 노인 의료 문제는 질병에만 초점을 맞추어서는 해결할 수 없다. 노인을 하나의 인간으로서 사회·심리·인지·생리적인 문제를 총체적으로 고려해야 한다. 따라서 의료기관

에서 기존과 다른 접근, 즉 노인포괄평가와 다학제적 팀과 같은 접근이 필요하다. 또한 진료를 받고 퇴원한 노인이 지역사회에서 잘 적응하여 살아가기 위한 서비스 제공도 함께 고려해서 새로운 진료 체계를 모색해야 한다.

2. 연구 목적

3부 연구 과제의 목적은 크게 두 가지이다. 첫째, 2017년에 개발한 급성기 의료기관 중심의 노인 진료 제공모형 시범사업을 확대하여 노인 친화적 병원의 구체적 대상과 발전 과제를 도출하는 것이다. 둘째, 노인을 위한 포괄적 서비스를 제공하는 진료 체계를 구축하는 데 필요한 정책 과제와 발전 방안을 도출하는 것이다.

제2절 연구 내용 및 방법

세브란스병원에서 2017년 진행한 대퇴골 골절 환자를 대상으로 한 연구 결과를 토대로 시범사업을 확대하였으며, 그 내용은 다음과 같다.

- 대퇴골 골절 환자를 대상으로 한 연구를 지속하였으며, 대만과 홍콩병원 등의 진료 사례를 고찰하였다.
- 폐암 진단을 받고 치료 방침을 결정하기 위해 종양내과에 입원한 환자들을 대상으로 하여 노인포괄기능평가를 시행하고, 이를 종양내과 의료진과 공유하여 치료 방침 결정에 활용할 수 있도록 협력한다.
- 척추 수술 환자는 수술 전 노인포괄평가를 하고, 환자와 보호자에

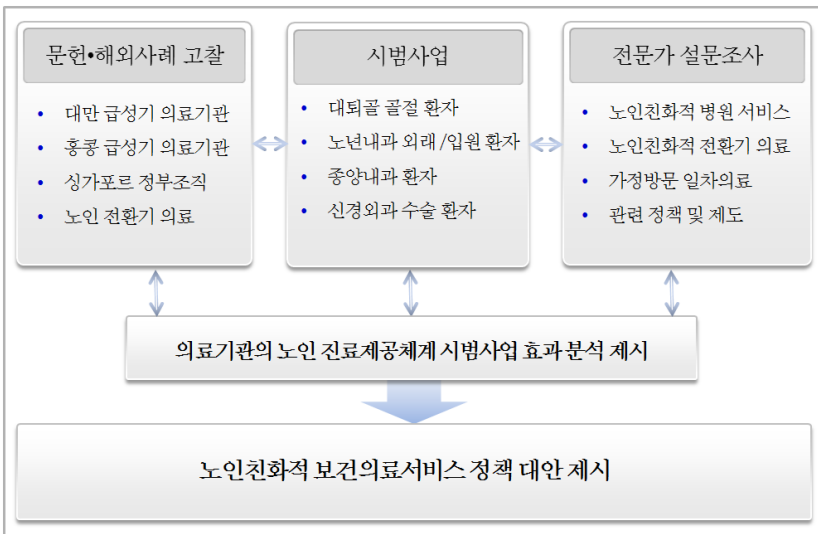
게 교육을 한다. 또한 노인포괄평가와 수술 후 예후의 상관성을 분석한다.

- 노년내과의 심부전 환자에게 근육재활운동 및 심장재활운동을 시행하여 심폐 기능 및 근력 향상 등의 중재를 제공하고, 환자의 전반적 건강상태 개선을 평가하였다.

노인 친화적 의료서비스 제공 방안에 대해서는 노인 친화적 병원, 전환기 의료, 가정방문 일차의료서비스에 대한 국외 사례를 고찰하였다. 노인 의료에 관심을 가진 전문가를 선정하여 설문조사를 하였고, 분석 결과를 바탕으로 자문회의 등을 거쳐 정책 방안을 도출하였다.

이상을 종합한 3부 연구 과제의 수행 체계는 다음 그림과 같다.

[그림 3-1-1] 연구수행체계





제 2 장

국외 사례 고찰

제1절 고령 친화 병원

제2절 전환기 의료

제3절 가정방문 일차의료



제1절 고령 친화 병원

1. 캐나다

가. 노인 친화적 병원¹⁰⁾ 프레임 워크

가파른 고령화에 따른 병원 이용자의 고령화, 재정부담, 사회적 요구가 맞물려 고령자를 치료하는 데 새로운 접근이 필요하게 되면서 캐나다의 브리티시컬럼비아주도 의료 권역을 중심으로(The Capital Health Region, Province of British Columbia) 노인 친화적 병원(Elder-Friendly Hospital) 전략을 처음 도입했다(Parke, 1999, p. 45). 이 당시 도입한 노인 친화적 병원의 프레임워크는 케어 시스템과 프

10) 본문에서 캐나다의 노인 친화적 병원(Senior friendly hospital) 사례를 소개할 때 개별 환자에 초점을 맞추어 시작된 움직임이고, age-friendly가 아닌 senior-friendly라는 용어인 점을 반영하여 고령 친화가 아닌 노인 친화라고 했다. 하지만 이 정책이 발전하는 과정에서 고령친화케어로 확대되었다. RGP Toronto(2017, p. 4)는 캐나다 온타리오주의 고령친화케어 비전이 이전보다 확장된 개념이라고 밝히고 있다. 그 비전은 WHO의 고령친화도시(Age-Friendly City) 프레임워크 8개 영역 가운데 커뮤니티 지원, 건강서비스(community support and health service)와 보조를 같이한다고 했다. 뿐만 아니라 캐나다 고령친화케어 프레임워크 개발을 위한 문헌 조사와 질적 분석에서 WHO 고령친화도시 프레임워크를 지침으로 삼았다. 따라서 캐나다의 고령친화케어가 정책의 연속성 측면에서 여전히 'senior'라는 용어를 쓰고 있을 뿐 정책 발전 과정에서 그 개념이 개별 환자에서 고령 친화적 환경 조성은 물론 보건의료 전반에 적용 가능한 이론과 전략 개발로 발전하고 있으므로 고령 친화라는 용어를 본문에서 혼용하였음을 밝혀 둔다. 노인만을 위한 '노인 친화적' 케어가 아니라 노인과 가족은 물론 의료인까지 포함하여 관계자 간 파트너십을 구축하고 좋은 환경을 조성한다는 측면에서 '고령 친화적'이라고 하는 것이 적합하다.

로세스, 정책과 절차, 사회적 환경, 물리적 디자인이었다.

보편적 의료 보장을 실시하는 캐나다에서 고령화로 인한 병원 운영의 재정 및 인프라 압박을 덜고 환자를 가능한 한 빠르게 퇴원시키는 데 따르는 부작용을 최소화하기 위한 브리티시컬럼비아주의 노인 친화적 전략은 다른 주로 확산되었다. 대표적으로 온타리오주는 노인 친화적 병원 네트워크(Senior Friendly Hospital Network)를 조직하여 주 전역에서 운영하고 있다.

온타리오주 노인 친화적 병원은 5가지의 주요한 프레임워크를 개발했다. 케어프로세스, 조직적 지원, 내적 환경, 물리적 환경, 진료와 연구의 윤리로 구성된다(〈표 3-2-1〉 참조).

〈표 3-2-1〉 캐나다 노인 친화적 병원의 프레임워크

브리티시컬럼비아주 Elder-Friendly Hospital	온타리오주 Senior Friendly Hospital
케어 시스템과 프로세스	케어프로세스
정책과 절차	조직적 지원
사회적 환경	내적 환경
물리적 디자인	물리적 환경
	진료와 연구의 윤리

자료: Liu, B. (2017. 8. 29.). 노인 친화적 병원: 정책과 실천(Barbara Liu 포럼 발표 자료). p. 7. 연세대학교 의료법윤리학 연구원.

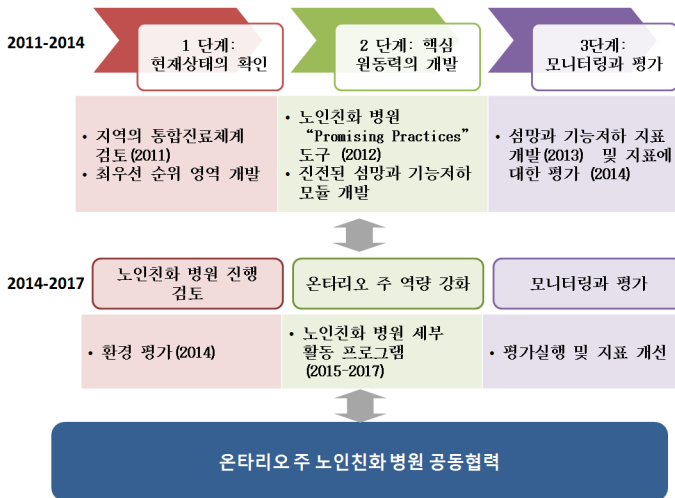
브리티시컬럼비아의 노인 친화적 병원 전략이 일부 의료 권역에서 제한적으로 실천된 것에 비해 온타리오주의 전략은 성공적으로 주 전역으로 네트워크를 확산했다.

나. 노인 친화적 병원의 전략

온타리오주는 노인 친화 병원 프레임워크에 맞춰 단계적 실천 전략을 수립했다. 노인 친화 병원 네트워크는 전략 개발 시기(2011~2014년)와

프로그램 적용 시기(2014~2017년)로 나누어 접근했다. 프로그램 개발 시기는 3단계로 진행되었다. 1단계에서 지역 상황을 파악하여 우선 집중할 영역을 개발하고, 2단계에서 원동력이 될 수 있는 도구와 모듈을 개발하고, 3단계에서 모니터링과 평가를 개발했다. 프로그램 적용 시기의 1단계에서 노인 친화 병원 프로그램 도입을 위한 환경평가를 하고, 2단계에서 세부 활동 프로그램을 진행하면서 역량을 강화하였다. 3단계에서 모니터링과 평가를 진행했다([그림 3-2-1] 참조).

[그림 3-2-1] 캐나다 온타리오주 노인 친화 병원의 전략



자료: 한국보건사회연구원·연세대학교 의료원. (2017. 8. 30.). 노인 친화적 보건의료서비스와 노쇠관리에 관한 국제심포지엄(자료집). 세종: 한국보건사회연구원 p. 12.

온타리오주는 지역 통합 진료체계 검토 후 전략적 우선순위로 기능 저하의 예방, 섬망의 예방, 전원에 따른 진료의 연속성을 지정하였다(김남순외, 2017, p. 18).

기능 저하의 예방을 위해 온타리오주의 14개 병원이 채택한 전략은 조

기운동개입(MOVE ON; The Mobilization of Vulnerable Elders in ONtario)이다(Liu, 2017, p. 22). 이 프로그램은 조기운동개입이 고령 환자의 병원 입원 중 발생하는 섬망의 기간을 단축하고 우울감을 줄여줄 뿐 아니라 신체기능을 증진한다는 근거에 기반하여 개발되었다(Liu, 2017, p. 21). 프로그램 적용을 위해 병원 직원은 물론 환자와 보호자에게 조기운동의 필요성과 방법을 교육했다. 교육은 온오프라인으로 진행되고 환자 대면 접촉 의료진은 일대일 코칭을 받는다(Liu, 2017, p. 23). 고령 환자는 입원 후 24시간 이내에 운동을 시작하며, 운동은 환자의 능력에 맞도록 설계하되 점진적으로 수준을 높여야 하고, 최소한 하루 3번 실시하는 것을 원칙으로 한다(Liu, 2017, p. 23).

환자의 운동 능력을 쉽고 빠르게 평가하기 위해 온타리오주에서 개발한 도구는 ABC 운동 평가(Mobility ABCs Assessment)이다. ABC는 영문으로 다음과 같은 의미다. “A1(Ambulates independently) - A2(Ambulates with assistance) - B(Bed to Chair Transfers)- C(Cannot stand to transfer).” 가까운 거리를 스스로 혹은 도움을 받고 걸을 수 있는 경우 A1, 2 레벨, 침대에서 의자로 이동이 가능한 경우 B 레벨, 운동 능력이 낮은 환자는 C 레벨로 나뉜다(〈표 3-2-2〉 참조). 각 환자는 개인에게 적합한 운동 프로그램을 처방받고 참여하게 된다.

〈표 3-2-2〉 캐나다 온타리오주 조기운동개입(MOVE ON; The Mobilization of Vulnerable Elders in ONtario)

운동능력 평가도구 ABC	표준 지침	전략
A1: Ambulates independently	- 24시간 이내 운동 개시 - 환자 맞춤 운동 계획 - 하루 3번 이상 운동	- 온오프라인 교육
A2: Ambulates with assistance		- 일대일 코칭
B: Bed to Chair Transfers)		- 운동 챔피언
C(1-5): Cannot stand to transfer		- 리마인더
		- 환자 교육

자료: Liu, B. (2017. 8. 29). 노인 친화적 병원: 정책과 실천 (Barbara Liu 포럼 발표 자료). p. 22, 23, 24. 연세대학교 의료법윤리학 연구원.

14개 병원에서 1만 2568명의 환자(평균 나이 80.1세)를 대상으로 시범사업하였으며, 양적 평가와 질적 평가를 모두 했다. 입원환자가 침대에서 나와 활동하는 비율을 운동 중재 전후에 비교했을 때 중재 후 침대에서 나와 움직이는 환자 비율이 10.56% 높았다(Liu, 2017, p. 27). 심층 면담을 통한 질적 연구 분석 결과 긍정적 태도, 환자 스스로 운동에 대한 책임감 공유, 의사소통과 협력, 아픈 노인 환자는 침대에 누워 있어야 한다는 고정관념의 탈피가 관찰되었다(Liu, p. 31). 초기 시범사업의 결과에 힘입어 ‘MOVE ON’ 프로그램 혹은 유사한 조기운동개입 전략은 2016년 기준 온타리오주 61개 병원이 채택했으며 다른 주로 확산되고 있다(Liu, 2017, p. 30).

다. 고령친화케어

병원 환경에 맞춘 노인 친화적 의료서비스 전략의 성공에 힘입어 보건 의료 시스템 전반에 적용 가능한 고령친화케어(sfCare: Senior friendly Care)의 원칙과 프레임워크 개발이 요구되었다. 이에 토론토 노인의료프로그램(RGP: Regional Geriatric Program of Toronto)은 2017년 10월에 sfCare 프레임 워크를 발표하고, 고령 친화 병원은 고령친화케어 네트워크의 일부가 되었다(RGP Toronto, 2017, p. 3).

고령친화케어 프레임워크의 세부 명령문을 개발하기 전 기본적인 7대 원칙을 도출했다. 1) 회복력, 독립성, 삶의 질 향상에 대한 지원, 2) 연민과 존경, 3) 충분한 정보로 역량을 갖춘 고령자와 가족, 4) 환자 중심, 관계 중심 파트너십, 5) 안전과 보호, 6) 적시, 공평, 비용 부담 가능, 7) 근거 제공의 7대 원칙은 각 프레임워크의 명령문을 실천할 때 모두에 적용된다(〈표 3-2-3〉 참조).

〈표 3-2-3〉 캐나다 고령친화케어 7대 원칙

고령친화케어 7대 원칙	
1	회복력·독립성·삶의 질 향상에 대한 지원
2	연민과 존경
3	충분한 정보로 역량을 갖춘 고령자와 가족
4	환자 중심, 관계 중심 파트너십
5	안전과 보호
6	적시성, 공정성, 비용 부담 가능성
7	근거 제공

자료: RGP Toronto. (2017). The Senior Friendly Care Framework. Retrieved from https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2017/12/sfCare_Framework.pdf p. 7.

고령친화케어의 프레임워크는 SFH와 동일하며, 항목별로 병원과 다른 세팅에서 준수해야 하는 하위 명령문이 개발되었다. 연구 프로젝트는 2016년 4월부터 2017년 10월 사이에 문헌 고찰, 질적 분석, 델파이 조사, 이해관계자 의견 수렴의 과정을 거쳐 결과를 발표했다(RGP Toronto, 2017, pp. 5-6).

조직적 지원은 총 8개의 구체적인 명령문을 포함한다. ‘고령친화케어’가 조직의 우선순위가 되어야 하며, 조직 내 적어도 한 명의 리더가 이를 책임진다. 조직은 고령친화케어에 적합한 지식, 기술, 태도를 갖춘 인력 채용 및 개발을 위해 노력해야 한다(RGP Toronto, 2017, pp. 7-9).

케어 프로세스에는 총 10개로 가장 많은 명령문으로 구성된다. 가장 중요한 내용은 노인사정평가에 따른 케어 프로세스이다. 고령자를 위한 사정평가는 정신, 신체, 기능, 사회적 능력을 최적화할 수 있도록 전인적 관점에서 이루어져야 하며, 그 결과에 따라 케어가 제공되어야 한다. 또한 전환기의 케어는 통합적이고 연속성을 제공하도록 해야 한다(RGP Toronto, 2017, pp. 7-9).

내적 환경 조성에서 언급되는 케어의 원칙은 노인 차별이 없이 각 개인의 요구를 존중해야 하는 것이다. 물리적 환경은 고령자의 안전을 지키면

서 독립적으로 기능하고 웰빙을 도모하도록 구조, 공간, 장비, 가구들을 제공하는 것이다(RGP Toronto, 2017, pp. 7-9).

노인 케어와 연구 윤리에서 핵심적인 지침은 그 절차에서 고령자의 자기결정권과 존엄성을 지키는 것이다. 5개 영역으로 이루어진 고령친화케어 프레임워크는 7대 원칙과 31개 지침에 따라 실천된다(RGP Toronto, 2017, pp. 7-9). 토론토 노인의료 프로그램은 고령친화케어 추진위원회를 조직하여 전략을 마련하고, 전문가 패널을 모집하여 고령친화케어의 효과적인 실천을 위해 도구, 지표, 표준 등을 개발하고 있다(RGP Toronto, 2017, p. 9).

전통적인 병원 의료서비스를 통해 고령 환자를 효과적으로 치료하지 못하고 오히려 낙상, 섬망, 의원성 질환 등을 일으키는 역설적인 상황에서 노인 친화적 병원 전략이 도입됐다. 캐나다 온타리오주는 개발된 정책을 2011년부터 실제 현장에서 적용하면서 시행착오를 거쳐 성공적으로 정착시켰다. 2016년 그간 축적된 근거에 기반 하여 보건의료 시스템 전반에 걸쳐 고령친화케어를 제공하기 위해 추진단을 구성하고 2017년 10월 프레임워크와 명령문을 발표했다. 고령친화케어의 원칙을 일관되게 연속적으로 다양한 세팅에서 적용하려는 노력은 보다 높은 수준의 협력과 파트너십이 필요할 것이다. 일부 의료 권역에서 전체 주로, 병원에서 보건의료 시스템 전반으로 고령 친화 보건의료서비스 정책을 단계적으로 확산시켜 나아가고 있다. 또한 실천 과정에서 계획을 수정하고, 근거를 축적하여 일관된 정책을 추진하고 있다는 점에서 온타리오주의 사례는 시사점이 크다.

2. 대만

대만은全民건강보험제도를 갖추고 있으며, 단일보험자 기관(중앙건강보험국: Bureau of National Health Insurance)에 의해 관리되는 시스템이다. 진료비 지불제도는 총액계약제이고, 보험료는 소득, 피부양자수에 따라 가산율이 적용된다. 정부기관인 위생서(Department of Health, DHO) 산하 중앙건강보험국이 6개 지부를 총괄하고 건강보험감리위원회(NHI Supervisory Committee)가 심사 및 감시를 하는 조직으로 기능한다(문옥륜, 2011, pp. 34-45).

가. 재골절 예방 프로그램¹¹⁾

1) 배경

고관절 노인에게 통합적 의료를 제공하기 위해 재골절 예방 프로그램(Fracture Liaison Service, 이하 FLS)이 활발해지고 있다. FLS는 미국, 영국, 호주, 캐나다 등에서 도입하여 성과를 거두었고, 아시아에서는 홍콩, 대만, 싱가포르 등에서 도입하였다. 대만은 재골절 예방 프로그램은 2015년 2개로 시작하여 최근 9개로 증가하였다(Chan et al., 2018, p. 59).

2) 핵심 활동

골절환자 관리 및 재골절 예방을 위하여 국립대만대학병원에서는 국제

11) 대만의 재골절 예방 프로그램에 관한 내용은 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안에서 연세의료원 시범사업의 일환으로 국립대만대학병원을 직접 방문하여 조사한 내용을 바탕으로 작성되었다.

골다공증재단(International Osteoporosis Foundation, 이후 IOF)의 골절에 관한 임상 지침을 따른다(〈표 3-2-4〉 참조).

〈표 3-2-4〉 국제골다공증학회의 골절에 관한 임상 지침

골절에 관한 임상 지침	
1	대상자 확인(Patient Identification Standard)
2	대상자 평가(Patient Evaluation Standard)
3	골절 후 평가(Post-fracture Assessment Timing Standard)
4	척추골절(Vertebral Fracture Standard)
5	평가 가이드라인(Assessment Guidelines Standard)
6	골다공증의 이차적 원인(Secondary Causes of Osteoporosis Standard)
7	낙상 예방 서비스(Falls Prevention Services Standard)
8	다측면의 건강과 생활방식 위험요소 평가(Multifaceted Health and Lifestyle Risk-factor Assessment Standard)
9	약 복용 시작(Medication Initiation Standard)
10	약물 검토(Medication Review Standard)
11	의사소통 전략(Communication Strategy Standard)
12	장기관리(Long-term Management Standard)
13	데이터베이스(Database Standard)

주: The 13 Capture the Fracture Best Practice Standards

자료: Åkesson, K., Marsh, D., Mitchell, P. J., McLellan, A., Stenmark, J., Pierroz, D., et al. (2013). Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporosis International*, 24(8). pp. 6-7.

3) 국제골다공증학회의 골절 임상 지침 세부 사항(IOF, 2014, pp. 3-15)

- 대상자 확인: 기관 내 또는 의료 시스템 내에서 골절 환자를 확인할 수 있는 시스템이 필요하다.
- 대상자 평가: 기관 내에서 발견된 환자에 대하여 골절 위험에 대한 평가가 있어야 한다.
- 골절 후 평가: 골밀도 검사 등의 골절 후 평가는 재골절 예방을 위하여 시기적절하게 이루어져야 한다.
- 척추골절: 기관은 밝혀지지 않은 척추골절 환자를 파악할 수 있는 시

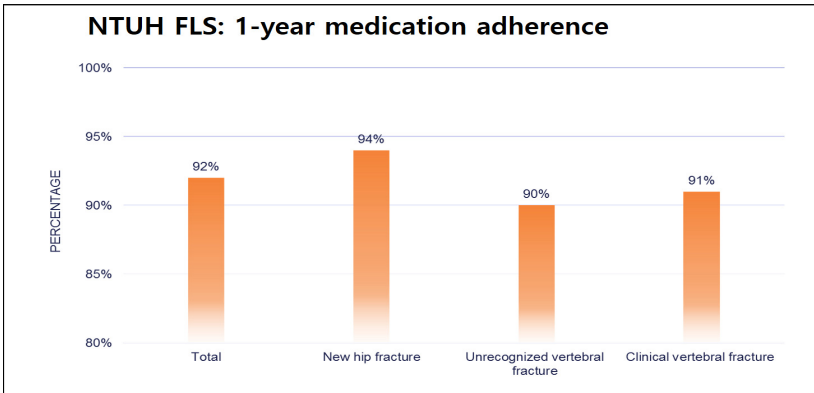
시스템을 갖추어야 하고, 재골절 예방을 위한 평가를 시행해야 한다.

- 평가 가이드라인: 기관의 2차 골절 예방 평가는 지역 또는 국가의 가이드라인과 일치한다.
- 골다공증 이차 원인: 2차 골절 예방을 위해 기관은 치료가 필요한 환자가 추후 검사를 시행하였는지 파악해야 한다.
- 낙상 예방 서비스: 취약성 골절을 앓고 있고 낙상의 위험이 있다고 파악되는 환자는 낙상 예방 서비스가 필요한지 여부를 결정하기 위해 평가되어야 하고, 그렇다면 낙상 예방 서비스에 연계되어야 한다.
- 다측면의 건강과 생활방식 위험 요소: 취약골절(Fragility Fracture) 환자는 미래의 골절 위험을 감소시킬 수 있는 건강, 생활 습관 변화를 확인하기 위한 예방책으로 다측면의 위험 요인 평가를 하고, 필요 시 평가와 치료를 위해 적절한 다학제적 임상자에게 연계해야 한다.
- 약 복용 시작: 치료를 받고 있지 않은 모든 50세 이상 골절 환자는 지역과 국가의 가이드라인에 따라 골다공증 약제 처방을 시작하거나 임상자에게 연계되어야 한다.
- 약물 검토: 골다공증 약제를 이미 복용하고 있는 골절 환자의 경우 약물 순응도, 대체 골다공증 치료제 검토 및 비약물적 증재를 고려한 재평가가 시행되어야 한다.
- 의사소통 전략: 기관의 FLS 관리 계획은 1차 및 2차 의료인에게 전달되며 지역 관계자가 요구하고 승인한 정보를 포함한다.
- 장기 관리: 기관은 초기 증재와 장기간의 순응 계획에 대하여 장기 추적 관찰을 위한 프로토콜을 보유한다.
- 데이터베이스: 확인된 모든 취약성 골절 환자는 중앙 국가 데이터베이스에 공급되는 데이터베이스에 기록된다.

4) 국립대만대학병원 FLS 성과

국제골다공증재단 FLS의 권고에 따른 국립대만대학병원의 연구 결과는 아래와 같다. 우선 국립대만대학병원의 1년간 약 복용을 이행한 노인은 전체적으로 92%였고, 고관절 골절 노인은 94%로 나타났다([그림 3-2-2] 참조).

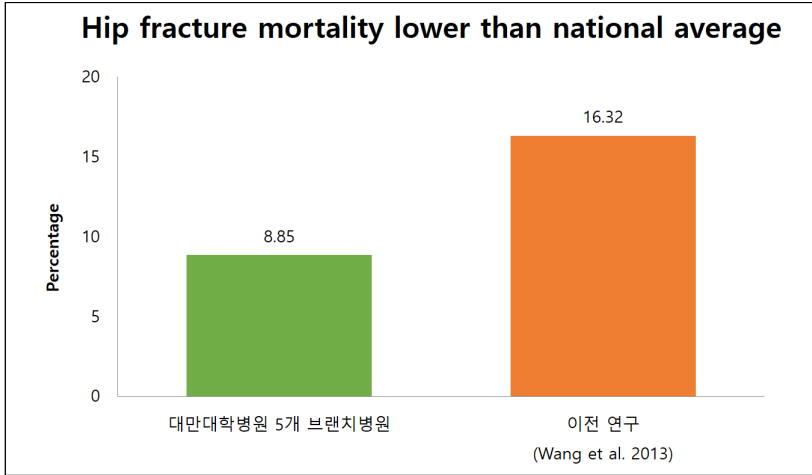
[그림 3-2-2] 국립대만대학병원 재골절 예방 프로그램 성과



자료: Chan, D. D. (2018. 4. 9.). Outcomes and trouble shootings for FLSs(대만 출장 발표 자료). Taiwan University Hospital. p. 27.

또한 고관절 골절 후 평균 사망률(대만)과 비교해 보았을 때 사망률은 16.32 대 8.85로, 연구에 참여한 5개 대만 병원들에서 낮게 보고되었다([그림 3-2-3] 참조).

[그림 3-2-3] 재골절 예방 프로그램 사망률 비교



자료: Chan, D. D. (2018. 4. 9.). Outcomes and trouble shootings for FLSs(대만 출장 발표 자료). Taiwan University Hospital. p. 24.

3. 홍콩

가. 개요

홍콩은 2015년 기준으로 평균수명이 84세(남자 81.3세, 여자 87.3세)로 아시아 평균(남자 71세, 여자 74세)보다 높다. 홍콩은 의료보험제도가 없으며, 일반 조세에 의해 재원을 조달하는 영국식 제도 (National Health Service System)를 받아들여 일정 금액 (100달러)까지는 개인이 부담하고 정부가 진료비의 90~95%를 부담하는 시스템이다. 전체 인구의 약 30%가 민간 보험에 가입되어 있고, 공공부문과 민간부문으로 구성된 듀얼트랙(Dual track) 체계이다. 정부 공공의료서비스는 의원관리 국 산하 공립병원 42개가 있고, 민간의료서비스로는 11개의 사립 종합병원이 있다(쥬에이치앤컨설팅, 2015, pp. 42-45).

나. 홍콩의 골절 노인 진료제공체계¹²⁾

2012년 홍콩의 고관절 골절 노인 2914명을 대상으로 한 연구에서 91%의 환자가 입원 후 4시간 내에 정형외과 진료를 받았고, 60.5%가 48시간 이내에 수술을 받았다. 고관절 골절 노인의 1년 이내 사망률은 17.3%로 나이를 매칭한 경우 평균 사망률인 1.6%보다 현저하게 높았다. 이후 2개 병원에서 고관절 골절 수술 후 환자 209명을 대상으로 포괄적 골절 관리 프로그램을 시행하였다. 그 결과 재골절률이 대조군(10.39%)에 비해 실험군(1.32%)에서 현저하게 낮았다(Leung et al., 2017, pp. 266-268).

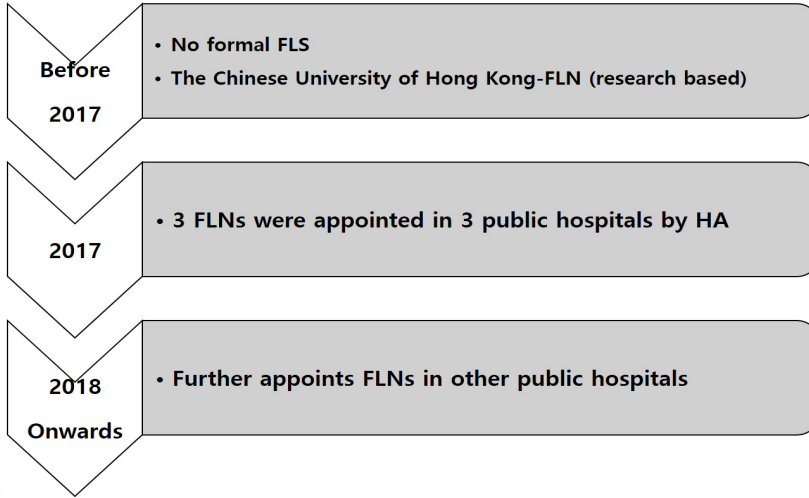
1) 홍콩의 FLS

홍콩은 2017년 이전에는 골절연계시스템(FLS)이 없었다. 2017년에 홍콩대학교에서 3명의 골절연계간호사(Fracture Liaison Nurse, 이후 FLN)가 연구 목적으로 배출되었고, 그 후 3명의 FLN이 주룽반도의 퀸엘리자베스병원, 기독교병원, 및 홍콩섬의 Pamela Youde Nethersole Eastern 병원에서 골절 환자들을 위한 통합 케어를 시행하고 있다([그림 3-2-4] 참조).

12) 홍콩의 골절 노인 진료제공체계에 관한 내용은 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료 서비스 제공 방안에서 연세의료원 시범사업의 일환으로 홍콩의 퀸엘리자베스병원을 직접 방문하여 조사한 내용을 바탕으로 작성되었다.

[그림 3-2-4] 홍콩의 재골절 예방 프로그램 발전 과정

Development of FLS in Hong Kong



자료: Tam, S. M. R. (2018. 4. 10.). Early Experience of Fracture Liaison Service in Hong Kong(홍콩 출장 발표 자료). Queen Elizabeth Hospital. p. 7.

골절연계간호사(FLN)의 역할은 크게 입원환자에 대한 역할과 외래환자에 대한 역할로 나뉜다.

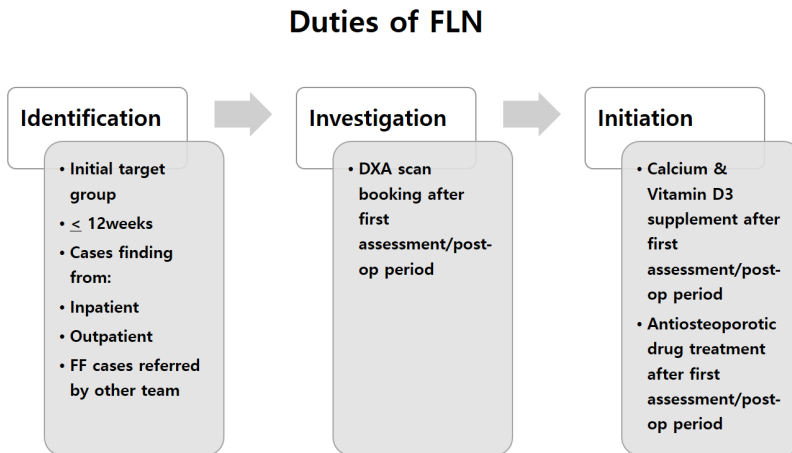
첫째, 입원환자에서 FLN은 급성기 골절 환자가 빠른 수술을 받을 수 있도록 준비시키고, 환자 상태에 맞는 맞춤형 수술 후 케어를 조정하거나 직접 제공하며, 환자와 보호자에게 골절 및 골절 치료에 대한 전반적 설명 및 상담을 시행한다. 또한 환자에게 적절한 골다공증약제가 처방되는지 확인하고 퇴원 후 외래를 위한 조정 역할을 맡고 있다.

둘째, 외래에서 FLN은 취약골절클리닉(Fragility Fracture Clinic)을 운영한다. 클리닉을 통해 환자가 골다공증약제를 잘 먹고 있는지 전화나 인터뷰를 시행하고, 2차 골절 예방을 위한 교육과 상담, 혈액검사, 엑스레이, 골밀도 등의 검사를 모니터링하는 역할을 맡는다.

2) FLN 활동 후의 결과

2017년 퀸엘리자베스병원의 고관절 골절 환자는 901명이었고, 평균 나이는 84.9세였으며, 여자가 70%를 차지했다. 골절 후 퀸엘리자베스병원에 입원한 노인은 고관절 골절 노인을 위한 통합 임상 진료 지침에 따라 수술 전 케어, 수술, 수술 후 케어를 제공받는다. 이 과정에서 FLN은 500명의 노인을 대상으로 환자를 파악(Identification), 골다공증 관련 검사를 조사(Investigation), 골다공증 약제 시작(Initiation)을 확인하였으며, 세부 내용은 [그림 3-2-5]와 같다.

[그림 3-2-5] 홍콩의 골절연계간호사 역할

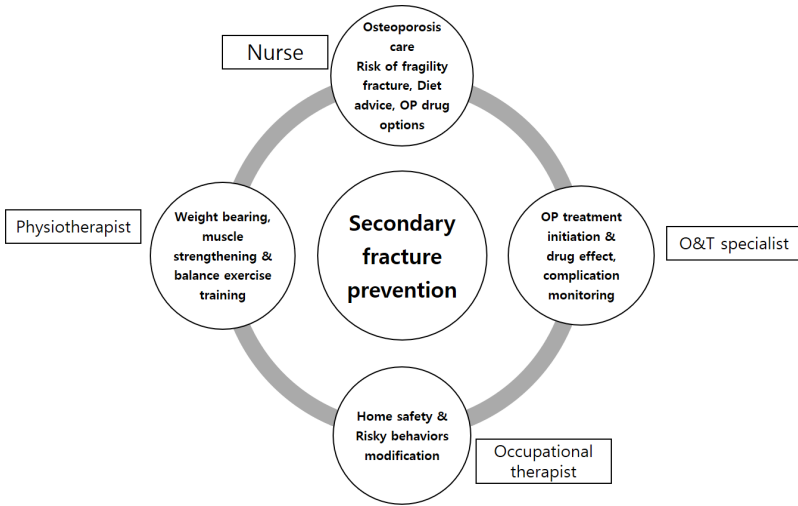


자료: Tam, S. M. R. (2018. 4. 10.). Early Experience of Fracture Liaison Service in Hong Kong (홍콩 출장 발표자료). Queen Elizabeth Hospital. p. 13.

수술 후 노인은 취약골절클리닉에 연계되고, 클리닉에서는 2차 골절 예방을 위한 교육과 상담, 검사 및 골다공증 약제 이행 여부 등이 확인된다([그림 3-2-6] 참조).

[그림 3-2-6] 홍콩의 취약골절클리닉 교육 프로그램

Multidisciplinary and Multifaceted Education Program



자료: Tam, S. M. R. (2018. 4. 10.). Early Experience of Fracture Liaison Service in Hong Kong(홍콩 출장 발표 자료). Queen Elizabeth Hospital. p. 17.

취약골절클리닉은 2018년에 시작되었으며 세션별로 5명에서 10명의 환자와 보호자를 대상으로 시행되었다. 또한 클리닉 운영과 함께 프로그램 평가 및 골절 노인 수술 후 상태 확인을 위한 다학제팀 회의가 정기적으로 이루어졌다. 2017년 Aclasta(골다공증 주사약제) 첫 번째로 투여 받은 노인이 97명, 2018년 두 번째 용량을 투여받은 노인은 14명이었고, 이 14명은 모두 낙상 예방 프로그램과 교육에 참여하였으며, 골다공증 구강약제에 대한 순응도도 좋은 상태로 중간보고되었다.

제2절 전환기 의료

미국노인병학회(American Geriatrics Society)에 따르면 환자가 서로 다른 장소 혹은 서비스 사이를 이동할 때, 보건의료의 조정과 연속성 확보를 위해 필요한 일련의 서비스를 전환기 의료(Transitional Care)라고 한다(Coleman & Boulton, 2003, p. 556).

노인 환자들은 퇴원 후 자가 관리에 상당한 불안감을 느낀다. 복약 방법, 신체적 제한 상황에서의 대처 방법, 영양 섭취 방법, 문제가 생겼을 때 연락할 곳을 모르면 불안해진다. 따라서 퇴원 후 필요한 서비스를 계획하여 환자와 가족들이 이해할 수 있도록 하고, 필요한 정보를 제공해야 한다. 김남순 외(2017, pp. 70-78)의 연구에서 고령의 대퇴골 골절 환자와 가족을 심층 면담한 결과 환자와 보호자들이 걱정하는 것은 퇴원 후 가정 돌봄의 두려움, 퇴원 후 필요한 정보 접근의 어려움이었다.

전환기 의료는 서비스 조정, 퇴원계획, 사례관리 등의 용어와 혼동하기 쉽지만, 이런 유사 개념과 구분되는 전환기 의료의 특징은 병원과 지역사회 접점에서 시간 제한적으로 제공되며, 재입원, 복약사고 등의 부정적 결과를 예방하려는 목적 지향성이다(백상숙, 2018, p. 28).

미국 전환기 의료는 기존의 메디케어 행위별 수가(Medicare FFS)에 전환기 관리료를 추가하는 것 외에 다학제 중재 일차의료 모형인 환자 중심 의료에서 전환기 의료를 포함한 환자 관리를 할 수 있게 했다(백상숙, 2018, pp. 33, 51). 일차 의료기관이 연합한 책임의료 조직에서 입원부터 퇴원 후까지 일련의 서비스를 제공하면서 전환기 의료를 제공하거나, 퇴원 후 급성기 이후 관리만을 포괄하여 제공할 때에도 전환기 의료가 포함된다(백상숙, 2018, p. 59). 민관 협력 지역 기반 전환기 프로그램에서는 재입원율이 높은 병원과 파트너십을 맺은 지역 기반 조직이 전

환기 의료를 제공한다.

2005년부터 국가 표준 정책으로 제공되는 호주 전환기 케어는 병원 환경에서 필요한 치료가 종료된 환자의 재원 기간을 줄이고 재입원과 노인 거주시설 입소를 예방하고자 전환기 케어를 제공하고 있다(백상숙, 2018, pp. 73-74). 퇴원 후 상처 드레싱 등 자택 방문 서비스, 변화된 환경에 잘 적응하도록 기능 회복을 도울 수 있는 재가 집중치료요법 등을 포함한 통합 서비스를 지역 기반 커뮤니티케어 에이전시에서 전환기에 제공한다. 병원은 노인의 의학적 평가를 토대로 잠재적인 프로그램 대상자를 원스톱 노인 케어 서비스 포털 'My Aged Care'를 통하여 노인사정 평가팀에 의뢰하여 서비스를 개시한다. 호주의 전환기 케어는 지역 기반에서 제공한다(〈표 3-2-5〉 참조).

대만은 최근 국립대만대학교병원(National Taiwan University Hospital)의 호스피탈리스트 병동에서 질환 기반 통합 전환기 의료(Integrated Postdischarge Transitional Care, 이하 PDTC)를 시험 운영 중이다(Shu et al, 2011, pp. 1-2). PDTC 프로그램은 ① Congestive heart failure, Chronic obstructive pulmonary disease, Diabetes mellitus, Ischemic stroke 등 특정 질환별로 전환기 의료계획을 수립, ② 정기적으로 복약 순응 등을 전화로 후속 관찰, ③ 각 질환별 측정 지표와 환자 상태를 핫라인을 통해 점검, ④ 필요시 응급실 혹은 호스피탈리스트 클리닉에 환자가 방문하도록 조치하는 방식으로 운영한다(Shu et al, 2011, pp. 1-4). 대만의 경우 급성기 의료기관 호스피탈리스트 중심의 서비스 제공 방식이다(〈표 3-2-5〉 참조).

싱가포르의 경우 보건부 산하 통합케어청(The Agency for Integrated Care, 이하 AIC)이 의료기관에서 퇴원한 고령 환자를 지역 사회로 연계하는 데 조정자 역할을 한다. 통합케어청은 또한 전환기 서비

스 관련 정책 개발 업무를 맡고 있다.

싱가포르의 전환기 의료는 공공병원 중심의 전환기 의료 중재 다학제 팀(Transitional Care Specialist; 간호사, 재활 전문가, 의료사회복지사 등)이 일정 기간 가정방문 형태로 제공하고, 지역 서비스 조정 기관 AIC에 환자를 연계하고 종료하는 형태이다(〈표 3-2-5〉 참조).

〈표 3-2-5〉 미국, 호주, 싱가포르, 대만 고령자 전환기 의료 비교

	미국	호주	싱가포르	대만
대상자	메디케어, 메디케어 고위험군	70세 이상 병원 퇴원 환자	3차 공공의료기관, 고위험군	호스피탈리스트 병동 특정 질환군
평가지표	재입원율, 메디케어 비용	신체기능 평가, 퇴원 장소, 1년 내 입소율	재입원율	재입원율 사망률
제공 기관	일차의료 협력체, 지역 기반 조직	지역 커뮤니티케어 에이전시	3차 공공병원	공공병원 호스피탈리스트 병동
제공 형태	지역 기관 중재	지역 기관 중재	병원 방문의료	병원 원격의료
내용	퇴원계획 ¹³⁾ 자가관리법 의료정보 관리 위험 대응법 서비스 조정 후속 관찰	미국과 유사 + 다학제 요법 커뮤니티케어	미국과 유사 + 다학제 요법	미국과 유사
재원	메디케어	본인 부담 +정부 지원	본인 부담	-

자료: 백상숙. (2018). 한국 고령 환자 전환기 의료 관리체계 개선 방안-미국, 호주 비교법 제도 연구-[박사논문]. 연세대학교, pp. 101, 114.

Shu, C. C., Hsu, N. C., Lin, Y. F., Wang, J. Y., Lin, J. W., & Ko, W. J. (2011). Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: an experimental study. BMC medicine, 9(1), 96.

Taiwan Society of Hospital Medicine. (2018). The Birth and Growth of Hospital Medicine in Taiwan. <http://www.hospitalist.org.tw/about.php>

Department of Social Services (2015). Transition Care Programme Guidelines. Australian Government. pp. 9, 19, 53.

13) 병원에서 퇴원계획을 제공하므로 전환기 중재 프로그램에 포함되지 않는 경우가 많음. 중재 프로그램은 민간 개발로 다양하며, CTI는 퇴원계획을 포함하지 않음. 포함하는 모형 TCM.

- AIC (2018. 4. 12.). Integrating Care in Singapore (싱가포르 출장 발표 자료). 한국보건사회연구원·연세대학교 의료원. pp. 26-27,
Ravinder Singh Sachdev (2018. 4. 13). Transitional Care Service (싱가포르 출장 발표 자료). Tan Tock Seng Hospital. pp. 7-13.

제3절 가정방문 일차의료

일차의료(primary care)란 사람들이 가장 먼저 또한 가장 자주 찾는 의사(또는 의료기관)를 뜻한다(최용준, 고병수, 조경희, 이재호, 2013; 이재호 외, 2014). 일차의료란 용어는 1920년 영국의 도슨 보고서(Dawson Report)에서 처음 사용된 것으로 알려져 있다(Egwu, 1984). 이후 1978년 세계보건기구 알마아타선언(Alma-Ata Declaration)을 통해 바람직한 일차보건의료의 구성 요소가 제시되었다(WHO, 2003). 최초 접촉 의사는 환자 중심의 관점으로 의료서비스를 제공해야 하고, 여러 가지 의학적 문제와 환자의 필요에 대해 포괄적이고 협력적으로 접근해야 한다. 또한 이와 같은 진료는 ‘요람에서 무덤까지’ 지속적으로 이루어져야 한다. 즉 일차의료의 개념에서 우리가 잘 알고 있는 주치의(primary care physician) 개념이 생겨난 것이다.

방문진료란 의사가 직접 환자가 거주하는 가정에 찾아가서 수행하는 진료 활동을 뜻한다. 국외 선행연구에서는 home care, home visit, house call, outdoor practice, home-based medicine, health visitor 등의 용어로 불리고 있다. 서양 의학사에서 방문진료는 19세기까지 상당히 성행하였다(Peitzman, 2009). 특히 미국에서는 1930년대까지 전체 진료의 40%가 방문진료로 수행된 것으로 알려져 있다(Unwin & Tatum, 2011). 이는 근대적 의미의 병원이 19세기 말엽에서야 설립되었기 때문이다. 이후 병원의 발전과 함께 방문진료는 급격히 쇠퇴하였고,

20세기 중반 이후 대부분의 국가에서 병원 중심의 의료체계가 형성되었다. 하지만 최근 30년 동안 방문진료의 중요성이 다시금 부각되고 있다(조흥준, 2001). 인구 고령화, 국민의료비 상승, 퇴원 후 환자 관리, 에이징 인 플레이스(aging-in-place) 등에 따라 의료에 대한 사람들의 욕구가 변화되었으며, 이에 따라 방문진료에 대한 수요가 크게 증가하였기 때문이다.

〈표 3-2-6〉 가정방문 일차의료의 정의(Totten et al., 2016)

선정 기준	선택 기준	제외 기준
1) 일차의료 인력의 방문 (의사, 노인전문 간호사 [NP], 의사 보조인력 [PA])	- 다른 인력 추가 방문 가능 - 간호사, 물리치료사, 상담 사, 사회복지사 등	- 일차의료 의사의 가정방문 이 포함되지 않은 다른 모 형들 - 의사의 전화 상담만 수행 - 간호사(또는 다른 의료인 력) 주도 방문 건강관리 활동 등
2) 가정으로 방문 (가정이란 환자가 거주하 는 비시설을 뜻함)	- 환자의 추적 관리를 위한 시설 방문은 가능 - 병원 입원, 단기 재활시설 등	- 시설 입소 환자 - 요양시설, 요양병원 등
3) 연속적 관리 (사망, 장애 발생, 시설 입 소 등까지 장기간 방문)	- 해당 없음	- 단기간 방문 - 가정환경평가(1회 방문) - 퇴원 후 가정방문사업 등 (아급성기 관리, 90일 이내)
4) 포괄적 진료 (만성질환 관리, 장애, 예 방적 관리 등)	- 다른 서비스의 추가 제공 가능 - 정신건강관리, 호스피스 관리, 장기요양 관리, 사 회서비스 등	- 단일한 질병이나 주제에 대한 위험 관리 사업 - 낙상예방사업, 심장병 관 리 등

주: NP- nurse practitioner; PA- physician assistant.

자료: Totten, A. M., White-Chu, E. F., Wasson, N., Morgan, E., Kansagara, D., Davis-O'Reilly, C., & Goodlin, S. (2016). Home-based Primary Care Interventions. AHRQ Publication No. 15(16)-EHC036-EF. Agency for Healthcare Research and Quality. p. 4.

가정방문 일차의료(home-based primary care, HBPC)는 방문진료의 다양한 형태들 중에서도 포괄적이고 연속적인 관점에서 다학제적 일차

의료 서비스를 제공하고자 하는 유형을 일컫는다(DeCherrie, Soriano, & Hayashi, 2012; Kim & Jang, 2018). 미국 뉴욕주의 Mount Sinai Visiting Doctor 프로그램에서 최초의 모형이 개발된 것으로 알려져 있다. 1985년 US Department of Veterans Affairs에 적용되어 오늘날 까지 가장 성공적으로 운영되고 있는 방문진료 사업 유형 중 하나로 알려져 있다(Totten et al., 2016). 한편 근거 중심 의료기술 평가기관인 Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ)는 최근 HBPC에 대해 보다 엄격한 정의를 제시하였다(〈표 3-2-6〉 참조). 이에 따르면 HBPC는 다른 일반적인 방문진료 또는 방문건강관리사업과 다른 특징을 갖고 있다. 즉 HBPC로 불리기 위해서는 일차의료 의사의 직접적인 가정방문 활동이 있어야 하고, 일시적 방문이 아니며, 다학제적 팀에 의한 포괄적인 건강관리 또는 사회서비스가 제공되어야 한다. 이 연구에서는 AHRQ의 정의에 따라 방문진료 중에서도 〈표 3-2-6〉의 바람직한 일차의료의 특성을 갖고 있는 경우를 HBPC로 지칭하기로 한다.

HBPC는 특히 거동이 불편한 칩거 노인을 위한 의료 접근성 향상과 노인 의료비 절감을 위해 최근 미국, 캐나다, 덴마크 등에서 일차의료 체계 개혁을 위한 모형 중 하나로 검토되고 있다. 이에 크고 작은 HBPC 사업들이 국가, 지방정부, 보험사업자 또는 의과대학 등의 수준에서 시도되고 있다(Stuck, Eagger, Hammer, Minder, & Beck, 2002; Oeseburg, Wynia, Middel, & Reijneveld, 2009; Low, Yap, & Brodaty, 2011; Béland & Hollader, 2011; Tappenden, Campbell, Rawdin, Wong, & Kalita, 2012; Stall, Nowaczynski, & Sinha, 2014; Low & Fletcher, 2015; Totten et al., 2016). 대표적인 연구로 Boulton 외(2009)는 성공적 노인돌봄모형을 15개 유형으로 정리한 바 있다. 〈표 3-2-7〉은 모형들의 근거를 요약한 것이다. 이에 따르면 HBPC는 예방적

가정방문(preventive home visit)과 다학제적 일차의료(interdisciplinary primary care) 또는 두 가지 모형의 혼합형으로 분류할 수 있다.

〈표 3-2-7〉 15가지 성공적인 노인돌봄모형(Boult et al., 2009)

Model	Studies	Quality of care	Quality of life	Auto-nomy	Survival	Service Use/Cost
1. Interdisciplinary primary care	1 MET 2 REV 9 RCT 3 QE 1 XS	○	○	○	○	U: ○ C: ○
2. Care and case management	12 RCT 1 QE	○	○	○	○	U: ○ C: ○
3. Disease management	1 REV 1 MET 2 RCT	○	○	○	○	U: ○
4. Preventive home visit	3 MET	NA	NA	○	○	U: ○
5. CGA, GEM	10 RCT 1 QE	○	○	○	○	U: ○
6. Pharmaceutical care	6 RCT	○	○	NA	○	U: ○
7. Chronic disease self-management	1 MET 10 RCT	NA	○	○	NA	U: ○ C: ○
8. Proactive rehabilitation	4 RCT 1 QE	NA	○	○	○	U: ○
9. Caregiver education and support	2 MET 3 RCT	NA	○	○	ND	U: ○ C: ○
10. Transitional care	1 MET 2 RCT	NA	○	ND	○	U: ○ C: ○
11. Substitutive hospital-at-home	5 RCT 1 QE	ND	○	○	ND	U: ○ C: ○
12. Early-discharge hospital-at-home	4 RCT	NA	○	○	ND	U: ○
13. Care in nursing home	5 QE 1 RCT	○	○	○	○	U: ○ C: ○
14. Prevention and management of delirium	4 RCT 2 QE	○	○	○	○	U: ○ C: ○

Model	Studies	Quality of care	Quality of life	Auto-nomy	Survival	Service Use/Cost
15. Comprehensive inpatient care	2 MET 5 RCT 1 QE	○	○	○	○	U: ○

주: 약어: CGA = comprehensive geriatric assessment; GEM = geriatric evaluation and management; ○ = better outcomes; NA = not assessed; ND = no difference; MET = meta-analysis; REV = Reviews; RCT = randomized controlled trial; QE = quasi-experimental; XS = cross-sectional time series.

자료: Boulton, C., Green, A. F., Boulton, L. B., Pacala, J. T., Snyder, C., & Leff, B. (2009). Successful models of comprehensive care for older adult with chronic conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(12), pp. 2328-2337.

한편 노인을 위한 일차의료사업은 다음과 같이 분류될 수 있다(Low & Fletcher, 2015). 이 모형들은 HBPC와 접목되어 운영될 수 있다(Totten et al., 2016).

- 1) 사례관리모형(case management model)
- 2) 통합적 관리모형(integrated care model)
- 3) 협동적 관리모형(shared care model)

사례관리란 특정 인력(또는 팀)이 환자의 필요를 사정하고, 돌봄계획(care plan)을 작성하며, 주로 서비스의 조정을 통해 문제를 해결하는 방문건강관리 방법을 뜻한다(Low & Fletcher, 2015). 통상 노인전문 간호사가 주도하며, 서비스 조정 범위에 일차의료 의사를 연계하는 업무가 포함되기도 한다. 연구자에 따라 의료적 사례관리모형과 사회경제적 사례관리모형(socioeconomic case management model, patient advocacy model)으로 구분하기도 한다(Oeseburg et al., 2009). 지금까지 수행된 체계적 문헌 고찰 연구에 따르면 대체로 사망률, 낙상 위험, 장애

발생 및 장기요양 입소율 등에서 효과적인 것으로 잘 알려져 있다(Stuck et al., 2002; Tappenden et al., 2012). 특히 사회경제적 사례관리모형에서 의료비 절감에 관한 효과가 있는 것으로 분석되기도 하였다(Oeseburg et al., 2009).

통합적 관리란 건강 서비스가 ‘예방·치료’의 연속성하에서 제공되며, 특히 환자 입장에서 서로 다른 영역의 서비스가 함께 제공되는 것을 말한다(Low & Fletcher, 2015). 다음과 같은 세 가지 수준의 통합이 존재한다. ‘연계(linkage) → 조정(coordination) → 완전 통합(full integration)’의 상위 단계로 갈수록 통합의 정도가 높아지는 것으로 본다. 여기서 완전 통합이란 행정적 또는 재정적 측면에서 두 가지 이상의 다른 보건의료 인력 또는 기관이 단일한 사업 체계하에서 수행되는 경우를 뜻한다. 결국 일반적인 사례관리모형과 통합적 관리모형의 핵심적 차이는 다학제적 팀이 실질적으로 운영되고 있는지 여부에 달려 있다. 대표적인 통합적 관리모형의 사례는 미국의 The Program for All-Inclusive Care of the Elderly(PACE), 캐나다의 System of Integrated Care for Older Person(SIPA) 또는 The Program of Research to Integrated Services for the Maintenance of Autonomy(PRISMA) 등이 있다(Eng, Pedulla, Eleazer, McCann, & Fox, 1997; Hansen, 2008; Frank & Wilson, 2015; Low & Fletcher, 2015).

협력적 관리란 통합적 관리모형 중에서도 일차의료와 분과적 전문의료가 통합된 경우를 지칭한다(Frank & Wilson, 2015). 최근 미국에서 새로운 의료모형으로 주목받고 있는 Patient-Centered Medical Home(PCMH)이 대표적인 사례이다(Arend, Tsang-Quinn, Levine, & Thomas, 2012; Rich, Lipson, Libersky, Peikes, & Parchman, 2012). PCMH는 2007년 미국 소아과학회, 가정의학회, 의사대학회 및

정골의학회가 수립한 환자 중심의 일차의료 관리모형으로, 현재 미국의 일차의료 개혁을 위한 포괄적 일차의료 플러스(comprehensive primary care plus) 시범사업의 중심 모형으로 받아들여지고 있다. 2017년 현재 미국 전역에서 1만 2000여 일차의료기관이 가입되어 있다.

최근에 수행된 체계적 문헌 고찰 연구에 따르면 통합적 또는 협력적 관리모형의 경우 사망률, 재입원율, 장기요양 입소율 등 주요 결과 지표에 대해 통계학적으로 유의한 효과가 관찰되지는 못한 것으로 나타났다(Low et al., 2011; Smith, Cousins, Clyne, Allwright, & O'Dowd, 2017). 다만 일차의료·정신과 전문기관의 협력적 중재 모형은 긍정적인 효과가 있었던 것으로 비교적 일관성 있게 보고되었다(Karlin & Karel, 2013; Hall & Reynolds-Ill, 2014; Smith et al., 2017). 하지만 이와 같은 결과는 해석에 신중함이 요구된다. 이들은 대체로 큰 규모로 수행되고 있다. 따라서 이 모형들의 효과성 평가는 방법론적으로 간단하지 않기 때문이다(Low et al., 2011).

제 3 장

의료기관의 노인 친화적 보건의료서비스 시범사업

제1절 시범사업 개요

제2절 시범사업 계획 및 분석 방법

제3절 시범사업 결과

제4절 노인 친화적 병원 도입과 과제



3

의료기관의 노인 친화적 << 보건의료서비스 시범사업

제1절 시범사업 개요

노인의 인구 증가와 함께 의료시설과 의료서비스를 이용하는 노인의 수도 증가하고 있다. 따라서 노인 친화적 병원 환경을 조성하기 위하여 병원 또는 정부 차원에서의 노력이 지속되고 있다. 노인 친화적 병원 환경이란 노인의 건강 특성에 맞는 서비스 제공, 노인 건강 증진, 안전한 환경 제공, 노인과 가족이 함께 참여하는 진료 환경을 제공하는 것을 의미한다.

캐나다 온타리오주에서 도출한 노인 친화적 병원의 프레임워크는 1) 조직적 지원, 2) 노인을 위한 진료 과정, 3) 노인연령차별(ageism)을 극복하기 위한 내적 환경, 4) 진료 및 연구 윤리, 5) 물리적 환경 5가지 구성 요소를 제시하고 있다(RGP Toronto, 2011, pp. 6-9).

본 연구팀에서는 2017년도 국외 노인 친화적 의료 서비스의 고찰 및 대퇴골 골절 환자의 시범사업을 통해 노인 맞춤형 의료를 위한 진료제공 체계를 갖추는 것, 물리적·윤리적·정서적 환경을 제공하는 것, 퇴원 후에도 치료의 연속성이 유지될 수 있도록 자원을 제공하는 것 등이 중요하다는 결론을 도출하였다. 진료제공체계에서 중요한 것은 노인의 건강 특성을 고려하는 것이고, 이를 위해서는 다차원적 건강 평가 및 다학제 접근이 필요하였다. 또한 노인 친화적 진료 시스템 구축을 위해서 진료과 차원 또는 병원 차원에서의 조직적 협력이 필요하고, 노인 친화적인 기후 조성이 중요함을 알 수 있었다(김남순 외, 2017, pp. 317-327).

노인 친화적 병원의 프레임워크와 2017년 연구 결과를 바탕으로 올해 시범사업은 다음과 같은 3가지 측면에 중점을 두고 시행되었다.

- 첫째, 정형외과·노년내과 조직적 차원의 협력 기후 조성
- 둘째, 진료 제공 프로그램 개발 및 타과-노년내과 협력 시스템 구축
- 셋째, 퇴원하는 노인 환자에 대한 서비스 연계를 통한 진료의 연속성 유지

제2절 시범사업 설계 및 분석 방법

1. 시범사업 설계

가. 조직적 협력을 위한 기후 조성

2017년에 급성기 병원에서 고관절 골절 후 수술적 치료를 받은 노인을 대상으로 대상자의 일반적 특성, 임상적 특성, 치료 후 건강 결과 (health outcome) 등에 관한 분석을 진행하였다. 노인포괄평가 및 협의진료 등으로 각과의 협력적 관계를 유지함으로써 노인 친화적 진료제공체계를 위한 협력적 기후를 유지하였다.

나. 진료제공 프로그램 개발 및 타과-노년내과 협력 시스템 구축

외래용 포괄적노인평가를 보완하고, 입원용 포괄적노인평가를 개발하였다. 개발된 포괄적노인평가는 1) 노년내과 노인, 2) 신경외과 수술 노

인, 3) 종양내과 노인으로 확대 시행되었다. 포괄적노인평가 결과에 대한 분석을 통해 급성기 병원을 방문하는 노인의 건강상태를 파악하였다. 또한 포괄적노인평가를 시행하는 데 따른 어려움과 포괄적노인평가의 장점에 대한 고찰이 결과에 포함되었다.

- 노년내과 노인 환자

노년내과 외래를 방문하여 노인적 포괄평가를 시행받은 노인 및 내과적 질환으로 노년내과로 입원한 노인을 포함한다.

- 신경외과 수술 노인

2016년부터 2018년 3월까지 신경외과 척추 관련 수술을 위한 수술 전 평가로서 포괄적노인평가(CGA)를 받은 노인을 대상으로 한다.

- 종양내과 노인 암환자

종양내과 노인 대상자는 2차 연도 연구 결과에 대한 피드백을 바탕으로 2018년에 추가되었다. 암을 진단받은 종양내과 노인을 대상으로 포괄적노인평가(CGA)를 하고, 포괄적노인평가와 임상적 데이터를 사용하여 암 노인에게 필요한 급성기 병원에서의 노인 친화적 진료제공체계가 무엇인지에 대해 고찰하고자 분석을 진행하였다.

다. 진료의 연속성 유지

수술 후 퇴원하는 고관절 골절 정형외과 노인, 신경외과 노인, 노년내과 입원 노인을 대상으로 한다. 퇴원 장소에 영향을 미치는 인자를 파악하여 기초 자료를 제공한다. 또한 급성기 병원에서 제공할 수 있는 연계

시스템에 대한 고찰을 통해 진료의 연속성을 유지하기 위한 노력을 지속한다.

2. 방법

이 연구의 방법은 크게 아래의 2가지로 나누어 생각할 수 있다.

가. 시범사업 내용의 고찰

시범사업 내용의 고찰은 3년 동안 시범사업을 통해 진행된 노인 친화적 병원을 위한 노력에서 얻어진 결과물에 중점을 두었다. 노인을 위한 진료제공 체계 구축, 진료제공 프로그램 개발 등에 대한 고찰이 여기에 포함된다.

나. 후향적 기술 연구

현재까지 급성기 병원에서 노인 친화적 진료를 제공받은 노인에 대한 의무기록을 검토, 수집, 분석하는 이차자료 분석의 방법으로 시행되었다. 자료 분석의 기술을 위하여 세브란스병원의 연구윤리심의위원회로부터 연구윤리심사를 받았다. 자료 분석은 SPSS for Windows(version 23.0) 통계 프로그램을 이용하였다.

제3절 시범사업 결과

1. 정형외과·노년내과 조직적 차원의 협력을 위한 기후 조성

가. 2017년 고관절 골절 환자 시범사업 결과

급성기 의료기관의 노인 친화적 보건의료서비스 제공 모형을 구축하기 위해 2017년에 세브란스병원에서 노년내과와 정형외과가 참여하여 노인 고관절 골절 환자 CP 개발에 대한 시범사업을 진행하였다. 시범사업은 2017년 5월부터 7월까지 세브란스병원에 내원하여 open fixation 수술을 받은 환자 31명을 대상으로 하였다. 16명의 환자는 노년내과에서 수술 전후 관리를 시행하고 정형외과에서 수술을 받은 그룹이었다. 15명의 환자는 노년내과의 수술 전 평가 없이 정형외과에서 수술을 받았다. 아래 표는 2017년에 진행한 시범사업 결과이다.

〈표 3-3-1〉 2017년도 시범사업 결과

	노년내과(n=13)	정형외과(n=14)	p-value
입원 기간(비율)	14.6(0.42)	7.1(0.52)	0.025
집으로 퇴원	4(31.0%)	1(7.0%)	<0.001
1개월 후 자가 활동 가능한 환자	11(84.0%)	9(64.0%)	<0.01
수술 1개월 이내 재입원 환자	1(7.0%)	3(21.0%)	<0.001
중환자실 입원	1(7.0%) -폐부종	4(29.0%) -패혈증, 소화기계 출혈, 폐색전증 등	<0.01

주: 응급실 내원 후 노년내과에서 입원 치료한 환자군과 정형외과에서 입원 치료한 환자군을 입원 후 4일 30일 후 추적하여 5개의 지표를 비교함.

자료: 김남순, 박은자, 전진아, 서제희, 정연, 이용주, 김창오 외. (2017). 고령사회 진입에 따른 노인 건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형. 세종: 한국보건사회연구원. p. 269.

일반적으로 입원 기간이 길수록 환자의 치료에 문제가 있었을 확률이 높으며, 집으로 퇴원하여 자가 활동이 가능한 환자의 숫자가 많을수록 치료 효과가 우수한 것으로 본다. 퇴원 후 1개월 이내에 재입원한 환자의 숫자가 많을수록 환자 상태를 충분히 고려하지 못하고 퇴원시켰을 가능성이 높으며(재원기간 단축을 위해), 수술 후 중환자실에 입원한 환자의 숫자가 많을수록 수술 전 평가가 충분히 이루어지지 못해 수술과 관련된 합병증에 대한 충분한 대비가 이루어지지 않았을 가능성이 높다. 그러나 일반적으로 노년내과 환자나 노년내과 협진 환자의 경우 상태가 좋지 않을 가능성이 높고, 중증도가 높은 것으로 나타난다.

나. 노년내과와 정형외과 협력 진료의 장점

이러한 배경에서 2017년도에 진행된 시범사업의 결과를 해석하여 보면 노년내과 입원 시 입원 기간이 길게 나타난 것은 수술 전 충분한 평가 및 전 처치를 위해 수술 전 입원 기간이 길어졌고 수술 후에 환자가 퇴원 가능한 상태가 되었을 때 퇴원 조치를 함으로 인해 기간이 연장된 것으로 보인다. 이에 반해 정형외과의 경우 수술 후 정해진 날짜가 되면 일반적으로 2차 병원, 요양병원, 요양원 등으로 전원하는 시스템을 가지고 있어 입원 기간이 짧게 나타나는 것으로 파악되었다. 따라서 입원 기간은 노인 고관절 골절 환자의 예후를 평가하기에는 제한점이 있는 것으로 파악되었다. 노인 환자의 특성을 고려할 때 환자의 지속적인 관리가 이루어져야 하므로 전환기 의료에 대한 적극적인 검토가 필요함을 알 수 있었다.

집으로 퇴원하고 자가 활동이 가능한 환자 수가 노년내과에서 진료를 받은 경우에 많은 것으로 나타난 원인은 노년내과에서 충분한 수술 전후 관리가 이루어졌기 때문으로 파악되었다. 정형외과에서도 이러한 관리가

이루어지나 협의 진료를 통한 관리보다는 노년내과에서 수술 전 평가를 시행하여 이에 맞추어 수술 전후 관리를 수행하는 것이 보다 효율적일 것으로 생각되었다.

노년내과에서 진료를 받고 퇴원한 환자에서 수술 후 중환자실에 입원하거나 병원에 재입원한 환자의 숫자가 적은 것 역시 노년내과에서 수술 전후로 효과적인 수술 전후 관리가 이루어졌을 것으로 예상할 수 있다.

다. 노인 친화적 골절환자 진료제공체계

2017년에 시행된 시범사업을 통해 급성기 의료기관에 입원한 노인 환자의 관리를 위해 표준화된 진료 지침을 수립하고, 이를 통해 효율적인 진료 질 관리가 이루어져야 함을 확인할 수 있었다. 시범사업을 통해 나타난 결과를 통해 볼 때 고관절 골절 노인 대상자의 치료에서 임상 진료 지침(Clinical pathway) 적용은 노인 고관절 환자의 예후와 질 관리에 도움을 줄 것으로 판단된다. 또한 동반 질환이 많은 노인 환자의 경우 단순히 질환 중심적 접근으로 ‘골절’이라는 질병만을 ‘수술’을 통해 치료하는 것이 아닌 노인이라는 특수한 환자군에 적합하게 적절한 수술 전 평가(노인포괄기능평가와 같은)를 수행하고, 이에 맞는 수술 전 처치가 이루어져야 한다.

그러나 각 병원의 인력, 의료기기, 의료시설 등의 차이점을 생각할 때 모든 병원에서 같은 CP를 적용하기는 어려울 수 있다. 급성기 병원에서 제공하는 의료서비스의 표준화에 대한 내용과 함께 향후에는 환자가 필요로 하는 중재를 제공하는 것에 대해 반드시 고려해야 한다. 특히 수술 환자의 사후 관리가 매우 중요한데, 이 부분에 대해 의료진 제공 중재 서비스와 환자 또는 보호자 참여 중재 서비스를 구분하여서 생각해야 한다.

그리고 급성기 병원 외에도 이를 지속적으로 수행할 수 있는 전환기 의료에 대한 적극적인 검토가 필요함을 파악하였다.

이러한 결과를 토대로 2017년에 진행된 시범사업의 결과를 통해 정형외과와 노년내과 간에 급성기 의료기관에 입원한 노인 환자의 포괄적 관리의 필요성에 대한 공감대가 형성되었다. 다음과 같이 고관절 골절 노인을 대상으로 시행할 포괄적노인평가의 체계를 확립하였다.

〈표 3-3-2〉 2017년도 포괄적노인평가의 체계 확립

평가 요소	도구(Instruments)
노쇠평가	간소화된 한국형 노쇠 평가도구
포괄적노인평가 기본 항목	신장, 체중, BMI, 상완/종아리 둘레, TUG(Timed up-and-go) 검사, 약력, 과거력, 약물, 건강상태, 운동, 흡연, 음주, 체중 변화, 골절, 낙상 경험
영양평가	한국형 간이영양평가
우울평가	외래 우울증 선별도구
기능상태평가	일상생활 수행 능력 도구적 일상생활 수행 능력
신체활동평가	국제 신체활동 설문
인지기능평가	간이정신상태 검사

주. 세브란스병원 노년내과에서 2017년 제작함.

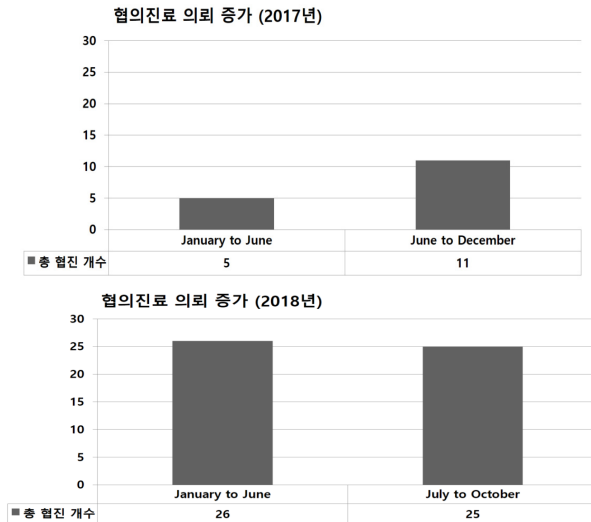
또한 시범사업 이후로도 정형외과 고관절 수술 노인과 노년내과의 협력 체계는 지속적으로 유지될 수 있도록 병원 내 전공의들 간의 핫라인을 구축하여 포괄적인 관리가 필요한 환자의 경우에는 응급실 차원에서 사전에 노년내과로 협진이 이루어질 수 있도록 하였다.

라. 2018년도 지속 사업

1) 협진의료 증가 추세

[그림 3-3-1]은 2017년, 2018년 정형외과에서 고관절 노인 환자 노년내과 협의진료 의뢰되어 전과된 건수를 보여 준다. 시범사업이 진행된 이후 노년내과로 협의진료가 이루어진 뒤 전과된 환자의 숫자가 2배 이상 증가하였다. 2017년에 총 16건에 불과했던 골절 환자 관리를 위한 협진 의뢰 수는 2018년 10월 현재 50건을 넘어 전년 대비 300% 이상 증가하였다. 공식적으로 의뢰되는 협진 건수 외에도 의료진 간의 직접적인 소통, 정형외과 전문 병동과 내과계 병동 간의 유기적인 협조를 통한 환자의 통합적 관리가 이루어지고 있는데, 이 숫자는 지속적으로 증가하고 있다.

[그림 3-3-1] 2017년도와 2018년도 협의진료 개수



자료: 김창오. (2018. 6. 29.). Senior friendly healthcare services and management of frailty in aged society(심포지엄 발표 자료). 보건사회연구원·연세의료원. pp. 24, 25.

이는 시범사업을 통해 급성기 의료기관 내에서 노인 환자의 포괄적 관리에 대한 수요가 존재하며, 양질의 서비스를 제공할 경우 환자 진료 수준의 향상이 가능해질 수 있는 의료진 간 유기적 협조가 이루어질 수 있음을 보여 준다.

2) 2018년 진료환자 포함된 시범사업 결과

2017년 1월부터 2018년 1월까지 고관절 골절 후 수술을 받은 65세 이상 노인 대상자는 총 273명이었다. 대상자의 평균 나이는 80.21 + 6.95세였으며, 질병의 중증도는 중간이 59.3%, 높음이 20.1%, 매우 높은 경우가 9.2%로 나타났다. 골밀도는 골다공증이 27.1%, 정확히 모르는 경우나 확인이 되지 않는 경우가 61.5%였다. 수술 전 일상생활 기능의 정도는 부분 의존적 경우가 52.4%, 의존적인 경우가 20.9%였다(〈표 3-3-3〉 참조).

〈표 3-3-3〉 2017년 고관절 골절 후 수술받은 65세 이상 노인 대상자 특성(n=273)

변수		평균 + 표준편차	명(%)
연령		80.21 + 6.95세 (최고 102세)	
골밀도 (Bone Mineral Density)	정상		4(1.5%)
	골감소증(Osteopenia)		27(9.9%)
	골다공증(Osteoporosis) 없음 또는 모름		74(27.1%) 168(61.5%)
질병중증도 정도 Charlson Comorbidity Index (CCI)	낮음		31(11.4%)
	중간		162(59.3%)
	높음		55(20.1%)
	매우 높음		25(9.2%)
American Society of Anesthesiologists physical status classification (ASA PS)	I		8(2.9%)
	II		42(15.4%)
	III		194(71.1%)
	IV		18(6.6%)
	결측		11

변수	평균 + 표준편차	명(%)
수술 전 일상생활 기능 (ADL)	독립적	73(26.7%)
	부분 의존적	143(52.4%)
	의존적	57(20.9%)

이 결과를 토대로 고관절 골절이 있었던 환자들의 경우 3분의 2 이상이 이미 골절이 발생하기 전부터 일상생활 기능이 매우 떨어져 있는 것을 확인할 수 있었다(부분 의존적+의존적: 73.3%). 나아가서 골절의 가장 중요한 위험 요소인 골다공증 검사 결과에 대한 인지도가 40% 미만이라는 것을 알 수 있었다. 이는 노인 환자의 골절 예방을 위해 일상생활 수행 능력을 높이기 위한 근력 강화 운동 및 관절 관리, 통증 관리 등이 필요하며, 골다공증에 대한 인식을 개선이 필수적임을 보여 준다.

2. 진료 제공 프로그램 개발 및 타과-노년내과 협력 시스템 구축

가. 포괄적노인평가 확대

분석에 포함된 데이터는 포괄적노인평가, 노쇠평가, 일반적 사항 및 임상적 특성과 관련된 사항들이었으며, 자세한 내용은 아래와 같다.

1) 노인 건강평가 도구

포괄적노인평가(CGA)는 신체적, 기능적, 인지적, 심리적 측면의 건강을 포괄적으로 평가할 수 있는 다차원적 도구이다. 이 연구에서 사용된 노인포괄평가의 하부 항목은 기본항목, 영양평가, 우울평가, 기능상태평가, 신체활동평가, 인지기능평가로 각 하부 영역에서 쓰이는 도구는 <표 3-3-4>와 같다. 질병력과 관련된 문항은 만성 질병의 총개수와 질병의

중증도를 반영한 Charlson Cormobidity Index(CCI)를 사용하였다 (Charlson, Szatrowski, Peterson & Gold, 1994).

〈표 3-3-4〉 포괄적노인평가 사용 도구 및 설명

평가 요소	도구(Instruments)	설명
기본 항목	신장, 체중, BMI, 상완/종아리 둘레, TUG(Timed up & go) test, 악력, 질병력, 약물, 건강상태, 운동, 흡연, 음주, 체중 변화, 골절, 낙상 경험	
영양평가	한국형 간이영양평가 (Mini Nutritional Assessment: MNA-SF) (Kaiser, et al., 2009)	6가지 문항: 0~12점 점수 높을수록 좋은 영양 상태
우울평가	노인우울척도 (Geriatric Depression Scale: GDSSF-K) (기백석, 1996)	15가지 문항: 0~15점 점수 낮을수록 우울 증상 없음
주관적 건강상태	현재 당신의 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?	5점 척도: 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 나쁨을 의미
기능상태 평가	1) 일상생활 수행 능력(Katz Activity of Daily Living) (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963) 2) 기능적 일상생활 수행 능력(Lawton Instrumental Activity of Daily Living) (Lawton & Brody, 1969)	6가지 문항: 0~12점 8가지 문항: 0~8점 점수 낮을수록 독립적 생활 가능
신체활동 평가	국제 신체활동 설문지 (International Physical Activity Questionnaire: IPAQ) (오지연, 양윤준, 김병성, & 강재현, 2007)	문항 합산하여 총 신체활동 정도를 MET로 계산하거나 3가지로 분류(비활동/최소활동/건강증진형 활동)
인지기능 평가	간이정신상태검사 (Mini Mental Status Exam: MMSE-DS) (T. H. Kim, et al., 2010)	30가지 문항: 총 30점 점수 낮을수록 인지기능 저하

자료: Kaiser et al. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(9), p. 782.
 기백석. (1996). 한국판 노인우울척도 단축형의 표준화 예비연구. 35(2), p. 298-30. Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, pp. 914-919.
 Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist*, 9(3_Part_1), pp. 179-186.
 오지연, 양윤준, 김병성, 강재현. (2007). 한국어판 단문형 국제신체활동설문 (IPAQ)의 신뢰도와 타당도. *가정의학회지*, 28(7), pp. 532-541.
 Kim et al. (2010). Korean version of mini mental status examination for dementia screening and its' short form. *Psychiatry investigation*, 7(2), pp. 102-108.

그 이외에 사용된 도구는 아래와 같다. 노쇠는 Morley et al.(2012)에 의해 개발된 노쇠측정도구(FRAIL)를 Jung et al.(2016)이 한국어로 번역한 노쇠측정도구(K-FRAIL)를 사용하였다(〈표 3-3-5〉 참조).

〈표 3-3-5〉 노쇠측정도구(K-FRAIL)

평가 요소	도구	설명
노쇠평가	간소화된 한국형 노쇠 평가 도구 (K-FRAIL)(Jung, et al., 2016)	5가지 문항: 0~5점(점수 높을 수록 노쇠를 의미)

자료: Morley, Malmstrom, & Miller. (2012). A simple frailty questionnaire(FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. The journal of nutrition, health & aging, 16(7), pp. 601-608.
 Jung et al. (2016). The Korean version of the FRAIL scale: clinical feasibility and validity of assessing the frailty status of Korean elderly. The Korean journal of internal medicine, 31(3), p. 594.

암 환자 신체활동 수행 상태는 ECOG(European Cooperative Oncology Group) performance status를 사용하였다(Oken et, al., 1982).

〈표 3-3-6〉 암 환자 신체활동 수행 상태

ECOG 신체활동 수행 상태	
0	증세가 없고 정상
1	어느 정도 증세가 있으나 깨어 있는 동안 누워서 쉼 정도는 아닌 경우
2	깨어 있는 동안 누워서 지내는 시간이 50%보다 적음
3	깨어 있는 동안 누워서 지내는 시간이 50% 이상
4	자리에서 일어날 수 없음

자료: Oken, Creech., Tormey, Horton, Davis, & Carbone. (1982). Toxicity and response criteriaof the eastern cooperative oncology group. American Journal of Clinical Oncology, 5, pp. 649-655.

2) 포괄적노인평가 결과의 통계적 분석

가) 노년내과 외래 방문 노인

2017년 10월부터 2018년 8월까지 노년내과 외래를 방문하여 포괄적

노인평가(CGA)를 받은 노인 대상자의 일반적, 임상적 특성은 <표 3-3-7>과 같다. 연령은 평균 80.99 ± 6.36세, 남자가 41.8%, 여자가 58.2%였다. 또한 노쇠 전 단계 44.6%, 노쇠 상태 41.3%로 나타났다.

<표 3-3-7> 2017년 10월부터 2018년 8월까지 노년내과 외래를 방문한 노인 대상자의 일반적, 임상적 특성(n=98)

변수		평균±표준편차/명	(%)
연령		80.99±6.36세(66~98세)	
성별	남	41	41.8
	여	57	58.2
학력 (n=93)	무학	18	18.4
	초등학교 졸업	23	23.5
	중학교 졸업	14	14.3
	고등학교 졸업	25	25.5
	대학교 졸업 이상	13	13.3
질병중증도 (Charlson Comorbidity Index) (n=97)	낮음	5	5.2
	중간	31	32.0
	높음	36	37.1
	매우 높음	25	25.8
노쇠 정도 (n=92)	건강함	13	14.1
	노쇠 전 단계	41	44.6
	노쇠	38	41.3

외래 노인 98명의 포괄적노인평가의 결과는 <표 3-3-8>과 같다. 1년 동안 5% 이상의 체중 감소가 있는 경우가 29.0%였으며, 복용 중인 약 개수가 5개 이상인 경우가 71.4%였다. 균형 및 보행검사(Timed-up-and-go test)가 10초 이하인 경우는 40.8%였다. 주관적 건강상태는 나쁘거나 매우 나쁘다고 대답한 경우가 각각 38.8%, 16.3%로 나타났다. 최근 1년간 낙상 경험이 있는 경우가 37.8%, 신체활동의 정도가 비활동적인 경우가 65.3%로 나타났다. 영양실조인 경우가 20.4%로 나타났다. 일상생활의 수행 능력이 부분 의존이 13.3%, 완전 의존 상태 14.3%였다. 간이선별치매검사의 점수가 24점 미만인 경우가 36.7%였고, 노인우울척도에서 우울증 고위험은 30.5%로 나타났다.

〈표 3-3-8〉 2017년 10월~2018년 8월 노년내과 방문환자 포괄적노인평가(n=98)

변수		명	(%)
체중 감소 (1년 이내 5% 이상) (n=93)	예	27	29.0
	아니요	66	71.0
복용 중인 약 개수	4개 이하	28	28.6
	5개 이상	70	71.4
균형 및 보행검사 (Timed-up-and-go test)	10초 이하	40	40.8
	11~20초	31	31.6
	20초 이상	12	12.2
	시행 불가능	15	15.3
주관적 건강상태	매우 건강	3	3.1
	건강	22	22.4
	보통	17	17.3
	나쁨	38	38.8
	매우 나쁨	16	16.3
	무응답	2	2.0
흡연 (n=97)	비흡연자	64	66.0
	과거 흡연자	30	30.9
	현재 흡연자	3	3.1
최근 1년간의 낙상 경험	예	37	37.8
	아니요	59	60.2
	모름	2	2.0
신체활동 정도	비활동	64	65.3
	최소한의 활동	32	32.7
	건강증진형 활동	2	2.0
영양 상태 (n=97)	정상	41	41.8
	영양 위험	36	36.7
	영양 실조	20	20.4
일상생활수행능력	독립적	71	72.4
	부분독립적	13	13.3
	의존적	14	14.3
인지기능(MMSE 점수) (n=97)	24점 미만	36	36.7
	24점 이상	62	63.3
우울 상태 (n=95)	정상	47	49.5
	위험	19	20.0
	우울	29	30.5

나) 노년내과 입원 노인

2017년 10월부터 2018년 8월까지 노년내과 입원 환자 중 포괄적노인

평가를 받은 144명의 일반적 특성을 살펴보았다. 노년내과 입원 환자 144명의 평균 나이는 82.67 ± 6.49세였으며, 여자가 61.8%였다. 노쇠 단계에 있는 노인이 62.1%를 차지하였다. 급성기 의료기관에 입원하는 노인 환자의 경우 3분의 2가 ‘노쇠’에 해당함을 알 수 있다. 또한 질병중증도를 보여 주는 Charlson Comorbidity Index와 노인포괄기능평가를 통한 노쇠 정도의 상관성이 있었다(〈표 3-3-9〉 참조).

〈표 3-3-9〉 2017년 10월~2018년 8월 노년내과 입원환자 중 포괄적노인평가 받은 대상자의 일반적 특성(n=144)

변수		평균+표준편차/명	(%)
연령		82.67+6.49세 (65~97세)	
성별	남	55	38.2
	여	89	61.8
학력 (n=115)	무학	22	19.1
	초등학교 졸업	39	33.9
	중학교 졸업	12	10.4
	고등학교 졸업	23	20.0
	대학교 졸업 이상	19	16.5
질병중증도 (Charlson Comorbidity Index) (n=143)	낮음	6	4.2
	중간	44	30.8
	높음	47	32.9
	매우 높음	46	32.2
노쇠 정도 (n=124)	건강함	5	4.0
	노쇠 전 단계	41	33.9
	노쇠	77	62.1
BMI	남	20.93+4.16	
	여	21.96+4.30	
약력	남	16.72+7.13kg	
	여	9.30+4.69kg	

아래의 〈표 3-3-10〉은 이 노인들의 포괄적노인평가 결과를 나타낸다. 급성기 의료기관에 입원한 노인 환자의 경우 신체기능이 매우 떨어져 있으며, 심리적으로 불안정한 상태인 경우가 2분의 1에 달하고 인지기능에 문제가 있을 것으로 보이는 환자가 약 20%에 달한다는 것을 보여 준다.

따라서 이러한 환자의 경우 입원을 하게 된 주 질환 외에도 보다 적극적인 심리치료와 신체기능 회복을 위한 재활치료, 그리고 인지기능에 대한 평가와 관리가 필요하다는 것을 의미한다.

〈표 3-3-10〉 2017년 10월~2018년 8월 노년내과 환자 중 포괄적노인평가를 받은 대상자의 평가 결과(n=144)

변수		명	(%)
체중 감소(1년 이내 5% 이상) (n=125)	예	38	26.5
	아니요	87	60.5
복용 중인 약 개수	4개 이하	29	20.3
	5개 이하	114	79.7
균형 및 보행검사 (Timed-up-and-gotest)	10초 이하	1	0.8
	11~20초	18	12.5
	20초 이상	6	5.0
	시행 불가능	119	82.6
주관적 건강상태	매우 건강	2	1.4
	건강	15	10.4
	보통	22	15.3
	나쁨	43	29.9
	매우 나쁨	45	31.3
	무응답(응답 불가)	17	11.7
흡연 (n=142)	비흡연자	102	70.8
	과거 흡연자	35	24.6
	현재 흡연자	5	3.5
최근 1년간의 낙상 경험	예	57	39.6
	아니요	82	56.9
	모름	5	3.5
신체활동 정도 (n=143)	비활동	128	89.5
	최소한의 활동	14	9.8
	건강증진형 활동	1	0.7
영양상태 (n=141)	정상	24	17.0
	영양 위험	53	37.6
	영양 실조	64	45.4
일상생활 수행 능력	독립적	39	27.3
	부분독립적	28	19.6
	의존적	76	53.1
인지기능(MMSE 점수)	24점 이상	120	83.3
	24점 미만	24	16.7

변수		명	(%)
우울상태 (n=128)	정상	64	50.8
	위험	22	17.5
	우울	40	31.7

다) 암을 가지고 있는 노인 환자

2018년 5월부터 9월 중순까지 종양내과 노인(폐암 클리닉)을 대상으로 포괄적노인평가를 확대 시행하였으며, 그 일반적 특성은 <표 3-3-11>과 같다. 평균 연령은 73.7 ± 5.7세였고, 남자가 74.4%였다. 암의 부위는 폐암이 82.6%였다. ECOG(the Eastern Cooperative Oncology Group) 수행 능력 0-1점이 67.4%였다.

<표 3-3-11> 2018년 5월부터 9월까지 포괄적노인평가(CGA) 받은 암환자 특성(n=86)

변수		평균 + 표준편차	명 (%)
연령		73.65 + 5.68세	
성별	남		64(74.4%)
	여		22(25.6%)
암 부위	폐		71(82.6%)
	식도		5(5.8%)
	기타		10(11.6%)
병기	I		12(14.0%)
	II		12(14.0%)
	III		5(5.8%)
	IV		13(15.1%)
	Others		보류중
ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Performance status)	0		24(27.9%)
	1		34(39.5%)
	2		4(4.7%)
	3		1(1.2%)
	4		0
	무응답		23

포괄적노인평가를 시행한 결과는 <표 3-3-12>와 같다. 1년 동안 체중 감소가 있었던 경우가 33.7%, 복용 중인 약의 개수가 5개 이상인 경우가

54.7%였다. 균형 및 보행검사(Timed-up-and-go test)에서 11초 이상인 경우가 22.1%였고, 시행이 불가능한 경우도 34.9%였다. 주관적 건강상태는 나쁘거나 매우 나쁜 경우가 각각 32.6%, 9.3%였다. 최근 1년간 낙상의 경험이 있는 경우가 14.0%로 나타났고, 신체활동의 정도가 37.2%에서 비활동적인 것으로 나타났다. 영양상태는 49.4%가 위험, 8.2%가 영양실조의 상태로 나타났다. 일상생활 수행 능력은 의존적인 경우가 4.7%였다. 인지기능 점수가 24점 미만인 경우가 19.5%, 우울 위험상태는 35.4%, 우울증 의심되는 상태는 9.2%로 나타났다.

〈표 3-3-12〉 암 노인 대상자의 포괄적노인평가의 결과(n=86)

변수		명(%)
체중 감소	예	29(33.7%)
	아니요	57(66.3%)
복용 중인 약 개수	4개 이하	39(45.3%)
	5개 이상	47(54.7%)
균형 및 보행검사 (Timed-up-and-go test)	10초 이하	37(43.0%)
	11~20초	16(18.6%)
	20초 이상	3(3.5%)
	시행 불가능	30(34.9%)
주관적 건강상태 (n=84)	매우 건강	3(3.5%)
	건강	28(32.6%)
	보통	17(19.8%)
	나쁨 매우 나쁨	28(32.6%) 8(9.3%)
흡연	비흡연	28(32.6%)
	과거 흡연자	48(55.8%)
	현재 흡연자	10(11.6%)
최근 1년간의 낙상 경험	예	12(14.0%)
	아니요	74(86.0%)
신체활동 정도	비활동	32(37.2%)
	최소한의 활동 이상	54(62.8%)
영양상태 (n=85)	정상	36(42.4%)
	영양 위험	42(49.4%)
	영양실조	7(8.2%)
일상생활 수행 능력(ADL)	독립적	78(90.7%)
	부분 의존적	4(4.7%)
	의존적	4(4.7%)

변수		명(%)
인지기능 (Mini-Mental Exam) (n=77)	24점 미만	15(19.5%)
	24점 이상	65(80.5%)
우울상태 (n=65)	정상	36(55.4%)
	위험	23(35.4%)
	우울	6 (9.2%)

암 질환이 있는 노인의 노쇠점수, ECOG, 질병중증도는 <표 3-3-13>과 같다. 노쇠 전 단계가 44.2%, 노쇠 단계가 26.7%로 나타났다. 흥미로운 사실은 일반적으로 암환자의 전신 상태를 평가하는 기준인 ECOG와 포괄적노인평가에서 제시하는 노쇠점수 간의 차이가 존재한다는 점이었다. 노인의 ECOG는 2점 이상으로 파악되어 치료에 유의가 필요하다고 판단된 환자의 비율보다 노인포괄기능평가를 통해 노쇠하다고 판단된 환자의 숫자 간에 차이가 존재하며 질병중증도를 파악할 수 있는 charlson comorbidity index를 기준으로 비교해 보아도 ECOG에 비해 노인포괄기능평가가 더 일치율이 높았다.

이러한 결과가 의미하는 것은 ‘노인포괄평가’를 통해 ECOG만으로는 평가할 수 없는 노인의 전반적인 건강상태를 파악함으로써 암치료와 관련되어 미리 처치할 부분을 파악할 수 있고, 치료 과정에서의 부작용 관리가 가능하다는 점이다. 이미 여러 연구에서 노인포괄기능평가가 노인 암환자 관리에 필수적인 것으로 보고되고 있다. 노인 암환자의 경우 항암 치료·수술·방사선치료 등 암 자체에 대한 치료를 시행하기 전에 노인포괄기능평가를 활용하여 전반적인 상태에 대한 종합적 평가를 선행하는 것이 필요할 것으로 보인다.

〈표 3-3-13〉 암 노인의 노쇠, ECOG, 질병중증도(n=86)

변수		명(%)
ECOG	0~1점	58(67.4%)
	2점 이상	5(5.8%)
노쇠	건강함	25(29.1%)
	노쇠 전 단계	38(44.2%)
	노쇠	23(26.7%)
질병중증도 (Charlson Comorbidity Index)	낮음	9(10.5%)
	보통	22(25.6%)
	높음	23(26.7%)
	매우 높음	32(37.2%)

라) 신경외과 수술 노인

신경외과에서 2016년부터 2018년 3월까지 척추 관련 수술 전 평가로 노년내과에서 포괄적노인평가를 시행 받은 65세 이상 노인 123명의 일반적 특성은 〈표 3-3-14〉와 같다. 평균 나이는 77.91 ± 2.97 세였으며, 최고령자는 86세였다. 남자가 44.7%, 여자가 55.3%였고, 학력은 초등학교 졸업이 27.6%로 가장 많았다. 노쇠의 정도는 건강함이 16.3%, 노쇠 전 단계가 54.5%, 노쇠 단계가 29.3%로 나타났다.

〈표 3-3-14〉 2018년 1월~2018년 3월 노년내과를 통해 포괄적노인평가를 시행 받은 신경외과 노인 대상자의 일반적, 임상적 특성(n=123)

변수		평균+표준편차/명 (66-86세)	(%)
연령		77.91+2.97세 (66-86세)	
성별	남	55	44.7
	여	68	55.3
학력 (n=122)	무학	25	20.3
	초등학교 졸업	34	27.6
	중학교 졸업	17	13.8
	고등학교 졸업	31	25.2
	대학교 졸업 이상	15	12.2
노쇠 정도	건강함	20	16.3
	노쇠 전 단계	67	54.5
	노쇠	36	29.3

포괄적노인평가의 결과는 아래의 <표 3-3-15>와 같다. 1년 이내 5% 이상의 체중 감소가 있는 경우가 13.8%, 복용 중인 약의 개수가 5개 이상인 경우가 58.5%, 균형 및 보행검사(TUG test)가 10초 이하인 경우가 40.7%, 11~20초 사이가 30.9%, 20초 이상이 8.9%, 통증이나 기능 상태 저하로 시행이 불가능한 경우가 19.5%였다. 주관적 건강상태는 매우 건강함이 1.6%, 건강함이 16.3%, 보통이 29.3%, 나쁨이 40.7%, 매우 나쁨이 12.2%였다. 현재 흡연하는 경우가 6.6%, 최근 1년간 낙상 경험이 있는 경우가 26.8%였다. 신체활동의 정도는 비활동이 71.9%, 최소한의 신체활동이 22.3%, 건강증진형 활동이 5.8%였다. 영양상태는 정상이 61.0%, 영양 위험이 33.3%, 영양실조 단계가 5.7%로 나타났다. 일상생활 수행 능력은 독립적인 경우가 91.8%, 부분독립적인 경우가 6.6%, 의존적인 경우가 1.6%였다. 인지기능은 23.6%가 간이치매선별검사 점수 24점 미만이었으며, 우울 상태는 35.9%가 우울 위험, 17.8%가 우울 고위험 단계로 나타났다.

<표 3-3-15> 2018년 1월-2018년 3월 신경외과 노인 대상자 포괄적노인평가(n=123)

변수		명	(%)
체중 감소 (1년 이내 5% 이상) (n=93)	예	17	13.8
	아니요	106	86.2
복용 중인 약 개수 (n=119)	4개 이하	47	38.2
	5개 이상	72	58.5
균형 및 보행검사 (Timed-up-and-gotest)	10초 이하	50	40.7
	11~20초	38	30.9
	20초 이상	11	8.9
	시행 불가능	24	19.5
주관적 건강상태	매우 건강	2	1.6
	건강	20	16.3
	보통	36	29.3
	나쁨	50	40.7
	매우 나쁨	15	12.2

변수		명	(%)
흡연 (n=121)	비흡연자	102	84.3
	과거 흡연자	11	9.1
	현재 흡연자	8	6.6
최근 1년간의 낙상 경험	예	33	26.8
	아니요	80	65.0
	모름	10	8.1
신체활동 정도 (n=121)	비활동	87	71.9
	최소한의 활동	27	22.3
	건강증진형 활동	7	5.8
영양상태	정상	75	61.0
	영양 위험	41	33.3
	영양 실조	7	5.7
일상생활 수행 능력 (n=122)	독립적	112	91.8
	부분독립적	8	6.6
	의존적	2	1.6
인지기능(MMSE 점수) (n=97)	24점 미만	29	23.6
	24점 이상	94	76.4
우울상태 (n=101)	정상	47	46.5
	위험	36	35.9
	우울	18	17.8

수술 전 포괄적노인평가를 받은 총 123명의 대상자 중 수술이 취소된 10명을 제외하고, 수술을 받은 113명의 대상자에 대한 임상적 특성은 <표 3-3-17>과 같다. 입원 기간은 평균 11.05 ± 7.03 일이었고, 최대 입원 일수는 62일이었다. 수술 후 중환자실에 입실한 경우가 14.9%, 타과로 전과된 경우가 9.6%로 나타났다. 퇴원을 집으로 한 경우는 74.3%, 집이 아닌 다른 병원 혹은 시설로 간 경우가 25.7%였다.

<표 3-3-16> 2018년 1월부터 2018년 3월까지 신경외과 노인의 임상 특성(n=113)

변수		평균+표준편차/명	(%)
입원기간		11.05+7.03일 (2-62일)	
중환자실 입실 여부	아니요	97	85.1
	예	16	14.9

변수		평균+표준편차/명	(%)
타과 전과 여부	아니요	103	90.4
	예	10	9.6
퇴원 장소	집	84	74.3
	타 병원(시설)	29	25.7

나. 포괄적노인평가의 임상적 가치

이 시범사업에서는 노년내과 외래환자, 노년내과 입원환자, 중양내과 환자, 신경외과 척추 수술 환자에게 제공한 포괄적노인평가의 결과를 보고하였다. 하부 영역별 세부 내용은 아래와 같다(〈표 3-3-17〉~〈표 3-3-23〉 참조).

〈표 3-3-17〉 각 대상자군에 따른 노쇠 단계

대상자	명	노쇠 단계 명(%)		
		건강함	노쇠 전 단계	노쇠 단계
노년내과 외래	92	13(14.1)	41(44.6)	38(41.3)
노년내과 입원	124	5(4.0)	41(33.9)	77(62.1)
신경외과	23	20(16.3)	67(54.5)	36(29.3)
중양내과	86	25(29.1)	38(44.2)	23(26.7)

〈표 3-3-18〉 각 대상자군에 따른 주관적 건강상태

대상자	명	주관적 건강상태 명, %				
		매우 건강함	건강함	보통	나쁨	매우 나쁨
노년내과 외래	98	3(3.1)	22(22.4)	17(17.3)	38(38.8)	16(16.3)
노년내과 입원	144	2(1.4)	15(10.4)	22(15.3)	43(29.9)	45(31.3)
신경외과	123	2(1.6)	20(16.3)	36(29.3)	50(40.7)	15(12.2)
중양내과	86	3(3.5)	28(32.6)	17(19.8)	28(32.6)	8(9.3)

〈표 3-3-19〉 각 대상자군에 따른 일상수행 능력

대상자	명	일상수행 능력 명(%)		
		독립적	부분독립적	의존적
노년내과 외래	98	71(72.4)	13(13.3)	14(14.3)
노년내과 입원	144	39(27.3)	28(19.6)	76(53.1)
신경외과	122	112(91.8)	8(6.6)	2(1.6)
중양내과	86	78(90.7)	4(4.7)	4(4.7)

〈표 3-3-20〉 각 대상자군에 따른 영양상태

대상자	명	영양상태 명(%)		
		정상	영양 위험	영양 고위험
노년내과 외래	97	41(41.8)	36(36.7)	20(20.4)
노년내과 입원	141	24(17.0)	53(37.6)	64(45.4)
신경외과	123	75(61.0)	41(33.3)	7(5.7)
중양내과	85	36(42.4)	42(49.4)	7(8.2)

〈표 3-3-21〉 각 대상자군에 따른 신체활동의 정도

대상자	명	신체활동 정도 명(%)		
		건강증진형 활동	최소한의 활동	비활동
노년내과 외래	98	2(2.0)	32(32.7)	64(65.3)
노년내과 입원	143	1(0.7)	14(9.8)	128(89.5)
신경외과	121	7(5.8)	27(22.3)	87(71.9)
중양내과	86	54(62.8)		32(37.2)

〈표 3-3-22〉 각 대상자군에 따른 인지기능

대상자	명	간이치매선별검사 명(%)	
		24점 이상	24점 미만
노년내과 외래	97	62(63.3)	36(36.7)
노년내과 입원	144	120(83.3)	24(16.7)
신경외과	122	94(76.4)	29(23.6)
중양내과	77	65(80.5)	15(19.5)

〈표 3-3-23〉 각 대상자군에 따른 우울

대상자	명	우울상태 명(%)		
		정상	위험	우울
노년내과 외래	n=95	47(49.5)	19(20.0)	29(30.5)
노년내과 입원	n=128	64(50.8)	22(17.5)	40(31.7)
신경외과	n=101	47(46.5)	36(35.9)	18(17.8)
중양내과	n=65	36(55.4)	23(35.4)	6(9.2)

위의 문제별 결과 보고를 통해서 입원을 이용하는 노인 대상자의 전반적인 건강수준을 알 수 있었다. 많은 노인이 노쇠한 상태였고(노년내과 외래를 방문하는 노인의 41.3%가 노쇠, 노년내과 입원환자 62.1%가 노쇠, 신경외과 수술 노인 29.3%가 노쇠, 중양내과 26.7%가 노쇠), 우울, 인지기능 저하, 기능의 저하, 영양부족 등이 의심되는 상태에 있었다. 그러나 이러한 문제들은 포괄적노인평가를 하지 않으면 쉽게 밝혀지지 않는 부분이다. 따라서 포괄적노인평가를 통해 잠재적인 문제들을 발견하고 진단을 도울 수 있다. 특히 치료 중에 발생할 수 있는 합병증 등의 부작용 예측은 물론 약물력 조사를 통해 다약제 문제에 도움이 될 수 있다.

다. 포괄적노인평가 시행에 대한 고찰

미국국립보건원은 1987년 합의를 통해 포괄적노인평가(Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)란 노인의 건강을 다각도에서 평가하여 최적의 건강 결과를 얻기 위한 역동적인 과정이라고 설명하였다. 포괄적노인평가의 다차원적 건강평가를 통해 노인의 건강을 총체적으로 이해할 수 있게 된다. 시행되는 장소나 임상적 환경에 따라 포함되어야 하는 하부 영역은 다를 수 있으나, 신체적 건강상태(Physical health), 정신적 건강상태(Mental health), 사회·경제적 상태(Social and economic

status), 기능적 상태(Functional status), 환경평가(Environmental characteristics)를 포함하는 것을 권장하고 있다(Brown et al., 1988, pp. 342-344).

포괄적노인평가의 효용성은 문헌을 통해 밝혀져 있다. 포괄적노인평가는 진단의 정확성을 높이고, 기능 상태를 증진시켜 집으로 퇴원할 수 있도록 도움, 적절한 약물 처방, 생존율 향상, 입원 일수의 감소 및 입원 비용의 감소 등의 효과를 가져온다. 포괄적노인평가는 총체적 건강평가를 통해 노인에게 긍정적인 결과를 가져오고 독립성 유지, 삶의 질 향상에 기여하지만, 시행하는 데 어려움도 많이 있다. 문헌에서 보고된 장애요인으로는 포괄적노인평가가 필요한 적절한 대상자 선정 기준의 부재, 강력한 증재료의 연결 부족, 결과 측정 도구의 부재 등이 있다(Eamer et al., 2017, pp. 11-14).

시범사업을 통해 본 병원에서는 급성기 병원 환경에 맞는 포괄적노인평가를 개발하였고, 개발된 포괄적노인평가는 노년내과 외래 환자를 시작으로, 노년내과 입원 환자 및 타과에서 의뢰된 노인으로 확대 시행하는 과정을 거쳐 정착되어 왔다. 하지만 기존에는 하지 않는 포괄적노인평가가 하나의 노인 맞춤형 진료제공체계가 되어 온 과정에서 여러 가지 어려움이 있었다.

1) 포괄적노인평가 시행 어려움과 극복 과정

가) 시간과 인력의 부족

포괄적노인평가를 통해 긍정적 건강 결과(Positive health outcome)를 얻기 위해서는 다학제팀 접근이 가장 효과적이다. 다학제팀에는 노인

병 전문의, 노인전문간호사 또는 노인 케어 경험이 있는 간호사, 사회복지사, 영양사, 약사, 물리치료사 등이 필요하다.

실제로 이 시범사업 기관은 필요한 의료진, 증상별 진단과, 진단 시설, 데이터베이스, 효과적인 시스템을 갖추고 있으나, 이러한 자원을 활용하는 것에 어려움이 있었다. 숙련된 노인전문간호사가 포괄적노인평가를 시행하는 경우 짧게는 30분, 길게는 1시간까지 소요된다.

따라서 포괄적노인평가를 시행하는 인력의 교육, 면담의 효율화, 병원 전산 시스템에 있는 정보 활용 등을 통해 포괄적노인평가가 수정되었다. <표 3-3-24>는 기존에 개발된 포괄적노인평가이다.

<표 3-3-24> 포괄적노인평가(CGA)

평가 요소	도구(Instruments)
노쇠평가	간소화된 한국형 노쇠평가도구
포괄적노인평가 기본 항목	신장, 체중, BMI, 상완/중아리 둘레, TUG(Timed up-and-go) 검사, 악력, 과거력, 약물, 건강상태, 운동, 흡연, 음주, 체중 변화, 골절, 낙상 경험
영양 평가	한국형 간이영양평가
우울 평가	외래 우울증 선별도구
기능상태 평가	일상생활 수행 능력 도구적 일상생활 수행 능력
신체활동 평가	국제신체활동 설문
인지기능 평가	간이정신상태 검사

주: 세브란스병원 노년내과에서 2017년 제작함.

[그림 3-3-2]에 제시된 총 96문항 평가에 소요된 시간은 숙련된 인력으로 최소 30분 정도였다.

노인의 의사소통의 특성, 청력 저하, 인지기능 저하 등의 문제가 동반되는 경우에는 이보다 훨씬 오랜 시간이 걸렸다. 따라서 주어진 시간과 인력 내에서 효율성을 얻기 위해 사용 가능한 자원들을 활용하는 방법이 고안되었다([그림 3-3-3] 참조).

예를 들어 진료 대기 시간에 설문지 또는 아이패드를 제공하여 시간을

단축하였다. 입원한 환자의 경우에는 간호정보 조사 서식과 겹치는 부분이 많아 서식을 통일하는 방법으로 수정 보완하였다. 사례마다 다르지만, 보통의 경우 보호자 및 대기 시간을 활용함으로써 총 소요 시간은 10분 이상 단축되었다.

[그림 3-3-2] 기존의 포괄적노인평가의 총항목 개수

노인포괄평가 AS IS

평가요소	도구(Instruments)	항목개수
노쇠평가	K-FRAIL (간소화된 한국형 노쇠평가도구)	5
포괄적 노인평가 기본항목	신장, 체중, BMI, 상완/중아리 둘레, TUG, Grip strength, 과거력, 약물 건강상태, 운동, 흡연, 음주, 체중변화, 골절, 낙상	15
식이 평가	Mini Nutritional Assessment (한국형 간이영양평가)	6
우울 평가	Frailty index에서 제시하는 CES-D의 핵심 2가지 질문 + 외래에서 우울증 선별도구 5가지 질문 + Geriatric Depression Scale (GDS-K) 15가지 질문	22
기능상태 평가	Katz ADL 6가지 항목 Lawton IADL 8가지 항목	14
신체활동 평가	International Physical Activity Questionnaire (국제신체활동설문지)	4
인지기능 평가	MMSE -K (한국형 간이정신상태검사)	30
총		96

주: 2017년 세브란스병원 노년내과에서 제작함.

[그림 3-3-3] 기존의 정보와 기술을 이용한 포괄적노인평가

노인포괄평가 TO BE

평가요소	도구(Instruments)	항목개수
노쇠평가	K-FRAIL (간소화된 한국형 노쇠평가도구)	5 -> 0
포괄적 노인평가 기본항목	신장, 체중, BMI, 상완/중아리 둘레, TUG, Grip strength, 과거력, 약물 건강상태, 운동, 흡연, 음주, 체중변화, 골절, 낙상	15-> 10
식이 평가	Mini Nutritional Assessment (한국형 간이영양평가)	6 -> 0
우울 평가	Frailty index에서 제시하는 CES-D의 핵심 2가지 질문 + 외래에서 우울증 선별도구 5가지 질문 + Geriatric Depression Scale (GDS-K) 15가지 질문	22 -> 0
기능상태 평가	Katz ADL 6가지 항목 Lawton IADL 8가지 항목	14-> 0
신체활동 평가	International Physical Activity Questionnaire (국제신체활동설문지)	4-> 0
인지기능 평가	MMSE -K (한국형 간이정신상태검사)	30
총		40

[밑줄: 자기기입식 설문지 이탤릭+밑줄: 간호정보 조사와 연계 가능한 항목]

주: 2017년 세브란스병원 노년내과에서 제작함.

2) 포괄적노인평가의 중요성에 대한 인식

포괄적노인평가를 타과 노인을 대상으로 확대하기 위해 노력한 결과 신경외과, 중양내과, 비뇨기과 등에서 노년내과 협진을 의뢰하는 경우가 많아졌다. 시범사업에서는 협진 체계를 구축하여 노인을 위한 진료제공 체계의 기초를 마련하였다.

하지만 협진 의뢰는 특정한 진료과 또는 일부 주치의를 한정되어 있어 병원 전체로 확대하기 어려웠다. 환자 및 보호자의 경우 포괄적노인평가가 무엇인지, 왜 해야 하는지를 모르는 경우가 많아 어려움이 있었다.

노년내과에서는 각 진료과 협조를 위한 의사소통 및 포괄적노인평가 결과 공유 등을 통해 협력하는 진료과를 늘려 가고 있다. 교육 자료 및 동영상 준비하고 있으며, 동영상은 인터뷰 내용을 바탕으로 하고 있다 ([그림 3-3-4], [그림 3-3-5]와 <표 3-3-25> 참조).

[그림 3-3-4] 포괄적노인평가 외래 안내문

노인포괄평가 안내문

■ 검사 및 평가의 절차에 대해 설명드립니다.

검사명 : 노인포괄평가 (Comprehensive Geriatric Assessment)	
65세 이상의 어르신들을 대상으로 한 전반적 건강상태 평가입니다.	
검사 항목 : 노쇠 스크리닝 평가, 포괄적 노인평가 기본항목, 식이 평가,	
우울 평가, 일상생활 기능상태 평가, 신체활동 평가, 인지기능 평가	
총 소요 시간 : 30 분	

■ 검사 과정



1. 자기기입식 설문지	
2. 문진	
3. 신체계측 및 검사	신장, 체중, 팔/다리 둘레 측정, 약력 검사, 보행 검사
4. 평 가	검사 시행 후 개별화된 치료 계획을 세우고, 필요시 타과 협의진료 의뢰, 약물 및 검사가 처방됩니다.

* 자료와 관련된 궁금한 점은 상담간호사와 상의하여 주시기 바랍니다.

세브란스
SEVERANCE

주: 2017년 세브란스병원에서 제작함.

[그림 3-3-5] 포괄적노인평가: 노인을 위한 리플릿

<p>노인포괄평가란?</p> <p>노인의 전반적인 건강상태를 파악하고 평가하는 과정입니다. 노인포괄평가를 통해 잘 드러나지 않는 노인의 건강문제나 요구들을 더 잘 파악할 수 있어 개개인의 노인에 맞는 맞춤형 치료계획을 수립할 수 있습니다.</p>  <p>대상</p> <ul style="list-style-type: none"> 만 65세 이상 노년내과 입원/외래 환자 수술, 약, 기타 질환으로 치료를 받는 환자 중 각 과의 주치의 판단에 따라 필요하다고 생각되는 경우 	<p>노인포괄평가의 구성</p>  <p>검사 전 준비</p> <ul style="list-style-type: none"> 드시는 약이 있는 경우에는 미리 처방전 및 약품명을 확인해 주십시오. 보호자가 같이 참여하시면 더 정확한 평가를 하는데 도움이 됩니다. (필요 시) 보청기 그 외 특별한 준비는 필요 없습니다. 돋보기가 필요하신 경우 말씀해 주십시오. 	<p>소요시간</p> <p>약 30분 정도 소요</p> <p>검사방법 및 내용</p>  
---	--	--

주: 2018년 세브란스병원에서 제작함.

[표 3-3-25] 포괄적노인평가를 시행받은 노인의 인터뷰 내용

지난 9월 초 오후 신촌 세브란스병원 3층 노년내과 진료실에 고모(78·서울 서대문구) 씨가 들어섰다. 그는 척추 수술을 일주일 앞두고 합병증 위험과 정신 건강을 확인하러 방문했다.

“수술 과정에서 마취하는데 크게 세 가지 문제점이 생길 수 있어요. 섬망, 근력 약화, 인지기능 저하 등을 검사한 후에 결과를 보고 제가 또 설명해 드릴 거예요.”

OOO 노년내과 교수는 고 씨에게 10분가량 몸짓을 섞어 가며 큰 소리로 수술 과정 등을 알려 줬다.

그 후 고 씨는 다른 방에서 노인전문간호사와 30분간 설문조사와 상담을 진행했다. 현재 건강 상태와 우울증세, 식사량 등 수백 가지 항목을 기재했다. ‘노인 포괄평가’를 해서 수술이 적합한지를 체크한다. 이게 끝나자 OOO 교수한테 가서 다시 상담한다.

“점수가 좋아서요. 수술하는 교수님께 특별히 더 해야 할 건 없다고 말씀드릴 거예요. 수술 잘 받으세요.”

OOO 교수가 고 씨에게 이렇게 당부하면서 이날 진료가 끝난다. 총 진료 시간은 46분. 의사 상담에만 15분가량 들어갔다. 고 씨는 만족감을 표했다.

“여러 모로 건강상태를 체크하고 궁금한 점을 들어 줘서 고맙죠. 다른 병원에
선 짧게 이야기하고 끝났는데, 여기선 시간이 길어지니 더 많은 이야기를 할 수
있어 좋았어요.”

자료: 신성식, 이민영, 정종훈, 박정렬, 백수진. (2017. 11. 28.). “그 나이엔 원래 아파요” 의사의 말
이 더 아픈 노인들. 중앙일보, <https://news.joins.com/article/22154253>

3) 포괄적노인평가 적용 문제 진단

가) 포괄적노인평가와 치료계획 연결 문제

입원한 노인환자는 전반적 기능 저하 등이 동반되어 있어 기존의 포괄
적노인평가 시행이 불가능한 경우가 많았다. 따라서 캐나다 브리티시 컬
럼비아주 고령 환자 병원 치료 연구회에서 개발한 입원 48/6 치료 모델
을 반영하였다. 48/6 치료 모델은 70세 이상의 입원환자를 대상으로 하
는 노인평가 방법으로 하위에 6개 영역(배변 및, 배뇨, 인지기능, 이동능
력, 약물, 영양 및 수분, 통증)에 대한 평가를 하도록 한다(British
Columbia Provincial Seniors Hospital Care Working Group,
2014, pp. 1-5).

48/6 치료 모델을 기반으로 한 새로운 입원환자 포괄적노인평가는 기
존의 모델과는 다르게 통증, 돌봄 제공자, 구강건강, 배뇨, 배변의 평가를
추가하고, 대화가 불가능한 환자를 위해 객관적으로 측정 가능한 지표들
을 사용할 수 있도록 고안되었다. 그러나 적절한 도구 부재 등으로 지속
적인 수정이 필요한 단계이다([그림 3-3-6] 참조). 또한 48/6 치료 모델
을 수행하기 위해 치료계획 수립에 필요한 서식지를 개발하고 있다([그림
3-3-7] 참조).

[그림 3-3-6] 포괄적노인평가 모델: 입원환자용

노인포괄평가 (입원 48 6치료모델) 환자등록번호: _____ 이름: _____	
세브란스병원 노년내과	진료과 (<input type="checkbox"/> 노년내과 <input type="checkbox"/> 기타)
시행일: _____ 시행시간 : _____시 _____분	
<input type="checkbox"/> 신체계측	<input type="checkbox"/> 신장 _____cm <input type="checkbox"/> 체중 _____kg <input type="checkbox"/> BMI _____ <input type="checkbox"/> 상완둘레 _____cm <input type="checkbox"/> 종아리 둘레 _____cm
<input type="checkbox"/> 노쇠	Frailty _____점 <input type="checkbox"/> 정상(0점) <input type="checkbox"/> 노쇠전단계(1-2점) <input type="checkbox"/> 노쇠(3-5점)
<input type="checkbox"/> 인지	<input type="checkbox"/> 시행가능 <input type="checkbox"/> 시행불가능 MMSE _____점
<input type="checkbox"/> 정서(우울)	<input type="checkbox"/> 시행가능 <input type="checkbox"/> 시행불가능 외래선별우울점수 _____점 GDS _____점
<input type="checkbox"/> 안정 <input type="checkbox"/> 불안 <input type="checkbox"/> 흥분 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 무기력 <input type="checkbox"/> 기타 _____	
<input type="checkbox"/> 기능상태	
TUG	<input type="checkbox"/> 시행가능 <input type="checkbox"/> 시행불가능 TUG _____초 <input type="checkbox"/> <10초 <input type="checkbox"/> 10≤<20초 <input type="checkbox"/> >20초
약력	<input type="checkbox"/> 시행가능 <input type="checkbox"/> 시행불가능 Rt. _____ Lt. _____
ADL	현재 ADL _____점 <input type="checkbox"/> 독립적 <input type="checkbox"/> 부분독립적 <input type="checkbox"/> 의존적
IADL	<input type="checkbox"/> 기준 시점 (약 일) 전 IADL _____점
이동	<input type="checkbox"/> 보조기 사용 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 목발 <input type="checkbox"/> 지팡이 <input type="checkbox"/> 워커 <input type="checkbox"/> 휠체어 <input type="checkbox"/> 카트 <input type="checkbox"/> 기타 _____
<input type="checkbox"/> 영양	
	MNA _____점 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 위험 <input type="checkbox"/> 실조 객관적 (미정) 지표 <input type="checkbox"/> L-tube <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 기타
<input type="checkbox"/> 약물관리	비고 _____
<input type="checkbox"/> 신체활동	<input type="checkbox"/> 비활동 <input type="checkbox"/> 최소 활동 <input type="checkbox"/> 건강증진형 활동
<input type="checkbox"/> 배뇨	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 디펜드 <input type="checkbox"/> 요실금 <input type="checkbox"/> 도뇨관
<input type="checkbox"/> 배변	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 변실금 <input type="checkbox"/> 변비/설사
<input type="checkbox"/> 통증	<input type="checkbox"/> 시작시기 _____ <input type="checkbox"/> 부위 _____ <input type="checkbox"/> 지속기간 _____ <input type="checkbox"/> 양상 _____ <input type="checkbox"/> 약화요인 _____ <input type="checkbox"/> 완화요인 _____ <input type="checkbox"/> 치료 _____ <input type="checkbox"/> VAS _____점 (0-10점)
<p>Wong-Baker FACES Pain Rating Scale</p> <p>0 NO HURT 2 HURTS LITTLE BIT 4 HURTS LITTLE MORE 6 HURTS EVEN MORE 8 HURTS WHOLE LOT 10 HURTS WORST</p>	
<input type="checkbox"/> 구강건강	<input type="checkbox"/> 의치 <input type="checkbox"/> 협진요청 여부 <input type="checkbox"/> 치주 <input type="checkbox"/> 저작 <input type="checkbox"/> 치통 <input type="checkbox"/> 온도민감
<input type="checkbox"/> 의사소통	시력 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 어려움 <input type="checkbox"/> 귀암 <input type="checkbox"/> 청력 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 어려움 <input type="checkbox"/> 보청기사용
<input type="checkbox"/> 들봄	<input type="checkbox"/> 가족 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 없음 가족관계: _____
<input type="checkbox"/> comment	

주: 세브란스병원 노년내과에서 2017년 제작함.

250 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

[그림 3-3-7] 48/6 포괄적노인평가 치료계획 서식지

노인포괄평가 (일괄 48/6 Care Plan) 환자등록번호: _____ 이름: _____ 세브란스병원 노년내과 진료과 (<input type="checkbox"/> 노년내과 <input type="checkbox"/> 기타) 치료계획 수립 시행일: _____ 시간 : _____시 _____분		
		
환자/보호자가 기대하는 치료 목표: _____		
Areas of assessment	Notes and Concerns	Care Plan
<input type="checkbox"/> 노쇠		<input type="checkbox"/> Further evaluation & monitoring
<input type="checkbox"/> 인지		<input type="checkbox"/> Further evaluation & monitoring (성향, 지대 등)
		<input type="checkbox"/> 검사 처방 _____
		<input type="checkbox"/> 협진 의회 _____
		<input type="checkbox"/> 약 처방 _____
<input type="checkbox"/> 정서(우울)		<input type="checkbox"/> Further evaluation & monitoring
		<input type="checkbox"/> 검사 처방 _____
		<input type="checkbox"/> 협진 의회 _____
		<input type="checkbox"/> 약 처방 _____
<input type="checkbox"/> 기능상태		<input type="checkbox"/> Further evaluation & monitoring (낙상 평가 등)
		<input type="checkbox"/> 검사 처방 _____
		<input type="checkbox"/> 협진 의회 _____
<input type="checkbox"/> 신체활동		<input type="checkbox"/> 조기 이상 격려 등 환자/보호자 교육
<input type="checkbox"/> 영양		<input type="checkbox"/> Further evaluation & monitoring (영양 평가 등)
		<input type="checkbox"/> 검사 처방 _____
		<input type="checkbox"/> 영양과 협진 의회 _____
		<input type="checkbox"/> 기타 처방 _____
<input type="checkbox"/> 구강건강		<input type="checkbox"/> 협진 의회 _____
<input type="checkbox"/> 약물관리		<input type="checkbox"/> Further evaluation & monitoring
		<input type="checkbox"/> 환자/ 보호자 교육 _____
<input type="checkbox"/> 배뇨		<input type="checkbox"/> Further evaluation & monitoring
		<input type="checkbox"/> 검사 처방 _____
		<input type="checkbox"/> 협진 의회 _____
<input type="checkbox"/> 배변		<input type="checkbox"/> Further evaluation & monitoring
		<input type="checkbox"/> 처방 _____
		<input type="checkbox"/> 협진 의회 _____
<input type="checkbox"/> 통증		<input type="checkbox"/> Further evaluation & monitoring
		<input type="checkbox"/> 처방 _____
		<input type="checkbox"/> 협진 의회 _____
<input type="checkbox"/> 의사소통	<input type="checkbox"/> 듣기	<input type="checkbox"/> 협진 의회 _____
	<input type="checkbox"/> 말하기	<input type="checkbox"/> 협진 의회 _____
	<input type="checkbox"/> 보기	<input type="checkbox"/> 협진 의회 _____
<input type="checkbox"/> 돌봄		<input type="checkbox"/> 보호자 교육, 격려, 정서적 지지
<input type="checkbox"/> comment		

주: 세브란스병원 노년내과에서 2017년 제작함.

기존의 포괄적노인평가와 비교해 보았을 때 48/6 치료 모델의 최대 장점은 6대 영역의 사정 및 평가가 입원 결정 48시간 내에 치료계획으로 연결되어야 한다는 강제성에 있다. 기존의 포괄적노인평가에서는 과정에 대한 권고는 있으나 강제성이 없었다. 48/6 치료 모델은 과정지표(process measures)를 적용하여 6대 치료 영역별로 검사 또는 평가가 이루어졌는지, 48시간 내에 평가를 반영한 치료계획이 세워졌는지에 대해 보고하도록 되어 있다. 이러한 지침에 따라 실행 성과 평가를 위한 서식이 작성되었다([그림 3-3-8] 참조).

[그림 3-3-8] 48/6 포괄적노인평가 성과지표

문제:	치료계획(Care plan) 수립 여부		중재(Intervention)시행 여부	
1. _____	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행
2. _____	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행
3. _____	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행
4. _____	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행
5. _____	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행	<input type="checkbox"/> 시행	<input type="checkbox"/> 미시행

주: 세브란스병원 노년내과에서 2017년 제작함.

그러나 적용된 입원환자용 48/6 치료 모델을 평가하는 방법이나 평가자 인력 배치 등의 문제로 평가지표까지는 아직 시행되지 못하고 있다. 향후 지속적인 시행 및 노력이 필요한 상황이다.

나) 중재 프로그램과의 연계

입원환자를 위한 포괄적노인평가 후 치료계획이 세워졌더라도 노인 맞춤형 프로그램 등으로의 연계가 어려운 경우가 많았다. 특히 노인의 경우 전반적인 기능 감소 등으로 인해 재활치료가 필요한 경우가 많다. 급성기 병원에 입원한 노인은 입원한 동안 급성기 증상 및 부동의 문제로 빠르게

기능의 저하가 일어난다. 따라서 급성기 병원 노인 친화적 진료제공체계에서의 재활 프로그램이 필수적이다. 이 시범사업에서 포괄적노인평가 후에 심장재활(Cardiac Rehabilitation)을 제공받은 환자를 분석해 본 결과는 아래와 같았다. 심장재활은 노년내과 입원환자 중 주치의의 판단 하에 처방되었고, 심장웰니스센터에서 제공되었다.

[그림 3-3-9] 심장웰니스센터 제공 프로그램



자료: 김창오. (2018. 6. 29.). Senior friendly healthcare services and management of frailty in aged society(심포지엄 발표 자료). 보건사회연구원·연세의료원. p. 34.

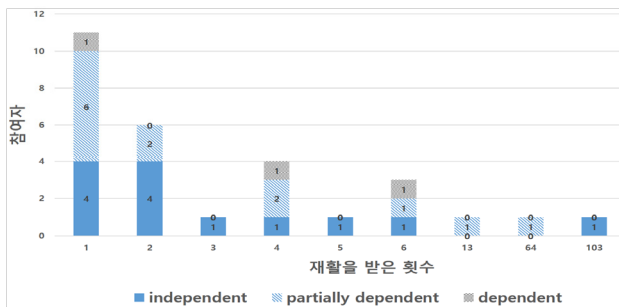
1년 동안 노년내과 입원 노인 중 심장재활을 받은 노인 대상자 30명의 일반적 특성은 <표 3-3-25>와 같다. 평균 연령은 80.6 ± 5.43 세였고, 성별은 남자가 60%, 여자가 40%였다. 질병중증도 정도는 중간이 33.3%, 높음이 40.0%, 매우 높음이 20.0%였다. 일상생활 기능 정도는 독립적인 경우가 43.3%, 부분 의존적인 경우가 43.3%, 의존적인 경우가 10.0%였다.

〈표 3-3-26〉 2017년 2월부터 2018년 2월까지 심장재활을 받은 노인 대상자의 일반적 특성(n=30)

변수		평균 + 표준편차	명(%)
연령		80.6 + 5.43세	
성별	남		18(60%)
	여		12(40%)
질병중증도 정도 Charlson Comorbidity Index (CCI)	낮음		1(3.3%)
	중간		10(33.3%)
	높음		12(40.0%)
	매우 높음		6(20.0%)
일상생활 기능(ADL)	독립적		13(43.3%)
	부분 의존적		13(43.3%)
	의존적		3(10.0%)
보조기구 사용	없음		17(56.7%)
	지팡이		3(10.0%)
	위커		2(6.7%)
	휠체어		5(16.7%)

환자에 따라 심장재활에 참여한 횟수는 1회에서 103회까지 다양하게 나타났다. 대부분 1회 또는 2회를 받은 것으로 나타났다. 일상생활 기능의 정도를 독립적, 부분 의존적, 완전 의존적으로 구분하였고, 심장재활 참여 횟수는 아래의 그림과 같다(그림 3-3-10) 참조).

〔그림 3-3-10〕 2017년 2월~2018년 2월 심장재활을 받은 노인 환자의 일상적 생활기능 정도에 따른 심장재활 참여 횟수



자료: 김창오. (2018. 6. 29.). Senior friendly healthcare services and management of frailty in aged society(심포지엄 발표 자료). 보건사회연구원·연세의료원. p. 38.

급성기 병원에 입원한 노인의 경우에는 증중도가 높고 기능적 건강상태가 좋지 않기 때문에 심장재활에 참여가 힘든 경우가 많았다. 또한 참여가 가능한 상황임에도 대기가 길거나 인력이 부족하기 때문에 재활 프로그램 받을 수 있는 기회가 적었다.

4) 포괄적노인평가 확대를 통한 협력진료 시스템 구축

2018년에는 2017년 정형외과 중심이었던 협력적 진료제공체계를 신경외과, 종양내과 등으로 확대하였다. 포괄적노인평가는 수술하는 진료과에서 수술 전 평가의 방법으로 활용되어 진단되지 않았던 잠재적인 문제들을 수술 전에 파악하는 데 도움을 주었다. 수술 후 합병증 등이 나타났을 때 빠른 대처를 할 수 있는 기초 자료로 사용되었다. 종양내과에서의 포괄적노인평가는 암 진단 후 치료의 방향을 결정하는 과정에서 기초 자료로 활용되었다. 아래 내용은 종양내과 전문의가 포괄적노인평가의 유용성에 대한 의견을 기술한 것이다.

종양내과 환자는 대부분 암을 진단받고 치료를 받는 과정에서 여러 문제가 발생하는데, 특히 노인의 경우 전신 상태를 고려하여 치료 방법을 결정하게 된다. 그런데 노인의 경우 치료에 따르는 부작용을 고려한다면 치료를 하지 않는 것이 오히려 더 낫은 선택일 수 있음에도 객관적인 근거가 없어 그동안 각 담당의의 경험이나 직관 및 보호자·환자의 요청 등을 통해서 치료를 할지 중단할지를 결정했었다. 하지만 CGA 평가 이후에는 노쇠 정도를 점수로 표현하여 ECOG보다 환자의 상태를 손쉽게 평가할 수 있어 치료 방법 결정에 도움을 받고 있다.

주: 세브란스병원 종양내과 전문의. 포괄적노인평가에 대한 의견.

3. 퇴원 노인 환자에 대한 서비스 연계를 통한 진료의 연속성 유지

Ageing in place 개념의 확산과 함께 노인의 기능을 살던 환경에서 최대한 유지할 수 있도록 도와주는 것에 대한 중요성도 강조되고 있다. 특히 노쇠한 노인들의 많은 수는 신체적, 기능적 능력이 완전하게 회복되지 못한 채로 집으로 퇴원한다. 그러나 지역사회 자원은 한정적이며, 자원이 있다고 할지라도 노인의 건강적 문제 또는 노인의 특성상 자원을 찾아 활용하는 것에는 어려움이 따른다. 노인이 병원에 입원해 있는 동안은 병원에서 양질의 의료서비스를 제공받지만, 퇴원한 이후에는 이러한 서비스가 분절되게 된다.

특히 지역사회에 주치의 제도가 없는 상황, 지역사회에 도움받을 수 있는 자원이 부족한 상황은 퇴원 후 노인이 건강상의 문제가 생겼을 때 재입원, 시설로 입원, 사망률의 증가 등의 부작용을 심화시킬 수 있다. 따라서 몇 퍼센트의 노인이 집으로 퇴원하는지, 퇴원 장소에 따라 어떠한 도움이 필요한지에 대한 고찰은 매우 중요하다. 그러나 퇴원 후 집으로 퇴원하는 노인의 비율 및 퇴원 장소에 영향을 미치는 결정 요인 등에 대한 기초 자료는 부족한 상태이다.

따라서 이 시범사업에서 진료의 연속성에 대한 고찰은 퇴원하는 노인 대상자의 퇴원 장소 분석 및 서비스 연계 두 가지 측면에서 기술하였다. 분석을 위하여 정형외과 및 신경외과 수술 후 노인과 노년내과로 입원한 노인을 대상으로 퇴원 장소에 영향을 주는 요인을 파악하기 위한 통계적 분석을 시행하였다. 또한 퇴원 후 연계를 위해 급성기 병원에서 제공하는 진료협력센터 및 가정방문사업소의 서비스 및 조직적 차원의 협력 체계에 대한 고찰을 시행하였다.

가. 퇴원 장소 및 영향 요인에 대한 분석

1) 노년내과 입원 노인

노년내과 입원 노인 144명의 평균 입원 일수는 17.75 ± 22.53 일이었고, 최대 입원 일수는 210일이었다. 재원 기간 중 중환자실에 입실한 경우가 9.0%, 타과에서 전과되거나 타과로 전과된 경우가 20.1%였다. 퇴원 장소는 85.8%가 집이었고, 14.2%가 타 시설이었다(〈표 3-3-27〉 참조).

〈표 3-3-27〉 2017년 10월부터 2018년 8월까지 노년내과에 입원하여 포괄적노인평가를 받은 노인 대상자의 임상적 특성(n=144)

변수		평균+표준편차, 명	%
입원 기간		17.75+22.53일(2-210일)	
중환자실 입실 여부	아니요	131	91.0
	예	13	9.0
타과 전과 여부	아니요	115	79.9
	예	29	20.1
퇴원 장소 (n=127)	집	109	85.8
	타 병원(시설)	18	14.2

성별에 따른 퇴원 장소를 살펴보았을 때 남자는 43명 중에 40명(93.0%)이 집으로 퇴원하였고, 여성은 84명 중에 69명(82.1%)이 집으로 퇴원하는 것으로 나타났다.

남자 노인의 경우 집과 타 시설로 퇴원하는 두 그룹으로 구분하여 임상적 특성과 포괄적노인평가를 분석하였다. 결과는 아래의 〈표 3-3-28〉과 같다.

〈표 3-3-28〉 집과 타 시설로 가는 남자 노인 대상자의 임상적 특성 비교(n=43)

변수	평균+표준편차	
	집(n=40)	타 시설(n=3)
연령(세)	82.03 + 6.56	80.67 + 5.69
입원 기간(일)	12.08 + 6.47	16.0 + 6.25
BMI	21.45 + 3.61	23.45 + 4.03
TUG초	15.97 + 6.19	모두 시행 불가능
현재 복용 중인 약물 개수	7.68 + 4.13	8.50 + 9.19
영양평가(MNA 점수)	8.55 + 3.35	10.0 + 1.41
신체활동 정도(MET)	247.43 + 575.55	0 + 0
우울평가(GDS 점수)	5.03 + 4.87	6.33 + 7.09
일상생활 수행 능력(ADL 총점)	5.75 + 4.38	11.5 + 0.71
도구적 일상생활 수행 능력(IADL 총점)	3.65 + 2.68	6.0 + 2.83
인지기능(MMSE 총점)	14.33 + 10.74	16.00 + 14.18
노쇠점수	2.73 + 1.17	2.50 + 0.71
질병의 중증도 점수(CCI)	4.70 + 3.16	2.33 + 1.53
약력(kg)	17.90 + 7.19	8.13 + 2.86

여자의 경우도 집과 타 시설로 퇴원하는 두 그룹으로 구분하였다. 이들의 임상적 특성과 포괄적노인평가를 분석한 결과는 아래의 〈표 3-3-29〉와 같다. 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것은 신체활동의 정도로 나타났다.

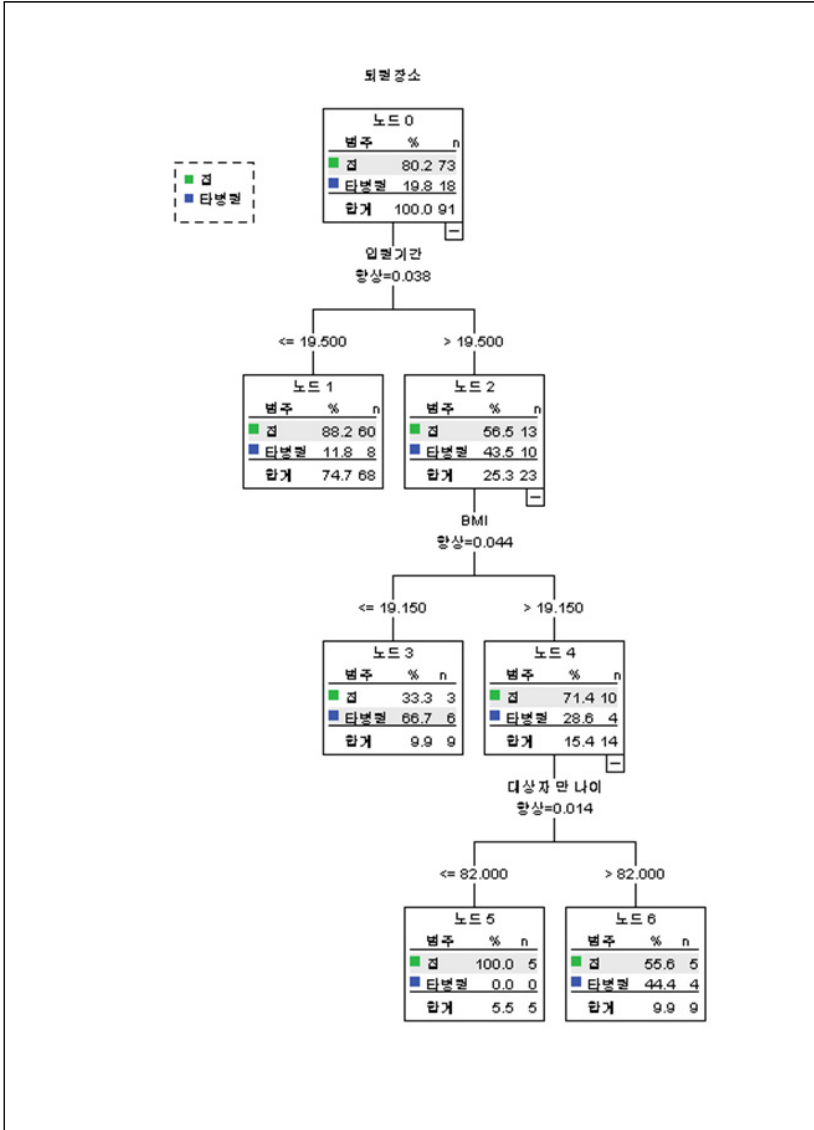
〈표 3-3-29〉 집과 타 시설로 퇴원하는 여자 노인 대상자의 임상적 특성 비교(n=84)

변수	평균+표준편차		p-value
	집(n=69)	타 시설(n=15)	
연령(세)	84.22+5.78	81.67+8.31	0.158
입원 기간(일)	16.39+25.49	26.87+21.92	0.144
BMI	22.17+3.91	20.97+6.10	0.491
TUG초	16.21+3.92	모두 시행불가능	
현재 복용 중인 약물 개수	8.26+3.99	7.27+4.76	0.401
영양평가(MNA 점수)	7.96+2.80	6.73+3.69	0.153
신체활동 정도(MET)	132.06+309.02	13.20+51.12	0.003
우울평가(GDS 점수)	5.76+5.16	5.07+5.06	0.653
일상생활 수행 능력(ADL총점)	6.70+4.20	8.47+3.29	0.130
도구적 일상생활 수행 능력(IADL 총점)	4.42+3.00	5.20+2.83	0.360

변수	평균+표준편차		p-value
	집(n=69)	타 시설(n=15)	
인지기능(MMSE 총점)	12.65+9.55	15.33+7.48	0.244
노쇠점수	2.79+0.94	2.45+1.13	0.294
질병의 중증도 점수(CCI)	3.43+2.18	3.20+2.54	0.715
약력(kg)	8.82+4.49	9.17+3.52	0.796

퇴원 장소가 집인지 집이 아닌지에 대한 분석을 위해 의사결정나무 분석을 이용하였다. 의사결정나무 분석은 예측하고자 하는 인자를 잘 설명할 수 있는 통계적 방법이다. 의사결정나무는 마디(node)로 이루어지게 되며, 최종으로는 마디들이 가치를 친 하나의 나무 모양으로 이루어진다. 의사결정나무 분석은 비모수적 방법으로서 분석이 쉽고 분석의 과정을 잘 설명할 수 있다는 장점이 있다(임정기, 2008, pp. 135-136). 이 연구에서는 CRT(Classification and Regression Tree) 방법을 사용하였으며 최종 결과는 [그림 3-3-11]과 같다.

[그림 3-3-11] 노년내과 입원 65세 이상 여자의 퇴원 장소에 대한 의사결정나무(n=84)



퇴원 장소를 구분하는 가장 상위의 변수는 입원 기간으로 나타났다. 입원기간이 19.5일 이하인 경우 60명(88.2%)이 집으로 퇴원하였다. 입원기간이 19.5일을 초과한 경우에는 체질량지수(BMI)에 따라 집, 타 병원의 비율이 나뉘었다. 이 경우 체질량지수가 19.15 이하인 경우에 집으로 퇴원한 경우는 33.3%, 체질량지수가 19.15 초과이며 나이가 82세 이하인 경우는 100% 집으로 퇴원하였다. 체질량지수가 19.15 초과이며 나이가 83세 이상인 경우는 55.6%가 집으로 퇴원하였다. 각 독립 변수의 중요도는 <표 3-3-30>에 제시하였다. 체질량지수가 입원 기간, 나이, 질병의 중증도보다 상위에 있음은 전반적인 영양상태가 퇴원 장소에 매우 큰 영향을 미치는 것을 의미한다.

<표 3-3-30> 노년내과 입원 65세 이상 여자의 퇴원 장소에 대한 의사결정나무 독립변수 중요도

독립변수	중요도
체질량지수(BMI)	0.067
입원 기간	0.04
나이	0.032
질병중증도(CCI)	0.028
약력	0.026
합병증 유무	0.013
일상생활 수행 능력	0.008
영양상태	0.007

2) 신경외과 수술 노인

신경외과 수술 후 노인 113명을 대상으로 집으로 퇴원하는 경우와 집으로 퇴원하지 않는 경우를 비교해 본 결과는 아래의 <표 3-3-31>과 같다. 평균 연령은 집으로 퇴원하는 경우 79.17 ± 2.97 세, 타 시설로 퇴원하는 경우는 79.55 ± 3.31 세로 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다. 그 외에도 체질량지수, BMI, TUG 검사, 우울평가 점수, 인지기능 점

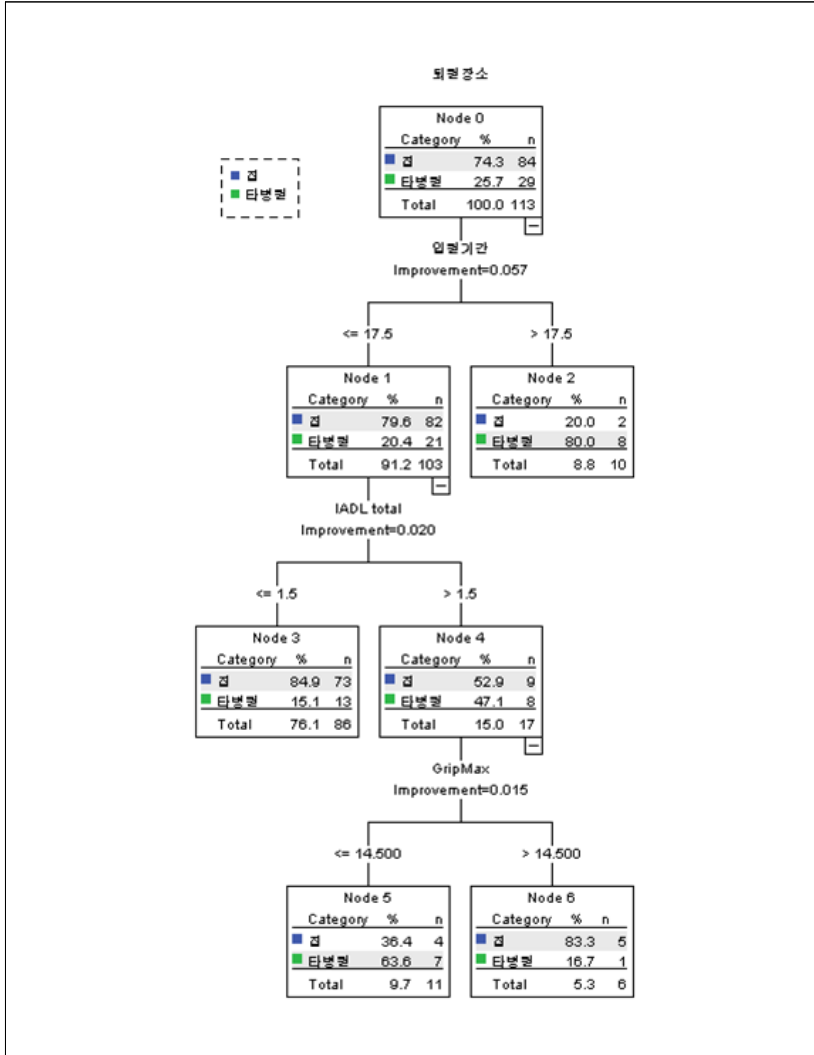
수는 두 군 간에 유의한 차이를 보이지 않았다. 입원 기간은 각각 9.64 ± 3.25 (일), 15.76 ± 11.61 (일)로 두 그룹 간의 차이는 유의하였다 ($p=0.009$). 그 외에도 현재 복용 중인 약물 개수($p=0.027$), 영양평가 ($p=0.017$), 신체활동의 정도($p<0.001$), 일상생활 수행 능력($p=0.005$), 도구적 일상생활 수행 능력($p=0.013$), 노쇠점수($p=0.001$), 질병 중증도 점수($p<0.001$), 악력($p=0.022$), 수술 후 합병증($p=0.009$)에서 통계학적으로 그룹 간 유의한 차이를 보였다.

〈표 3-3-31〉 집과 타 시설로 가는 신경외과 수술 후 노인 대상자 임상 특성($n=113$)

변수	평균+표준편차		p-value
	집($n=84$)	타 시설($n=29$)	
연령(세)	79.17 + 2.97	79.55 + 3.31	0.561
입원 기간(일)	9.64 + 3.25	15.76 + 11.61	0.009
BMI	23.79 + 2.85	23.84 + 3.64	0.900
TUG초	11.15 + 5.10	15.74 + 9.62	0.082
현재 복용 중인 약물 개수	5.15 + 3.92	7.07 + 4.16	0.027
영양평가 (MNA 점수)	11.90 + 2.24	10.24 + 3.32	0.017
신체활동 정도 (MET)	646.98 + 910.18	110.98 + 293.36	<.001
우울평가(GDS 점수)	4.71 + 3.64	6.18 + 3.91	0.109
일상생활 수행 능력 (ADL 총점)	0.31 + 1.17	1.71 + 2.39	0.005
도구적 일상생활 수행 능력 (IADL 총점)	0.65 + 1.28	1.68 + 1.95	0.013
인지기능 (MMSE 총점)	25.40 + 4.43	25.17 + 4.63	0.810
노쇠점수	1.63 + 1.13	2.45 + 1.06	0.001
질병의 중증도 점수	2.33 + 0.28	2.56 + 0.34	<.001
악력(kg)	19.10 + 8.41	15.62 + 6.30	0.022
합병증 개수	0.85 + 0.75	1.29 + 0.90	0.009

CRT(Classification and Regression Tree) 방법을 사용하여 분석한 결과는 아래 그림과 같다(〔그림 3-3-12〕 참조).

[그림 3-3-12] 신경외과 척추 수술 노인의 퇴원 장소에 관한 의사결정나무



신경외과 척추 수술 후 노인은 입원 기간이 17.5일을 초과하면 20%만 집으로 퇴원하였다. 입원 일수가 17.5일 이하인 경우 도구적 일상생활 수행 능력(점수가 높을수록 의존성이 높음)이 1.5점 이하이면 84.9%가 집

으로 퇴원하였다. 입원 일수가 17.5일 이하, 도구적 일상생활 수행 능력이 1.5점 초과하는 경우에 악력이 14.5kg 이상이면 83.3%가 집으로 퇴원하고, 14.5kg 미만이면 36.4%가 집으로 퇴원하였다.

아래의 표는 의사결정나무 분석에 포함된 독립변수들의 중요도를 의미한다. 즉 퇴원 장소에 영향을 미치는 요인으로 입원 기간이 가장 중요한 의미가 있었고, 그다음으로는 TUG 검사, 일상생활 수행 능력, 악력, 영양상태가 질병의 중증도보다 상위에 있었다. 이는 신경외과 수술 노인에게 신체적 기동성, 기능적 상태, 영양상태를 포함한 전반적인 건강 수준이 퇴원 장소에 중요한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

〈표 3-3-32〉 신경외과 척추 수술 노인 퇴원 장소에 관한 의사결정나무 독립변수 중요도

독립변수	중요도
입원 기간	.059
TUG 검사	.025
도구적 일상생활 수행 능력	.022
악력	.020
일상생활 수행 능력	.016
영양상태	.015
성별	.013
질병의 중증도	.008
노쇠	.005
신체활동 정도	.003
나이	<.001
합병증	<.001

3) 정형외과 고관절 골절 노인

고관절 골절 노인의 수술 후 특성은 〈표 3-3-33〉과 같다. 평균 입원 일수는 8.56 ± 9.75 일이었으며, 수술 후 재활을 현재 병원에서 재활을 받은 경우는 6.2%, 내과로 전과된 경우는 8.1%였다. 집으로 퇴원한 경우는 46.9%, 타 시설로 퇴원한 경우는 51.6%였으며, 퇴원 후 계획이 없었던

병원 방문을 한 경우는 16.8%였다.

〈표 3-3-33〉 2017년 고관절 골절 수술 받은 65세 이상 노인 대상자 수술 후 특성(n=273)

변수		평균 + 표준편차	명(%)
입원 일수		8.56 + 9.75일	
퇴원 후 계획되지 않았던 병원 방문 여부(응급실 또는 외래)	예 아니요		46(16.8%) 227(83.2%)
수술 후 급성기 병원에서의 재할 여부	예 아니요		17(6.2%) 256(93.8%)
내과 전과 여부	예 아니요		22(8.1%) 250(91.9%)
퇴원 장소	집 타 시설 사망		128(46.9%) 141(51.6%) 4(1.5%)

노년내과, 신경외과, 정형외과 노인에 대한 퇴원 장소를 종합하였을 때, 아래의 표와 같다(〈표 3-3-34〉 참조).

〈표 3-3-34〉 대상자군에 따른 퇴원 장소

대상자	명	퇴원 장소	
		집	타 시설
정형외과 고관절 수술 노인	n=269	128(47.6)	141(52.4)
노년내과 입원 노인	n=127	109(85.8)	18(14.2)
신경외과 척추 관련 수술 노인	n=113	84(74.3)	29(25.7)

총 509명의 노인 중 321명(63.1%)이 집으로 퇴원하였고, 188명(36.9%)이 타 시설로 퇴원하였다. 외과 및 내과로 나누어 보았을 때 수술 노인의 382명 중 212명(55.5%)이 집으로 퇴원하였고, 170명(44.5%)이 타 시설로 퇴원하였다. 이는 내과 노인의 85.8%가 집으로 가는 것과 비교했을 때 낮은 수치이다. 그 이유로는 수술 후 재활이나 수술 관리 등의 필요 등이 영향을 미쳤을 것이라고 생각된다.

퇴원 장소의 비율 보고 및 영향 요인에 대한 통계적 분석은 전환기 의

료 개발 등에 사용될 수 있는 기초 자료로서 의의를 갖는다. 내과적 질환으로 입원한 노인의 경우에는 전반적인 영양 상태가 중요한 의미가 있었고, 수술 후 노인에서는 기동 능력 및 기능적 상태가 중요한 의미가 있었다. 이는 입원한 노인의 영양, 기능 상태, 보행능력 등을 평가하는 것으로, 이후 퇴원 장소에 영향을 미칠 수 있는 영향 요인을 파악하는 데 중요함을 의미한다. 포괄적노인평가는 영양, 기능상태, 기동적 능력 등을 포함하는 다차원적인 평가방법이다. 이는 포괄적노인평가가 전환기 의료서비스 개발을 위하여 중요한 역할을 할 수 있음을 시사한다.

나. 퇴원 후 연계를 위한 시스템 및 조직적 차원의 협력

이전의 고관절 골절 환자를 대상으로 하는 시범사업에서 제한점이었던 퇴원 후 진료 연속성 보장의 어려움 등의 문제 해결을 위하여 병원 내 자원을 활용하는 방법으로 협력적인 체계를 구축하였다. 병원 내에 퇴원 후 연계와 관련된 기관은 진료협력센터 및 가정방문사업소가 있다.

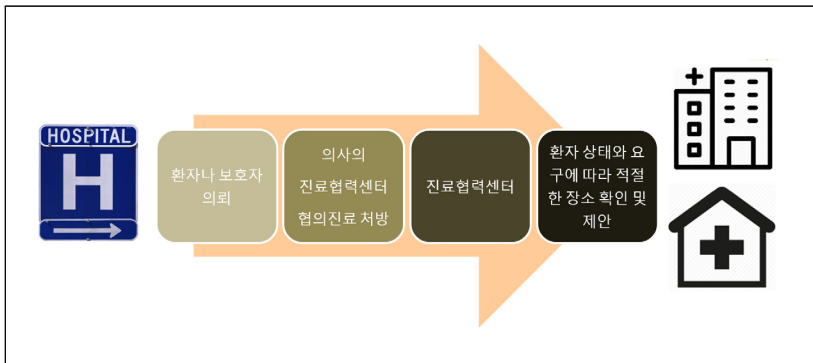
1) 진료협력센터 연계

많은 노인이 급성기 치료가 끝난 후에 타 시설로 이동하는 것은 퇴원 시점 또는 퇴원 후 시점에서 노인과 보호자들이 여전히 도움을 필요로 한다는 것을 반증한다. 이는 입원 원인이 되었던 급성기 질환 치료가 끝났음에도 노인들 또는 노인의 가족들이 퇴원 후 케어를 집에서 할 수 있을지에 대한 어려움이나 두려움이 있기 때문이다. 특히 급성기 병원에서는 장기 재원을 지양하고, 진료 지침에 따라 퇴원계획을 세우기 때문에 노인이 스스로 생각하는 퇴원 시점과 실제는 다른 경우가 많다. 따라서 입원

시점부터 의료기관은 노인 및 가족과 함께 노인의 지지 자원, 퇴원 시 노인 상태에 대한 토의를 지속적으로 해야 한다. 치료 후 노인이 자가간호를 할 수 없는 상태인 경우 진료협력센터 등을 통하여 도움을 줄 수 있다.

진료협력센터는 기관 대 기관의 접촉을 통해 노인이나 보호자의 거주 지역과 노인이 필요한 케어 수준 등을 파악하고 직접 연계를 해줄 수 있기 때문에 가족들이 적당한 퇴원 장소를 찾는 것에 대한 어려움을 줄여 줄 수 있는 장점이 있다. 진료협력센터 의뢰는 병원마다 다를 수 있으나 대체로 아래와 같은 절차로 진행된다.

[그림 3-3-13] 진료협력센터 연계 과정



자료: 김창오. (2018. 6. 29.). Senior friendly healthcare services and management of frailty in aged society(심포지엄 발표 자료). 보건사회연구원·연세의료원. p. 48.

환자나 보호자의 요청이나 각 과의 판단에 따라 진료협력센터로 협의진료가 의뢰된다. 진료협력센터에서는 전산을 통한 기록 리뷰나 환자 및 가족의 면담을 통해 환자 상태를 파악하고, 진료의 연속성을 위해 노인에게 필요한 의료서비스가 무엇일지를 파악한다. 적절한 장소 및 시설을 파악하여 연락하는 과정에서 환자나 가족의 요구에 대한 의사소통, 협력병원이나 시설과의 의사소통의 과정을 거쳐 양쪽 모두에게 가장 적합한 시

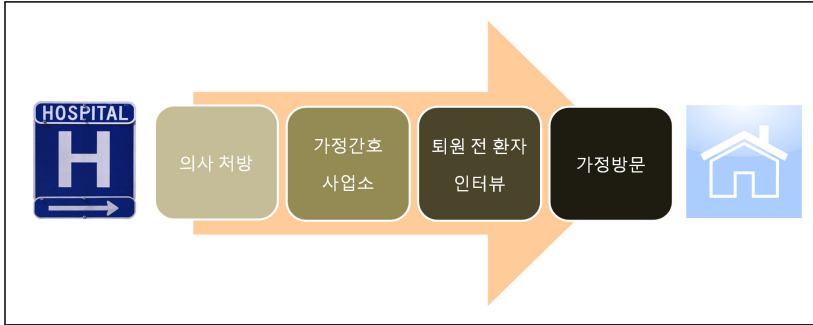
설을 선정하게 된다.

진료협력센터는 내적으로는 환자 및 가족, 각 진료과와 긴밀한 관계를 유지하고 있고, 외적으로는 전국의 병원 및 시설과 협력적 관계를 유지하고 있다. 이러한 연계는 노인의 퇴원 전 시점부터 퇴원 후까지 연결되어 있는 일련의 과정에 있다. 즉 진료협력센터에서 제공하는 의료서비스는 전환기 의료서비스의 속성과 맞물려 있기 때문에 중요한 의미가 있다. 그러나 진료협력센터를 통한 연계 등에 관한 효과 평가, 노인 및 가족의 경험 등에 대한 연구는 미비한 실정이므로 향후 연구를 통해 밝혀질 필요가 있다.

2) 병원에서 집으로 퇴원

병원에서 집으로 퇴원하는 노인은 타 시설로 퇴원하는 노인에 비해 기능 수준이 비교적 양호하거나 돌봐 줄 수 있는 가족이 있는 경우가 많다. 그러나 여전히 많은 환자들이 퇴원 후에도 여전히 어려움을 겪고 있는 것으로 나타나 이에 대한 도움을 줄 수 있는 시스템적인 체계가 갖추어져야 한다. 현재의 퇴원 교육은 그러한 요구를 반영하기에는 제한점이 많고, 퇴원 교육을 받은 후에도 가정에서 생기는 건강적인 문제들을 적시에 해결하기는 어렵다. 따라서 퇴원 후에 지역사회와 연계해 줄 수 있는 시스템이 중요하다. 급성기 병원 차원에서 이러한 지지 자원으로서는 가정간호사업을 통한 가정방문이 있다. 가정간호사업소에 연계되는 과정은 병원마다 다를 수 있으나 대체로 아래와 같은 절차로 진행된다 ([그림 3-3-14] 참조).

[그림 3-3-14] 가정간호사업소 연계 과정



자료: 김창오. (2018. 6. 29.). Senior friendly healthcare services and management of frailty in aged society(심포지엄 발표 자료). 보건사회연구원·연세의료원. p. 51.

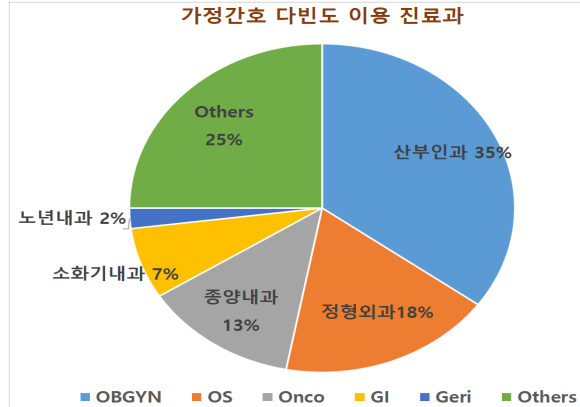
각 진료과 주치의의 판단, 가족의 요청 등에 의해 가정간호사업소로 협의진료가 의뢰된다. 가정간호사업소에서는 노인의 기록을 검토하고, 노인과 가족과 면담을 함으로써 퇴원 후 필요한 의료서비스의 종류 및 수준을 파악한다. 노인이 퇴원한 후에 필요한 만큼의 가정방문을 시행하여 필요한 의료서비스를 직접 제공한다. 이 과정에서 문제가 발생하는 경우에는 각 과의 주치의에게 연락을 취하고, 문제 해결 방안에 대해 모색한다.

3) 가정간호방문사업(Shin, 2018, pp. 1-5)

1994년 보건복지부에서 의료기관 중심의 가정간호 시범사업이 실시되면서 본 병원의 가정간호사업소가 시작되었다. 노인은 기능의 회복이 완전하지 못한 상태로 퇴원하기 때문에 의료서비스의 연계, 자원의 활용은 매우 중요한 이슈가 된다. 가정간호방문은 병원·지역사회 의료서비스의 간극에서 노인이나 가족의 필요에 맞는 적절한 의료서비스를 제공한다. 현재 본 병원의 가정간호사업소는 임상, 관리자, 가정전문 간호사, 사무 직원으로 구성되어 있다. 진단과별로 가정간호를 이용하는 비율을 살

해보면 아래와 같다.

[그림 3-3-15] 가정간호 다빈도 이용 진료과



자료. Shin, H. S. (2018. 2. 6.). Home health care. (가정간호사업소 연계에 관한 미팅 발표 자료). 연세의료원 노년내과. p. 7,

가정간호의 주 대상자는 뇌혈관 질환자, 척추손상 환자, 수술 후 회복기 환자 및 수술 후 조기퇴원 환자, 제왕절개 산모, 만성질환자, 투석 환자, 항암요법 중인 또는 말기의 암환자, 거동이 불편한 노인, 그 외 임상 의의 판단에 근거하여 필요하다고 생각되는 환자이다.

가정간호에서 제공하는 의료서비스의 주요 내용은 아래와 같다.

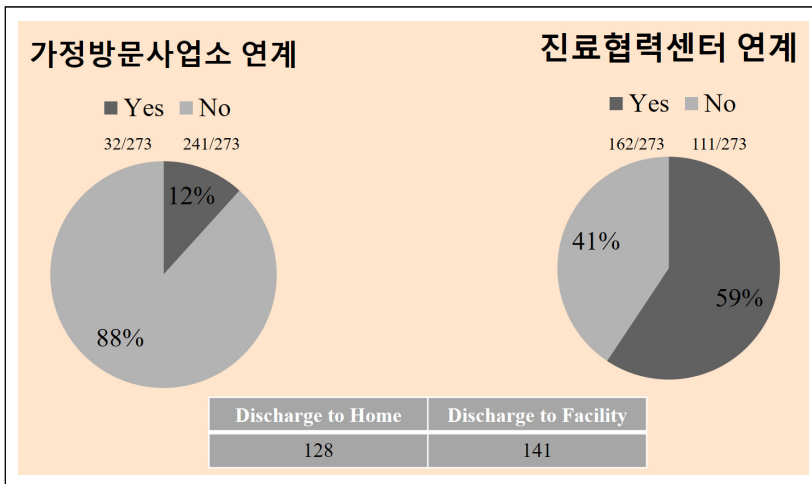
- 환자 상태의 관찰
- 전반적인 질병 관리
- 특수처치 및 치료(인공호흡기 및 기관절개관 관리, 비위관 및 도뇨관 삽입 및 교환, 영양요법 및 수액요법, 방광루 및 인공항문 관리, 통증 관리, 상처 및 욕창 관리, 검사물 채취)
- 건강상담 및 교육
- 주사 및 투약 관리
- 환자 및 보호자 교육(기본간호, 무균적 처치 방법, 의료기기 사용 등)

자료: 세브란스병원.(2018). 가정전문간호사실 업무 내용.

https://sev.iseverance.com/guidance/support_dept/home_nursing/home_nurse_busin

전체 입원 환자에 대한 진료협력센터와 가정간호서비스 연계 비율에 대한 정확한 자료는 없다. 2017년 고관절 골절 수술 후 노인을 대상으로 분석한 결과 진료협력센터로 협진이 의뢰된 경우는 162명(59.0%), 가정방문사업소는 32명(12%)이었다.

[그림 3-3-16] 2017년 고관절 골절 후 수술을 받은 65세 이상 노인 대상자의 퇴원 장소에 따른 수술 후 연계(n=273)



자료: 김창오. (2018. 6. 29.). Senior friendly healthcare services and management of frailty in aged society(심포지엄 발표 자료). 보건사회연구원·연세의료원. p. 46.

4) 급성기 병원에서 타 병원 및 지역사회 연계에 대한 고찰

노인이나 가족은 현재의 건강상태에 대해서 자세히 알지 못하거나, 필요한 의료서비스의 종류나 수준에 대한 지식이 부족하기 때문에 어떤 시설이나 환경이 노인이 지속적인 케어를 받기에 적합한 곳인지 물색하거나 결정하기가 어렵다. 그러나 진료협력센터를 통하여 타 병원이나 시설로 이동한 경우에는 이런 부분을 기관 대 기관 차원의 정보 교환이나 의

사소통으로 풀어 갈 수 있어 노인과 가족의 만족도가 높은 편이다. 특히 노인의 경우 장기로 입원하는 환자가 많기 때문에 노인은 진료협력센터에 연계되는 주요 대상자이다. 장기 입원 환자의 경우 재원관리 코디네이터가 환자 상태를 확인하고 방문하여 퇴원 또는 타 시설로 전원하는 문제에 대해 상담하는 역할을 하고 있다.

그러나 노인 환자들이 요양시설에 가는 것을 꺼려하거나, 종합병원을 선호하는 이유는 재원관리 코디네이터와의 상담 또는 진료협력센터와의 의사소통 과정에서 고충이 발생하고, 연계 서비스 과정에서 겪는 어려움도 많기 때문이다.

집으로 퇴원하는 노인의 경우 퇴원했던 병원뿐 아니라 집 근처의 병원을 방문하는 것도 어려운 상황인 경우가 많이 있다. 이런 상황에서 가정 방문 간호는 적시에 양질의 의료서비스를 병원의 치료계획에 연속되게 받을 수 있는 장점이 있다. 또한 노인 및 가족을 직접 상담하고 교육을 통해 가정에서 스스로 자원을 찾고 활용할 수 있도록 도움을 주고 있어 만족도가 좋다.

그러나 한계점도 있다. 방문하는 지역이 다양하고 도시가 크기 때문에 이동 시간이 많은 반면 인력은 적다. 현재 8명의 가정전문 간호사가 있고, 최대 한 시간 반 거리 정도까지를 방문하고 있는데, 간호사당 하루에 방문할 수 있는 환자의 수가 5명에서 8명으로 병원에서 돌보는 환자의 수에 비해 효율이 낮다. 또한 지역사회 측면에서는 종합병원을 퇴원한 노인의 경우 지역의 1, 2차 병원을 이용해야 하는데 종합병원의 케어를 받는 것은 큰 병원과 작은 병원의 불균형을 조장하는 갈등의 소지가 있다.

제4절 노인 친화적 병원 도입과 과제

1. 노인 친화적 병원 모형

캐나다의 노인 친화적 병원 전략에서는 노인 친화적 병원 프레임의 기본 요소로 1) 조직적 지원, 2) 진료 과정의 변화, 3) 행태 및 정서적 환경(노인 환자의 가치 존중과 서비스 제공자 행태 변화), 4) 진료와 연구에서 윤리적 측면, 5) 물리적 환경 변화를 제시하고 있다(RGP, 2017, pp. 6-9).

이번 시범사업은 병원 조직 전체가 참여한 것은 아니며, 연구 차원에서 수행한 것으로 주로 진료 과정의 변화에 초점을 두고 수행한 것이다. 따라서 여기서 제시한 노인 친화적 병원 모형은 캐나다와 같이 추상적인 수준이 아니라 노인에게 필요한 서비스 및 서비스 제공 방식을 내용으로 하여 구성하였다.

엄밀히 말하면 시범사업에서 수행한 중재는 노인 친화적 병원의 진료 제공모형에 관한 것이다. 그 내용은 1) 노인포괄평가, 2) 노인 환자에 대한 케어 플랜, 3) 신체적, 정신적 기능 유지 서비스 제공, 4) 포괄적 케어를 위한 협력진료, 5) 전환기 의료서비스 제공이다([그림 3-3-17] 참조).

- 노인포괄평가 적용

노인포괄평가는 환자의 신체적 기능 외에도 인지기능, 심리상태, 일상생활 능력 등을 포괄적으로 평가하는 도구이다. 이를 통해 의료진은 환자가 호소하는 문제가 어떠한 이유에서 발생하는지에 대해 객관적인 근거를 얻을 수 있으며, 환자 중심의 진료를 가능하게 한다. 또한 전공과 직종이 다른 의료진 간의 의사소통을 도와주는 도구로서 노인포괄평가의 가

치는 매우 크다.

- 노인 환자에 대한 케어 플랜과 기능 회복 서비스 제공

노인포괄평가 내용을 바탕으로 케어 플랜을 수립하는 것은 노년내과는 물론 주 진료를 담당하는 진료과와 협력하여 노인 환자의 입원치료 과정에서 신체적, 정신적 기능과 관련 문제를 개선하는 데 중요하다. 이번 시범사업에서는 노인 환자의 신체활동, 영양 등을 개선하기 위해 노력하였으며, 노인 심장질환자에 대한 재활서비스, 암환자의 통증 관리에 대한 서비스 등을 제공하였다.

- 노인 환자에 대한 다학제 협력진료

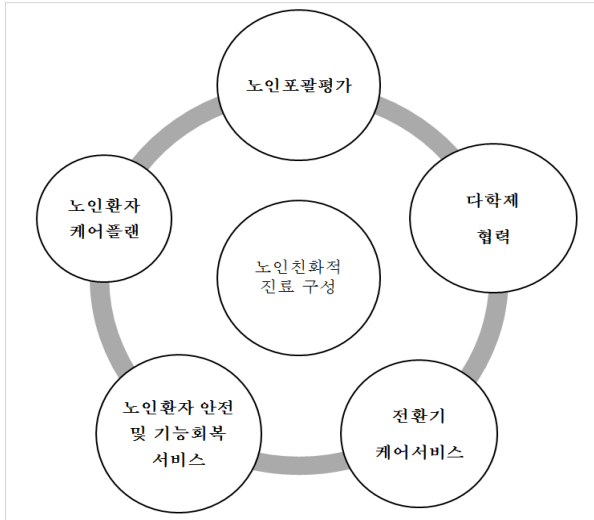
노년내과와 다른 진료과목(정형외과, 신경외과, 종양내과) 간 협진을 제공하였다. 이 과정에서 포괄적노인평가는 노인 환자의 잠재적인 문제들을 수술 전에 파악하고 수술 후 합병증 등이 나타났을 때 빠른 대처를 할 수 있는 기초 자료로 사용하였다. 종양내과에서는 암 진단 후 치료의 방향을 결정하는 과정에서 기초 자료로 활용하였다.

- 전환기 의료 제공: 가정방문간호

시범사업에서 고관절 수술, 척추 수술을 받은 노인들의 퇴원 이후 서비스를 제공하였다. 노인 환자가 다른 병원으로 전원하는 경우는 진료협력 센터에서 연계하였고, 집으로 퇴원하는 경우는 가정간호서비스를 제공하였다. 이같이 환자가 전원하거나 집으로 퇴원하는 경우 등에 필요한 서비스를 전환기 의료라고 한다. 가정방문간호는 전환기 의료를 제공하는 여러 서비스 중 하나이다. 가정방문간호는 노인 환자의 질병 관리와 신체적, 정신적 활력을 유지하는 데 필요한 서비스이다. 가정방문간호는 환자

와 가족의 집에서 케어를 하는 것에 대한 부담을 덜어 주며 만족도가 매우 높은 것으로 나타났다.

[그림 3-3-17] 노인 친화적 병원의 진료제공모형



2. 노인 친화적 병원 도입에 필요한 과제

가. 노인 의료에 대한 프레임 전환

과학적인 검사와 처치를 통한 효과를 입증하는 근거 중심 의학이 대세가 된 이후, 현대의학은 가시적인 평가 혹은 정량화가 가능한 질환 중심으로 진료가 이루어지고 있다.

하지만 노인 환자들이 호소하는 증상은 모호한 경우가 많아 특정 질환과 증상을 연결하기 어려운 경우가 많으며, 신체적 문제 외에도 심리적, 사회적 요인들이 복합적으로 작용한다. 이러한 부분을 간과하고 질환 중

심으로 진료를 할 경우에는 환자가 호소하는 증상이 어떤 이유인지를 정확히 파악하기 어렵다.

현재와 같이 질환 중심 의료체계(질환별·장기별로 진료과가 나누어져 있는 상황)에서는 이러한 특정 질환에 전문화된 의료진의 관점에서 진료가 이루어지므로 질환이 아닌 ‘환자’에 대한 전인적인 접근과 포괄적인 평가가 이루어지기 어렵다. 이 때문에 의료진은 노인 환자 진료 시에 본인의 전문 분야가 아닌 경우에는 다른 전문의에게 협의진료를 요청하게 된다. 따라서 노인 환자들은 본인의 증상을 유발할 수 있는 모든 질환에 대해 각각의 진료를 받으러 여러 과를 돌아다녀야 하는 상황이다.

이와 같은 문제를 해결하기 위해서는 노인 친화적 서비스 개념과 원칙을 포함한 진료 프레임으로 전환해야 한다. 노인 친화적 병원 도입은 진료 프레임을 전환하기 위한 핵심 전략이다.

궁극적으로는 병원을 포함한 모든 의료기관에서 질환 중심이 아닌 환자 중심 진료체계를 구축하고 다학제적 협진을 확대하며, 노인의 신체적, 정신적 특성을 반영한 진료서비스(영양, 섭망, 낙상, 근력 약화 예방, 인지기능 등)를 제공해야 한다.

나. 전문 진료 인력 확보

노인 환자 진료 시에는 이러한 종합적인 평가를 통해 환자의 전반적인 상태를 평가하고 관리할 수 있는 의료진의 확충이 절대적으로 필요하다. 예를 들면 노인포괄기능평가는 다양한 분야의 검사가 종합적으로 이루어지기 때문이 이를 수행하기 위한 간호사, 의사 인력이 필요하다. 시범사업을 수행한 병원에서는 하루에 400여 명의 환자를 대상으로 노인포괄기능평가가 필요한데, 이를 위해서는 35명의 의료진과 간호사가 추가로 필

요하다.

급성기 의료기관의 특징상 ‘주증상’을 치료하고 나면 퇴원을 하는 경우가 대부분이다. 시범사업을 진행한 대퇴 골절 환자의 경우에도 골절에 대한 수술적 처치만 시행하고 나서 대부분 전원을 한다. 예를 들어 환자가 파킨슨병이 있어 걸음걸이에 문제가 있어 골절이 발생했다면 수술 이후에 파킨슨병에 대한 관리를 지속하고 근감소증을 예방해야 한다. 하지만 실제로는 골절이 발생한 이유가 무엇인지, 재발을 막기 위해서 무엇을 해야 하는지, 어떻게 관리를 해야 하는지에 대한 심도 있는 교육이나 관리 시스템은 전무해서 이에 대한 개선이 필요하다.

종합하면 고령 친화적 의료서비스에 대한 역량을 갖춘 전문인력을 양성하고 공급해야 한다. 기존 진료 인력의 노인 진료에 대한 심화 교육이 필요하며, 인력 수급에 대한 대책이 수립되어야 한다.

다. 진료 정보 연계 및 지속성 확보

급성기 의료기관에서 노인 환자에 대한 적절한 치료가 이루어진 후 타 병원으로 전원 시에 발생할 수 있는 문제 중에 가장 큰 문제는 의료진 간의 환자 정보 교류가 불충분하다는 점이다. 급성기 의료기관에서 환자를 담당하는 의료진은 그 환자가 퇴원한 이후에도 지속적으로 많은 환자를 보고 있기 때문에 환자가 퇴원한 이후에 그 환자의 상태를 계속 추적 관찰하고 필요한 조치를 하는 것은 매우 어렵다. 따라서 환자의 상태를 연속적으로 관리할 수 있는 담당 의료진(인력)이 있어서 진료 정보를 연계하고 타 병원으로 전원된 후 혹은 집으로 퇴원한 후에도 지속적으로 환자 관리가 이루어질 수 있도록 해야 한다.

라. 노인 친화적 서비스 제공자 확대와 진료 네트워크 구성

: 아급성기 병원, 전환기 의료 및 일차의료

급성기 의료기관은 기본적으로 자원 일수의 제한이 있다. 하지만 노인 환자의 경우 여러 질환을 가지고 있고 치료 과정에서 발생하는 합병증이나 예기치 못한 상태 변화 등이 발생한다. 자원 일수를 고려하여 노인 환자의 상태가 완벽하게 좋아지기 전에 타 병원으로 가는 경우에 다시 악화될 가능성이 있다.

급성기 병원에서 적절한 처치가 이루어진 다음에 아급성기 환자의 관리가 가능한 의료서비스 제공자가 필요하며 종합병원-요양병원으로 이어지는 전환기 의료 시스템에서 종합병원-노인전문병원-요양병원으로 이어지도록 중간 단계의 의료서비스 제공 병원의 확충이 필요하다.

노인전문병원은 급성기 처치에 해당하는 수술, 중환자실 등을 제외하고 재활치료, 영양관리, 감염관리 등은 종합병원과 유사한 수준의 의료서비스를 제공할 수 있어야 할 것으로 보인다. 복합만성질환을 앓거나 기능이 저하된 노인이 급성기 질환 치료를 받을 경우 병원 서비스, 퇴원에 따른 전환기 서비스, 지역에서 어울려 살아가기 위한 일차의료 서비스가 고령 친화적이 되도록 다음과 같은 제안을 한다.

노인 친화적 서비스를 목표로 함께 노력하고 협력할 수 있도록 병원을 포함한 다양한 의료기관이 참여하는 네트워크도 필요하다. ‘고령 친화 진료제공 개혁 위원회’를 두고, 이 위원회를 중심으로 조직 내 혹은 조직 간 소통과 문화, 물리적 환경, 노인의료윤리, 퇴원 후 연계 등이 잘 이루어지도록 지원한다.

마. 지불제도 개선

노인포괄기능평가는 필요한 인력 및 소요되는 시간을 고려할 때 노인 포괄기능평가를 전담할 인력 없이 기존 인력만으로 수행하는 것은 매우 어렵다. 따라서 추가적인 인력 채용 및 지속적인 질 평가가 이루어져야 하나 현재는 노인포괄기능평가를 시행하는 것에 대한 수가가 책정되어 있지 않아 병원에서 노인포괄기능평가를 자체적으로 시행하도록 강요하는 것은 불가능하다. 또한 노인 환자에 대한 케어 플랜, 신체적, 정신적 기능 회복을 위한 서비스 제공, 퇴원 후 집중 관리가 필요한 취약 환자를 대상으로 전환기 통합의료서비스를 제공하는 것에도 새로운 지불 방식이 필요하다. 또한 노쇠, 신체기능 저하 등으로 외출이 어려운 노인을 대상으로 가정방문 일차의료 서비스 시범사업을 추진하여 지불 방식을 고안해야 할 것이다.

제 4 장

노인 친화적 보건의료서비스 제공 체계에 대한 전문가 의견조사

제1절 조사 개요

제2절 노인 친화적 병원 서비스

제3절 노인 친화적 전환기 의료서비스

제4절 가정방문 일차의료

제5절 노인 친화적 보건의료서비스 관련 정책과 제도



4

노인 친화적 보건의료서비스 << 제공 체계에 대한 전문가 의견조사

제1절 조사 개요

노인 친화적 병원 서비스, 노인 친화적 전환기 의료서비스, 가정방문 일차의료서비스 등 노인 친화적 보건의료서비스 발전을 위한 정책과 제도를 살펴보기 위해 설문조사를 수행하였다.

1. 조사 대상 및 방법

노인을 대상으로 하는 임상실무, 정책실무, 연구, 학계에 종사하는 전문가를 대상으로 하였다. 조사 대상자 모집 방법은 대상자를 찾기 어려울 때 유용한 스노볼 표본추출(snowball sampling) 방법을 활용하였다. 연구자가 임의로 선정한 제한된 표본에 해당하는 전문가를 선정한 뒤 전문가 가운데 일부로부터 대상자를 추천받는 방식이다. 단 조사 기간을 단축하기 위하여 조사를 마친 모든 응답자로부터 추천을 받아 대상자를 늘려가지 않고, 대상자 표본추출을 완료한 후 일시에 조사를 하였다.

노인 친화적 보건의료서비스 정책 방향에 대한 전문가들의 의견을 수렴하고자 개발된 설문지는 문항별로 제시한 내용의 필요성, 적절성 등에 대한 동의 여부를 묻는 질문과 제시된 항목들의 우선순위를 묻는 방식으로 구성됐다.

설문은 노인 친화적 병원 서비스, 노인 친화적 전환기 의료서비스, 가정방문 일차의료서비스, 노인 친화적 보건의료서비스 발전을 위한 정책

과 제도 등 총 4부, 125문항의 객관식 질문과 78문항의 주관식 의견 게재로 이루어졌다. 온라인을 통한 설문조사는 2018년 8월 31일부터 9월 17일까지 18일간 이루어졌다.

〈표 3-4-1〉 조사 대상 특징

전공(학부 기준)		근무기관		주요 업무	
의학	54%	학술기관	14%	임상실무	46%
약학	0%	의료기관	57%	정책실무	14%
보건학	4%	정부부처	0%	연구	29%
간호학	25%	정부 산하기관	18%	기타	0%
사회복지학	11%	민간 연구기관	6%		
기타	7%	기타	4%		

총 54명의 전문가 가운데 설문 기간 내에 28명이 응답하였다. 이들의 전공 분야는 학부를 기준으로 할 때 의학(54%), 간호학(25%), 사회복지학(11%) 순이었다. 주요 업무는 임상실무(46%), 연구(29%), 정책실무(14%) 순으로 나타났다(〈표 3-4-1〉 참조). 경력은 86%인 24명이 10년 이상이었으며, 11%가 5년에서 10년 미만이었다.

2. 조사 내용

선행연구 검토 및 전문가 자문을 통해 설문지를 개발하였으며, 주요 조사 내용은 크게 4부로 나뉜다. 첫째, 노인 친화적 병원이 갖추어야 할 프레임워크(Framework), 노인 친화적 진료제공체계 구성 요소, 노인 친화적 병원의 특화된 기능, 노인 친화적 병원에 대한 인식과 서비스 장애요인, 지불제도, 둘째, 급성기 병원에서 퇴원하는 노인 환자가 아급성기 병원 혹은 요양시설로 이동하는 경우 전환기 의료서비스의 내용, 병원에서 집으로 퇴원하는 경우 필요한 전환기 의료서비스의 내용 및 제공 기관, 노인 친화적 전환기 의료 서비스에 대한 지불제도 및 성과관리, 셋째, 가

정방문 일차의료서비스의 내용, 서비스 제공 기관, 가정방문 일차의료서비스의 가치와 궁극적 목표를 고려한 성과관리 항목, 지불제도, 넷째, 노인 친화적 의료서비스에 대한 인식 제고, 인력, 정부 조직, 정보 포털, 연구개발(R&D)에 관한 항목들로 구성되었다.

제2절 노인 친화적 병원 서비스

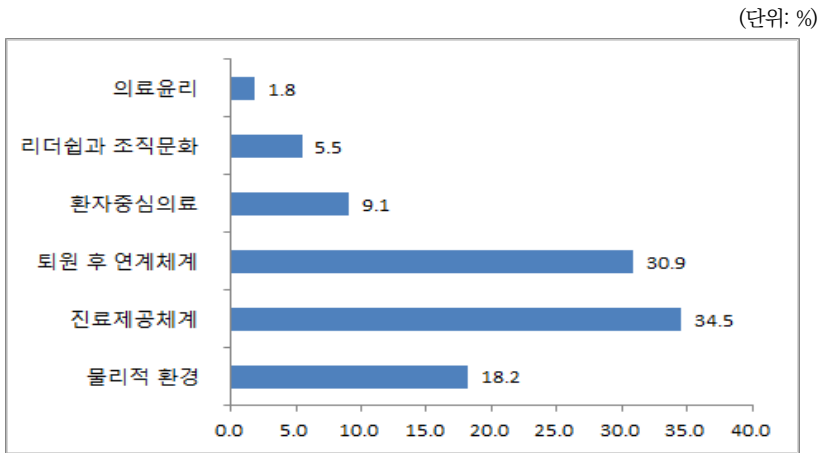
1. 노인 친화적 병원 프레임워크

노인 친화적 병원이란 노인의 신체적·정신적 건강 요구에 맞는 케어를 제공하고, 노인의 건강 증진을 위해 노력하며, 안전한 환경을 제공하고, 노인과 가족 및 보호자(caregivers)가 노인 케어에 참여할 수 있도록 도와주는 등의 역할을 할 수 있는 병원이다. 예를 들면 캐나다 온타리오주의 노인 친화적 병원(Senior-Friendly Hospital initiative, SFH), 대만의 고령 친화 병원 프레임워크(Framework of Age-Friendly Hospitals), 미국의 고령 친화 보건의료 시스템 창출 계획(Creating Age-Friendly Health Systems initiative)은 노인 친화적 병원에 대한 프레임워크를 제시하고 있다(RGP Toronto, 2017; Chiou and Chen, 2009, p. S3; American Hospital Association, 2018, p. 1).

이번 조사 결과 고령화 사회에서 국내에도 노인 친화적 병원이 필요한지를 묻는 질문에 93%가 동의했다. 앞선 국외 사례와 전문가 의견을 토대로 도출한 프레임워크는 물리적 환경, 진료제공체계, 퇴원 후 연계 체계, 환자중심의료, 리더십과 조직문화, 의료윤리이다. 제시한 프레임워크 구성 요소의 우선순위는 ① 진료제공체계(응급실의 노인 전문 대응팀, 진

료 절차 간소화, 노인포괄기능평가, 섬망의 예방 및 치료, 낙상 및 다약제 관리 등을 포괄), ② 퇴원 후 환자의 퇴원 장소(예: 집/타 병원/요양시설 등)에 따른 진료연계체계, ③ 물리적 환경(예: 엘리베이터, 에스컬레이터, 복도 손잡이, 미끄럽지 않은 바닥, 노인과 보호자가 함께할 수 있는 공간, 노인 전용 설명문 등 병원의 구조, 설치물 등) 순이었다.

[그림 3-4-1] 노인 친화적 병원의 프레임워크(Framework) 우선순위



주관식 의견에서 낙상 예방, 조기 운동, 진료의 원활한 제공 등 진료제공체계의 개선은 물리적 환경과 긴밀하게 연관되어 있다는 의견이 있었다. 이러한 사실은 캐나다 온타리오주 노인 친화적 병원의 프레임워크에서도 드러난다. 프레임워크의 영역들은 유기적으로 영향을 끼치고 상호작용하므로 실효를 거두기 위해 구체적인 실천 목표를 공유해야 한다.

진료제공체계에서 가장 중요하게 언급된 것은 노인포괄평가와 진료 받을 수 있는 지원 체계의 필요성이다. 퇴원 후 연계체계는 커뮤니티케어의 활성화를 위한 필수 요소이며, 불필요한 재입원 및 응급실 이용을 예방하

여 의료의 효율성을 높이는 방안으로 필요하다는 의견이 있었다. 환자중심의료에 대해 병원 종사자 교육, 환자와 보호자의 참여, 노인 인권 존중 측면이 언급되었다. 리더십과 조직문화에서 노인과의 올바른 의사소통에 기반을 둔 서비스 전달을 위해 조직 차원의 교육과 지원이 있어야 한다. 의료윤리에 대한 의견은 우리나라 의료 환경에서 매우 취약한 분야이며, 특히 연명의료에 관한 결정, 사전의료의향서에 대한 안내가 고려되어야 한다. 노인 친화적 병원의 프레임워크에서 추가 의견으로 많이 언급된 것은 병원 내 의사, 간호사, 재활팀 등이 참여한 케어 회의, 다학제팀 접근을 위한 다직종 간 의사소통체계 구축이다.

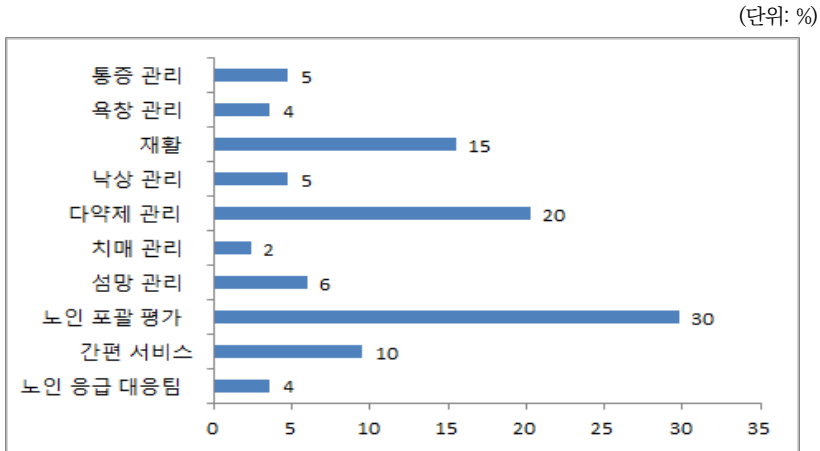
프레임워크로 제시한 6개 요소 측면에서 국내의 병원이 어느 정도 부합하고 있는지에 관한 질문에서 대부분 급성기 병원은 이에 부합하지 않고 있다는 의견을 주었다. 일부 병원에서는 물리적 환경, 진료제공체계의 개선이 이루어지고 있지만, 법적·행정적 지원이 필요한 퇴원 후 연계체계와 가치 문화의 변화가 선행되어야 하는 의료윤리 측면은 미흡한 상황으로 많은 개선이 필요하다.

2. 노인 친화적 병원 진료제공체계

문헌 조사와 전문가 자문을 거쳐 제시한 노인 친화적 진료제공체계의 요소는 노인응급대응팀, 간편 서비스, 노인포괄평가, 섭망 관리, 치매 관리, 다약제 관리, 낙상 관리, 재활, 욕창 관리, 통증 관리 등 총 10개 항목이었다.

우선순위는 노인포괄평가, 다약제 관리 재활 순이었다([그림 3-4-2] 참조). 주관식 의견에서 치매 관리는 보건소, 치매안심센터 등 지역사회에서 담당해야 한다는 의견이 우세했다.

[그림 3-4-2] 노인 친화적 진료제공체계 우선순위



노인 입원 환자에게 발생하는 섬망은 일시적으로 매우 갑작스럽게 나타나는 정신상태의 혼란으로 안절부절못하고, 잠을 안 자고, 소리를 지르고, 주사기를 빼내는 것과 같은 과다행동이나 환각, 환청, 초조함, 떨림 등이 자주 나타나는 증상이다. 특히 수술을 받은 환자 또는 노인에게서 흔히 나타날 수 있다. 이에 대해 주관식 의견에서 치매와 감별이 필요한 증상으로 의료진에 대한 교육이 필요하다고 했다. 더욱이 환자나 가족들은 섬망에 대한 이해가 부족하여 돌봄에 어려움이 많기 때문에 적절한 관리가 필요하다는 의견이 있었다.

노인포괄평가에 이어 많은 빈도로 선택된 요소는 다약제 관리이다. 노인 환자의 다약제 관리는 고령자에게 주의를 요하는 약제 스크리닝, 약제 간 상호작용 등 다약제 복용 위험에 대한 관리, 복약 지도 등을 포함한다. 주관식 의견에서 노인은 다약제 복용자가 많으며, 적절한 관리가 이루어지지 못할 경우 낙상 등 다른 문제로 이어지므로 관리의 필요성이 강조된다.

주관식 의견에서 재활은 급성기 의료기관보다 아급성기 의료기관 진료

에서 중요한 요소라고 보았다.

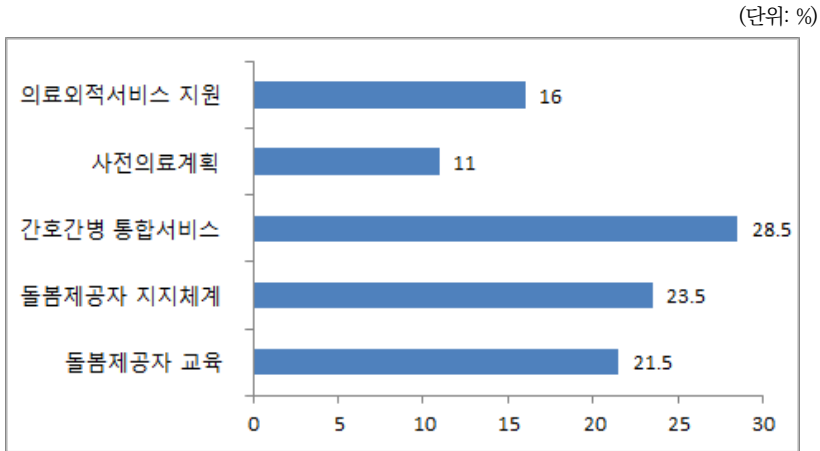
노인 진료제공체계에서 언급된 10개 항목 외에 고려해야 하는 것으로 언급된 것은 연명의료, 진료 직역 간 협력 시스템, 다학제팀 접근이었다.

3. 노인 친화적 병원의 특화 기능

문헌 조사와 전문가 자문 후 정리하여 노인 친화적 병원의 특화 기능으로 제시한 것은 돌봄 제공자 교육, 돌봄 제공자 지지체계, 간호간병 통합서비스, 사전의료계획, 사회사업팀 연계와 같은 의료 외적인 서비스 지원이었다. 제시한 모든 병원 기능에 대해 전문가들은 필요하다는 데 동의했다.

특히 간호간병 통합서비스, 돌봄 제공자 지지체계 및 교육 제공을 우선적인 기능으로 보았다([그림 3-4-3] 참조). 주관식 의견에서 환자의 돌봄 제공자를 위한 서비스 제공이 중요하지만, 병원 내 서비스 설치 및 운영 여부는 신중한 고려가 필요하다는 의견이었다. 환자의 보호자 및 돌봄 제공자의 소진(Burn-out)은 신체적 안녕 상태의 저하 및 지속적인 정서적 스트레스에 대응할 수 없는 개인의 표현 양태를 말한다. 소진을 예방 개선할 수 있는 지지체계에 대해 주관식 의견에서 노인의 경우 치매를 비롯한 만성질환을 앓고 있는 경우 소진의 문제가 크므로 병원 내 지지체계 마련이 필요하다는 소수 의견이 있었다. 반면 병원 내 도입은 상대적 서비스 중요성과 시급성을 신중하게 고려해야 한다는 의견이었다. 간호간병 통합서비스의 경우 인력 부족으로 인한 인력 양성과 수급의 문제를 다수가 제시했다.

[그림 3-4-3] 노인 친화적 병원의 특화 기능 우선순위



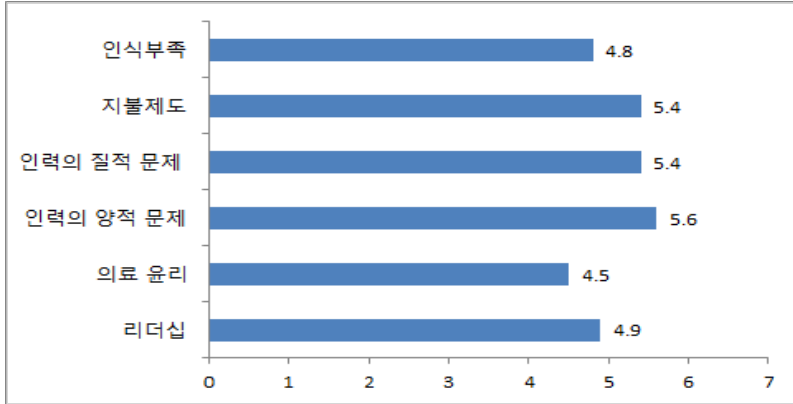
4. 노인 친화적 병원에 대한 인식과 서비스 장애요인

문헌 조사와 전문가 자문 후 정리하여 노인 친화적 병원 서비스 장애요인을 6개 항목으로 제시하였다. 인식 부족, 적절한 지불제도 미비, 인력의 질적 문제, 인력의 양적 문제, 노인 의료에 대한 윤리적 문제 인식 부족, 병원의 조직문화와 리더십 부족이다. 각 항목에 대하여 7점 척도로 구분하여 어느 정도 수준의 장애요인인지 응답하도록 했다(매우 작은 장애요인은 1점~매우 큰 장애요인 7점, 장애요인이 아닌 경우 0점). 장애요인이라는 것에 동의하지 않는다는 응답은 없었다.

적절한 지불제도 미비, 인력 정책과 관련이 깊은 인력의 질적 문제 및 인력의 양적 문제를 큰 서비스 장애요인으로 보았다([그림 3-4-4] 참조). 주관식 의견에서 노인 친화적 병원의 정확한 개념에 대한 이해 부족이 더 중요한 문제로 언급됐다.

[그림 3-4-4] 노인 친화적 병원 서비스 장애요인

(단위: 점)



5. 노인 친화적 병원 서비스 지불제도

국내에서는 노인포괄평가(CGA) 등을 비롯한 노인 맞춤형 의료서비스에 대한 행위 수가가 책정되어 있지 않다. 따라서 노인포괄평가를 시행하는 경우 수가를 책정할 수 있는 일부 행위(노인우울평가, 노인일상생활기능평가, 치매노인인지기능평가)에 대한 것만 인정되고 있다. 그 외 노인포괄평가 항목 또는 협진, 다약제 관리, 조기운동 관리, 퇴원계획 수립 및 연계, 기타 노인포괄기능평가 결과 상담 및 중재 등과 같은 노인 친화적 서비스 항목에 대한 지불제도는 다음과 같이 생각해 볼 수 있다. 1) 행위별 수가 신설 및 수가 인상, 2) 노인포괄평가에 따른 맞춤 서비스에 대해 일당정액제 형식 개발, 3) 포괄수가와 행위별수가를 결합한 신포괄수가 개발 등이다. 전문가 의견조사에서 지불제도에 대한 질문은 주관식 의견을 제시하도록 했다.

28건 중에 3건의 무응답을 포함하여 총 8건은 특정 수가제도의 언급이 없었으며, 나머지 20건 가운데 12건의 의견에서 신포괄수가를 적절한 것

으로 언급하여 가장 지배적인 의견으로 수렴되었다. 기타 의견으로 인두제 도입, 일당정액제와 가치기반지불제도의 병합 등이 있었다.

제3절 노인 친화적 전환기 의료서비스

전환기 의료란(Transitional Care) 환자가 서로 다른 장소 혹은 서비스 사이를 이동할 때, 보건의료의 조정과 연속성 확보를 위해 필요한 일련의 서비스이다(American Geriatrics Society). 전환기 의료는 ① 의료기관 내 이동(응급병동-중환자실-일반병동-완화의료 등), ② 병원에서 퇴원할 때, ③ 지역에서 생활하면서 여러 서비스 기관을 이용해야 하는 경우 요구도가 높다. 본 전문가 의견조사에서 다루는 전환기 의료는 2번의 경우로 ㉠ 급성기 병원에서 퇴원하는 노인 환자가 아급성기 병원 혹은 요양시설로 이동하는 경우 ㉡ 급성기 병원에서 퇴원하는 노인 환자가 집으로 퇴원하는 경우로 한정하였다. 전환기 의료서비스의 범주는 환자가 처한 상황에 따라 다를 수 있지만 일반적으로 노인포괄평가, 퇴원·전환 계획, 서비스 조정, 연계, 자가 관리에 대한 교육, 기타 이동한 환경에 적응할 수 있도록 하는 통합 케어를 포함한다.

국내 병원의 전환기 의료서비스 제공 여부에 대해 86%가 제공하고 있지 않다고 응답했다. 제공하고 있다는 의견은 11%에 불과했다(〈표 3-4-2〉 참조).

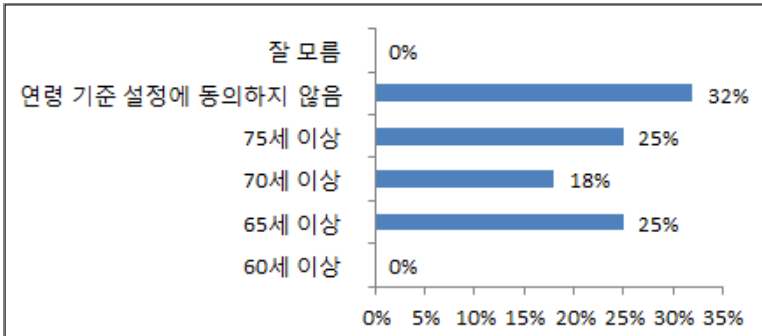
〈표 3-4-2〉 국내 병원의 전환기 의료서비스 제공 여부

국내 병원이 '전환기 의료서비스'를 제공하고 있다고 생각하십니까?		
	명	%
제공하고 있지 않음	24	86.0
제공하고 있음	3	11.0
잘 모름	1	4.0
무응답	0	0.0

노인 대상 전환기 의료서비스를 제공할 때 적합한 연령 기준을 묻는 질문에서 근소하게 연령 기준 설정에 동의하지 않는다는 의견이 많았다. 연령 기준을 선택한 경우 65세 혹은 75세를 기준으로 선택했다. 이에 대한 주관식 의견에서 노인인 경우 연령에 따라 건강상태가 다르므로 나이 기준이 아닌 환자의 기능 평가 혹은 장애 여부를 근거로 해야 한다는 언급이 있었다. 65세 연령을 기준으로 선택한 경우 그 근거를 다양한 노인 복지의료 정책이 운영되고 있는 연령으로 정책의 일관성을 위해 필요 있다고 밝혔다. 75세를 선택한 경우 도입 초기에 대상을 한정하여 적용해 본 후 점차 그 이하 연령에서도 환자 상태와 상황에 따라 확대하는 것이 바람직하다는 의견이었다.

[그림 3-4-5] 노인 친화적 전환기 의료서비스 대상 연령

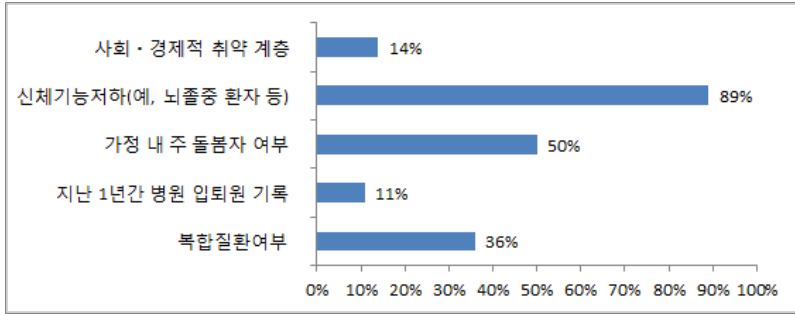
(단위: %)



노인 친화적 전환기 의료서비스 대상자를 선정할 때 고려 사항에 대해 2개 복수를 선택한 응답 결과 신체기능 저하(89%), 가정 내 주 돌봄자 여부(50%), 복합질환 여부(36%) 순으로 나타났다.

[그림 3-4-6] 전환기 의료서비스 대상자 선정 시 고려 사항

(단위: %)



1. 퇴원 후 아급성기 병원 혹은 요양시설로 이동하는 경우

급성기 병원에서 퇴원하는 노인환자가 아급성기 병원 혹은 요양시설로 이동하는 경우 전환기 의료서비스의 내용과 역할 분담에 대해 조사하였다.

급성기 의료기관은 노인포괄평가와 퇴원·전환 계획을 제공하고, 전환에 필요한 환자 정보를 아급성기 병원 및 요양시설과 공유해야 한다는 의견에 대다수가 동의하였다. 반면 급성기 질환과 치료를 겪으면서 쇠퇴한 신체기능을 회복하기 위한 운동재활요법 제공이 급성기 의료기관의 역할 인지에 대한 의견은 일치하지 않았다.

주관식 의견에서 환자 정보를 공유하는 것에 동의하지만 표준화된 정보제공체계가 필요하다는 의견이 많았다. 급성기 기관에서 수술 등 중대한 치료 후 빠른 시간 안에 집중적인 재활이 필요하다는 소수 의견(2건)이 있었으나, 노쇠 혹은 치료 후 기능 저하를 위한 운동재활요법에 대한 급여 기준이 없어 현실적으로 시행하기 어렵다는 의견이 있었다.

아급성기 의료기관의 역할 분담에 대해 급성기 질환과 치료를 겪으면

서 쇠퇴한 신체기능을 회복하기 위한 운동재활요법을 제공해야 한다는 의견에는 모두 필요하다고 밝혔다. 더불어 회복기 치료 후에는 지역으로 퇴원하도록 촉진해야 한다는 의견에 모두 동의했다. 즉 지역사회 계속 거주(ageing in place)가 궁극적 목표가 되어야 한다는 공감대로 풀이된다. 다만 주관식 의견에서 불가피한 장기 입원, 사회적 입원에 대한 사회적 합의가 필요하다는 소수 의견이 있었다.

전환기 의료 서비스 내용으로 노인포괄평가 후 서비스 조정과 중재 제공(운동, 영양, 복약지도, 자가 관리 교육 등을 포함)이 필요하다는 의견에 모두 동의하였다. 이에 대한 추가적인 주관식 의견에서 노인 환자에 대한 지속적인 모니터링이 중요하다는 의견이 있었다.

2. 노인 환자가 집으로 퇴원하는 경우

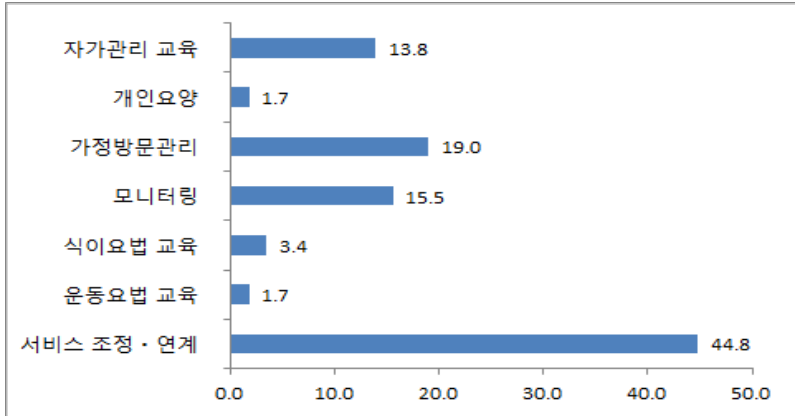
가. 서비스 내용

급성기 병원에서 퇴원하는 노인 환자가 집으로 퇴원하는 경우 전환기 의료서비스 내용으로 조정·연계, 운동요법 교육, 식이요법 교육, 모니터링, 가정방문 관리, 개인요양을 포함한 통합 케어, 위험증상 인지 등에 대한 자가관리 교육의 7가지를 제시하였다. 우선순위는 서비스 조정·연계가 지배적으로 높은 응답을 보였으며, 가정방문 관리, 모니터링 순으로 뒤를 이었다.

추가 질문에서 일련의 전환기 의료서비스를 제공할 때 최첨단 의료·IT 활용 방안을 모색할 필요에 대해 82%가 그렇다고 응답했다.

[그림 3-4-7] 노인 친화적 전환기 의료서비스 우선순위

(단위: %)



나. 서비스 제공 기관

급성기 치료 후 노인 환자가 집으로 퇴원하는 경우 전환기 의료 서비스 제공 기관은 급성기 의료기관, 지역사회 내의 개인의원, 보건소가 될 수 있다.

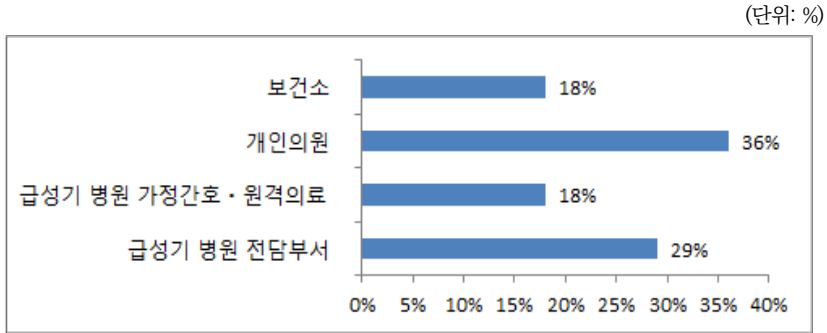
조사 결과 노인 환자가 거주하는 지역의 개인의원에서 포괄적 가정방문·원격의료 서비스팀을 구성하여 전환기 의료를 제공해야 한다는 의견이 가장 높았으며, 급성기 병원의 전담부서가 다음이었다([그림 3-4-8] 참조).

주관식 의견으로 볼 때 개인의원에서 전환기 의료서비스를 제공하는 것에 대해 지역사회 주치의 역할을 기대하는 의견과 현재 개인의원에서는 불가능하다는 의견이 각각 있었다. 장애인 주치의 사업 진행 양상으로 판단할 때 전환기 의료의 실효성을 위해서는 개인의원 등을 활용하는 방안보다는 근본적으로 다른 체계의 도입이 필요하다는 소수 의견도 있었다. 상대적으로 낮은 순위인 보건소에 대해서는 진료 혹은 치료보다는 예

방활동에 치중하는 것이 바람직하다는 의견이 있었다.

추가 의견으로 중대한 치료 후 퇴원하는 경우 급성 악화의 위험 요인이 남아 있으므로 노인 의료에 대한 전문적인 지식이 있는 전문팀이 전환기 의료를 담당해야 하며, 지리적·시간적 제약을 극복하기 위한 첨단 기술의 활용이 필수적이라고 했다.

[그림 3-4-8] 노인 친화적 전환기 의료서비스 제공 기관



3. 전환기 의료서비스 지불제도

전환기에 제공하는 일련의 서비스를 노인포괄평가, 퇴원·전환 계획, 서비스 조정·연계, 중재(제한된 기간 동안 운동, 영양, 복약 관리 등), 자가 관리 교육을 포함하는 것으로 볼 때 적절한 지불제도에 대해 주관식으로 의견을 물었다.

미국의 경우 전환기 의료서비스를 도입하면서 행위별 수가에 전환기 관리료 추가, 포괄수가제(The Bundled Payments for Care Improvement initiative)에서 전환기 관리를 포함한 급성기 치료 후 케어(post acute care)에 대한 수가 등을 포괄하는 다양한 방식으로 지불 제도를 시험하고 있다(백상숙, 2018, p. 124). 호주의 경우 환자 요구도

에 따른 맞춤 서비스에 대해 일당 비용을 책정한다(백상숙, 2018, p. 124).

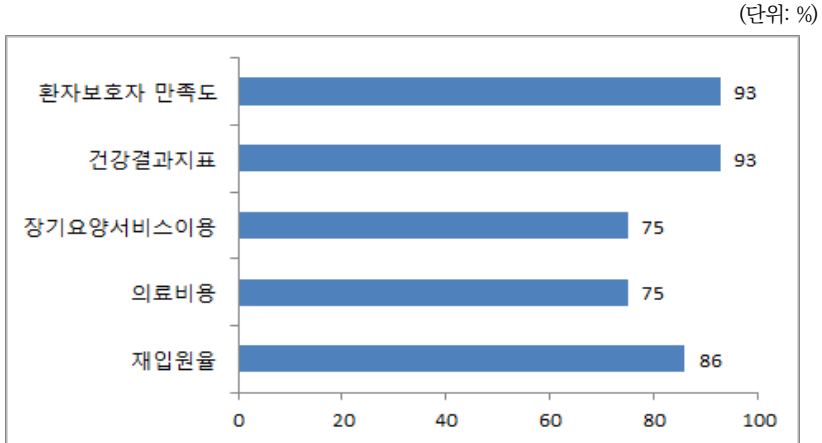
조사 결과 포괄수가제가 5회, 신포괄수가제가 3회, 행위별수가제가 6회 언급되었다. 기타 의견으로 방문당 수가, 일당정액제가 있었다.

4. 전환기 의료서비스 성과관리

노인 친화적 전환기 의료 서비스의 가치와 궁극적 목표를 고려한 성과 관리가 필요한데, 재입원율, 의료비, 퇴원 후 1년 내 장기요양 서비스 이용(장기요양시설 입소율, 신규 장기요양등급 판정 여부, 장기요양등급 상향 여부), 건강 결과 지표(ADL, 노쇠 측정 등), 환자·보호자 만족도 등 총 5가지 항목에 대해 적절성 여부를 조사했다. 그 결과 건강결과지표와 환자·보호자 만족도가 상대적으로 적절한 지표로 평가됐다.

주관식 의견에서 재입원율의 경우 환자의 상태, 질병의 고려가 없으면 불리한 환자에게 서비스 제공을 회피할 위험이 있으므로 필요한 조치가 수반되어야 한다고 밝혔다. 건강결과지표의 경우 환자의 노화, 여타 기저 질환의 자연 경과에 의한 영향을 고려해야 한다는 의견이 있었으며, 이 경우 지표 평가 기간을 제한하여 영향을 최소화할 수 있다. 환자 및 보호자의 만족도는 비록 주관적이지만 환자 증증도 영향을 받을 가능성이 낮다는 의견이 있었다. 성과 지표에 대한 추가 의견으로 일본 보건시설의 경우와 같이 재택복귀율 및 퇴원 후 지역사회 연계율을 고려할 필요가 있다고 하였다.

[그림 3-4-9] 노인 친화적 전환기 의료서비스 성과관리



주: 적절하다는 응답을 한 비율(%).

제4절 가정방문 일차의료

가정방문 일차의료(Home-based Primary Care)란 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 영양사 등 다학제팀이 환자의 집에 방문하여 포괄적이고 연속적인 건강관리를 실시하는 서비스다(Totten et al., 2016).

국내에서 가정방문 일차의료서비스가 제공되고 있는지 여부를 묻는 질문에서 응답자의 82%가 제공하고 있지 않다고 했다(〈표 3-4-3〉 참조). 주관식 의견에서 의료법상 의사의 방문 치료가 인정되지 않는 점, 일부 보건소 등에서 시행되고 있는 방문 물리치료는 형식적인 수준에 머물러 있는 점이 거론되었다. 제공하고 있다는 응답의 경우 넓은 의미에서 방문 간호와 가정간호를 일차의료의 일부로 보아 응답한 경우였다. 특히 2018년부터 장애인주치의제도가 시행 중이고 처음으로 의사의 가정방문 왕진 수가가 책정되고, 만성질환 수가 시범사업을 실시하고 있음에도 불구하고

고 서비스가 포괄적이지 않고, 실질적으로 매우 낮은 수준에서 운영되고 있다고 지적했다. 전문가들은 의사를 포함한 다학제팀의 가정방문 일차 의료에 대해 필요성을 인식하면서도 현 수가체제와 의료 환경에서 운영의 한계가 있다고 보았다.

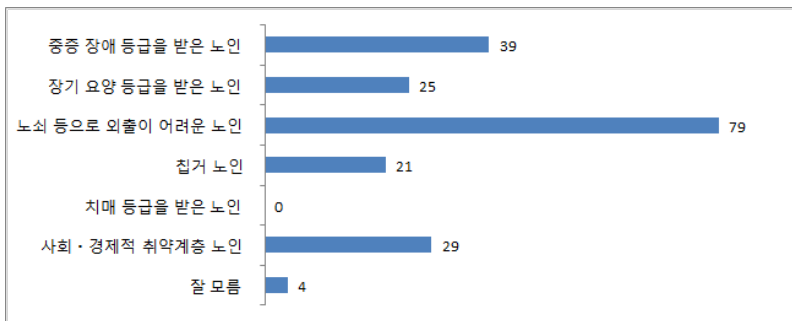
〈표 3-4-3〉 가정방문 일차의료 제공 여부

국내에서 가정방문 일차의료서비스를 제공하고 있다고 생각하십니까?		
	명	%
제공하고 있지 않음	23	82
제공하고 있음	5	18

가정방문 일차의료 대상자를 선정할 때 고려할 사항으로 2개 복수를 선택한 조사 결과 노쇠, 신체기능 저하 등으로 외출이 어려운 노인(79%), 중증 장애 등급을 받은 노인(39%), 사회경제적 취약계층(29%) 순으로 응답했다(〈그림 3-4-10〉 참조).

〔그림 3-4-10〕 가정방문 일차의료 대상자 선정 시 고려 사항

(단위: %)



주관식 의견으로 볼 때 치매 등급을 받은 경우 장기요양보험 대상자로 방문간호서비스를 받기 때문에 선택한 전문가가 없었다. 질병보다는 퇴

원 후 3개월과 같은 특수한 임상적 상황, 환자 상태의 급격한 변화 및 기능 저하가 예견되는 상황, 중증 상태로 병원 방문이 불가한 상태인 경우가 우선 고려 기준이 되어야 하며, 가족과 주변의 지지가 취약한 경우도 소수 의견이었다.

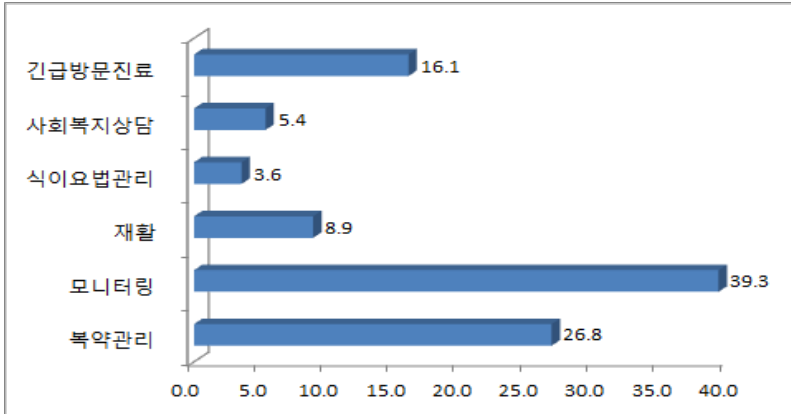
1. 가정방문 일차의료서비스 내용

조사를 거쳐 복약관리, 모니터링, 재활, 식이요법관리, 사회복지상담, 긴급방문진료의 6가지 서비스 내용을 도출했다. 복약관리는 노인포괄평가 후 만성질환, 노인증후군 등에 대한 의사의 약물 처방 및 관리를 포함하며, 모니터링은 노인포괄평가 후 간호사의 주기적 방문, 재활은 노인포괄평가 후 운동능력 저하, 관절구축 등에 대한 재택재활치료, 식이요법관리는 노인포괄평가 후 영양결핍, 근감소증 등에 대한 재택영양관리, 사회복지상담은 노인포괄평가 후 지역사회 자원 연계를 위한 재택 사회복지상담, 긴급방문진료는 응급상황 대처를 위한 24시간 상담전화 및 긴급방문진료를 포함한다.

우선순위는 모니터링, 복약관리, 긴급방문진료 순으로 높았다. 주관식 의견에서 모니터링은 첨단의료기술과 기기의 활용을 고려해야 한다고 했다. 사회복지상담의 경우 지역사회복지팀과 같은 기존 제도의 역할로 보는 의견이 많았다. 긴급방문진료 역시 기존의 119 제도 등을 이용하여 응급실로 내원하는 것이 효율적이라는 의견이 우세했다.

[그림 3-4-11] 가정방문 일차의료서비스 우선순위

(단위: %)



2. 가정방문 일차의료서비스 제공 기관

적절한 제공 기관은 보건소 또는 공공기관에서 다학제의 방문진료팀을 구성하는 경우, 의원, 종합병원 등 민간 의료기관으로 나누어 적절성 여부를 조사하였다. 그 결과 공공기관과 민간 의료기관 각각 71%가 적절하다고 응답하여 상대적으로 높은 응답 기관은 없었다. 단 주관식 의견에서 공공기관의 경우 상당한 재정 투자가 병행되지 않으면 형식적 진료에 머물 우려가 있다고 언급했다.

3. 가정방문 일차의료 지불제도

의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 영양사 등 다학제팀이 환자의 집에 방문하여 포괄적이고 연속적인 건강관리를 제공하는 가정방문 일차 의료서비스에 대한 지불제도는 어떤 방식이 적절한지에 대해 주관식으로 조사하였다.

행위별수가와 포괄수를 혼합하는 방식의 실포괄수가 5회, 포괄수가제 5회로 동일하게 의견이 나뉘었다. 소수 의견은 방문당 수가, 일당제, 인두제, 일당제와 포괄수가제 혼합형이 있었다.

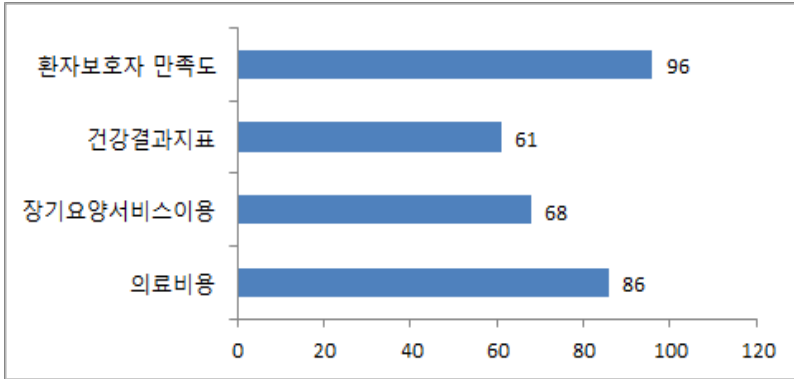
4. 가정방문 일차의료 성과관리

가정방문 일차의료서비스의 가치와 궁극적 목표를 고려한 성과관리가 필요하므로 문헌 조사와 전문가 자문을 거쳐 4가지 항목을 제시하였다. 첫째, 사망률, 장애발생률과 같은 건강결과지표, 둘째, 의료비용(응급실 이용, 불필요한 의료기관 이용 등의 감소), 셋째, 장기요양서비스 이용(장기요양시설 입소율, 신규 장기요양등급 판정 여부, 장기요양등급 상향 여부), 넷째, 환자·보호자 만족도(보호자의 돌봄 부담 감소, 찾아가는 서비스, 24시간 대응 등)이다.

성과관리의 적절성은 환자·보호자 만족도(96%), 의료비용(86%), 장기요양서비스 이용(68%), 건강결과지표(61%) 순으로 나타났다([그림 3-4-12] 참조). 건강결과지표에 대한 주관식 의견에서 사망, 장애 등에 미치는 요소가 많아 효과를 입증하기 위해 통제할 변수가 많고, 특히 단기적으로는 분명한 결과를 도출하기 어려워 부적절하다는 의견이 다수였다. 추가 의견으로 제시한 성과관리 지표는 요양병원 이용률, 일상생활능력(ADL), 와상 발생률, 노쇠평가 등을 종합적으로 측정하는 것이 적절하다고 했다.

[그림 3-4-12] 가정방문 일차의료 성과관리 지표 적절성

(단위: %)



제5절 노인 친화적 보건의료서비스 관련 정책과 제도

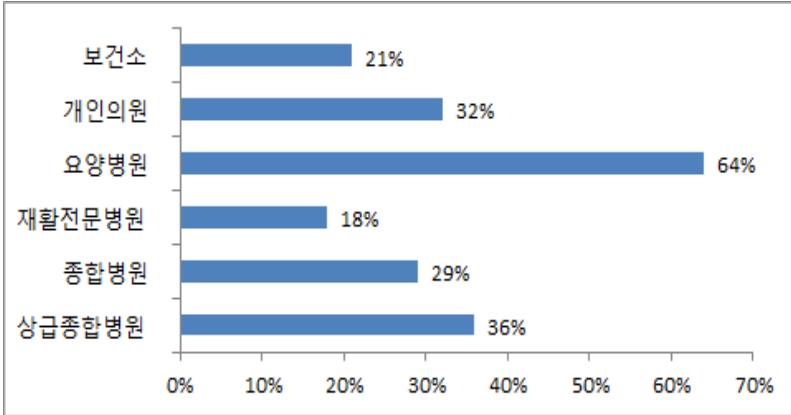
1. 노인 친화적 보건의료서비스 인식 개선

보건의료인, 정책담당자, 보건사업 실무자, 환자와 보호자 등 모든 이해관계자(stakeholders) 전반에 걸쳐 고령화 시대에 필요한 의료서비스에 대한 인식을 개선하고 서비스를 개혁할 필요성이 있는지를 조사한 항목에서 93%가 매우 필요하다고 응답했다.

서비스 인식 개선과 개혁이 가장 시급하다고 생각되는 의료기관 유형은(2개를 복수 선택) 요양병원(64%)이었으며, 재활전문병원은 상대적으로 낮은 응답률을 기록하였다.

[그림 3-4-13] 노인 친화적 의료 인식 개선 및 서비스 개혁이 필요한 기관

(단위: %)



2. 보건의료서비스 인력

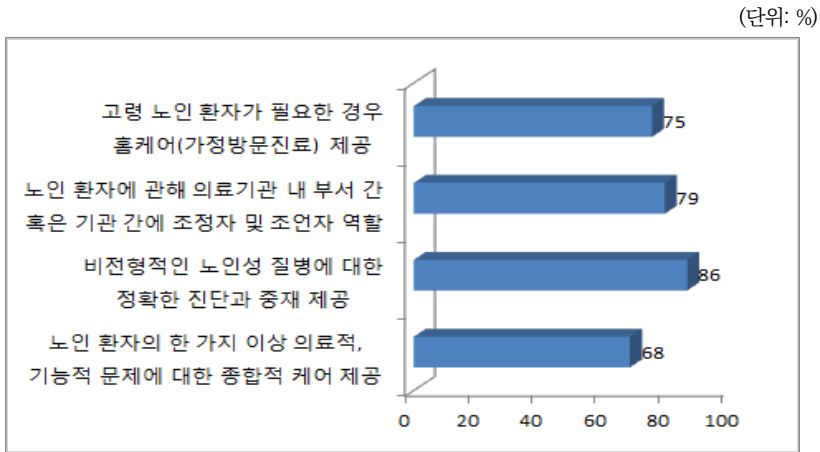
급성기 병원, 재활 및 요양병원, 지역사회 의원, 보건소 등을 포함한 의료기관에서 노인 친화적 서비스를 제공하기 위해 필요한 전문인력 가운데 노인진료전문의, 노인전문간호사, 물리치료사, 약사, 의료사회복지사, 사례관리자, 전환기의료관리자에 대한 조사가 이루어졌다.

가. 노인진료전문의

노인진료전문의 도입이 필요하다는 의견이 68%로 우세했다. 그 역할에 대해 복합 문제에 대한 종합적 케어 제공, 비전형적 노인성 질병에 대한 진단과 증재 제공, 의료기관 내 부서 간 혹은 기관 간 조정자 및 조연자, 가정 방문진료 제공을 제시했다. 조사 결과 가장 높은 우선순위는 비전형적 노인성 질병에 대한 정확한 진단과 증재 제공이었다.

주관식 조사 결과 노인전문의료제도의 도입보다는 기존 여러 진료과 전문의가 노인 진료에 대한 관심을 높이는 방안이 우선이라는 의견이 많았다.

[그림 3-4-14] 노인진료전문의 필요와 역할



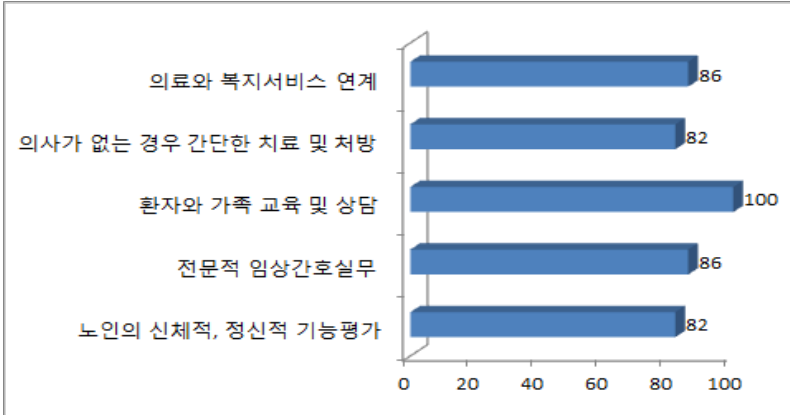
나. 노인전문간호사

노인전문간호사의 양성 확대를 묻는 질문에 필요하다는 의견이 89%로 지배적이었다. 전문 간호사의 신체적·정신적 기능 평가, 임상간호실무, 환자 및 가족에 대한 교육 및 상담, 프로토콜에 정해져 있는 간단한 치료 및 처방, 노인 환자 상태에 따른 의료서비스, 복지서비스 연계 및 조정 역할을 대표로 제시하고 적절성을 조사했다. 환자와 가족에게 교육 및 상담 제공이 최우선 역할이었다.

주관식 응답에서 노인의 신체적·정신적 기능 평가 가운데 운동, 인지, 수부 기능, 통증 평가 등은 해당 영역의 치료사들이 보다 정확하게 평가할 수 있다는 의견이 있었다. 지역 서비스 연계 및 조정은 사회복지 인력이 보다 적합하다는 소수 의견이 있었다.

[그림 3-4-15] 노인전문간호사 양성 확대와 역할

(단위: %)

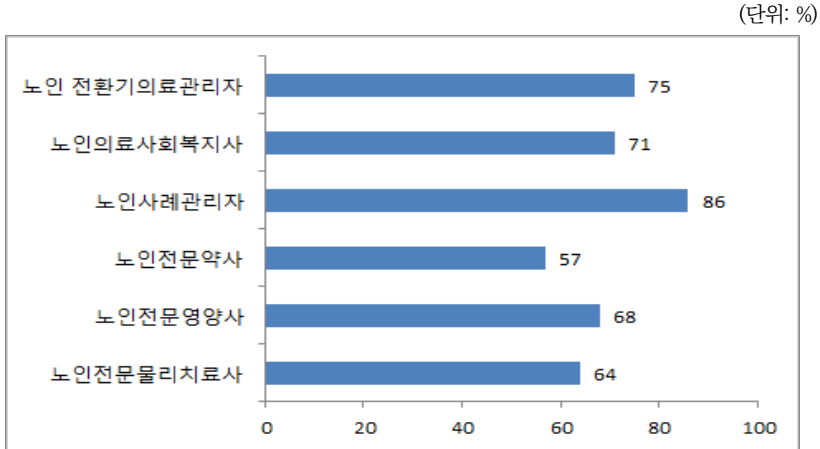


다. 기타 전문인력의 양성 확대

노인 대상 전문성을 갖춘 물리치료사, 영양사, 약사, 의료사회복지사, 사례관리자, 전환간호사 등의 양성 확대에 대한 필요성을 조사하였다. 노인 대상 사례관리자가 상대적으로 높은 응답을 보인 반면 노인전문 약사의 필요성은 낮았다.

기타 전문인력의 양성 확대에 관한 주관식 의견에서 노인의 생애주기가 길어짐에 따라 세분화된 전문인력이 필요하지만, 선제 조건은 다학제 팀원이 함께 의견을 포괄할 수 있는 체계를 만드는 것이라는 의견이 있었다.

[그림 3-4-16] 기타 전문인력의 양성 확대



주: 필요하다는 데 동의한 응답률(%).

3. 정부 조직과 연구개발

가. 정부 조직

노인의 특성에 맞는 보건의료서비스 제공을 위해 노인 친화적 통합 케어 정책 수립, 노인 친화적 보건의료서비스 개발, 의료기관에 대한 체계적 관리, 전문인력 훈련 및 양성, 보건의료서비스와 요양서비스 연계 및 조정과 같은 업무가 필요하다. 이를 수행하기 위한 정부 조직 개편에 대해 알아보았다.

싱가포르의 보건부 산하 통합케어청과 같은 새로운 정부 조직이 필요한지 묻는 질문에는 93%가 그렇다고 응답했다. 보건부 산하에 고령 친화적 통합케어지원단과 같은 실무 지원 조직을 두는 것에 대하여 매우 필요하다는 응답이 54%, 어느 정도 필요하다는 응답이 25%였다.

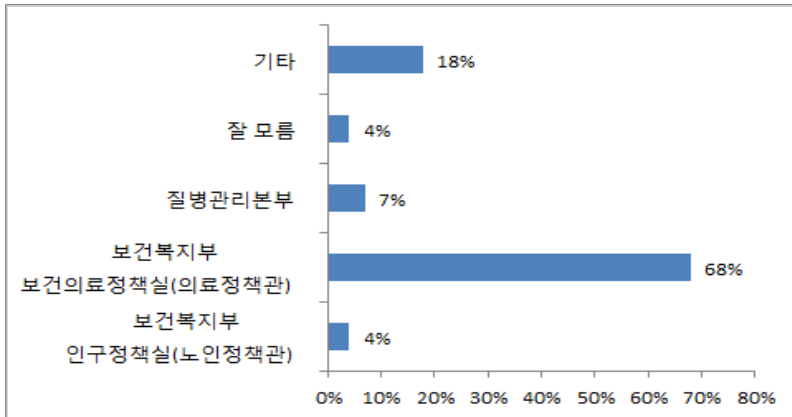
현재 정부 조직에서 노인 친화적 보건의료서비스 제공에 대해 전반적

인 업무를 기획 실행하는 데 적절한 부서를 묻는 질문에 보건복지부 보건 의료정책실(의료정책관)이라는 응답이 지배적으로 높았다.

정부 조직에 관한 주관식 조사 결과 공공성을 바탕으로 의료계 전반에 적용되어야 하는 특성상 정부 조직과 관리 체계가 필요하지만, 담당자 교체가 빈번한 경우 정책 지속성과 실효성에 부정적인 영향이 있으므로 이를 해결할 수 있는 방안이 필요하다는 의견이다. 반면 정부라 주도하여 포괄적으로 관리하기보다는 정부의 역할을 조정과 지원으로 제한하고, 지역의 자원을 활용하는 것이 바람직하다는 소수 의견이 있었다.

[그림 3-4-17] 정부 조직 내 노인 보건의료서비스 관련 업무 추진 부서

(단위: %)



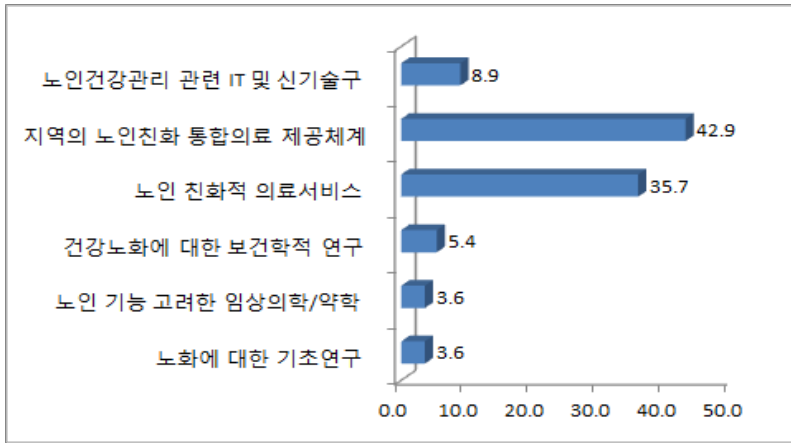
나. 노인 건강 및 질병 관리에 필요한 연구개발 분야

연구개발 분야로 노화에 대한 기초임상 연구, 노인의 생리적 기능을 고려한 임상약학과 약학에 대한 연구, 건강노화 증진에 대한 보건학적 연구, 의료기관의 노인 친화적 보건의료서비스에 대한 연구, 지역의 노인

친화적 통합의료 제공 체계에 대한 연구, 노인 건강관리에 필요한 IT 및 신기술 연구의 6개를 제시하였다. 그 가운데 지역의 노인 친화적 통합의료 제공 체계에 대한 연구가 우선순위였으며, 다음은 의료기관의 노인 친화적 보건의료서비스에 대한 연구가 높았다.

[그림 3-4-18] 노인 건강 및 질병 관리에 필요한 연구개발 분야

(단위: %)



마지막으로 고령화 시대에 필요한 노인 친화적 의료서비스와 관련하여 필요한 정책과 제도, 관련 법 혹은 사업 등에 대해 주관적 의견을 요청하였다. 응답에서 커뮤니티케어 정책에 대한 의견이 많았으며 우리나라의 경우 노인 대상 보건복지 통합서비스와 커뮤니티케어 정책 추진을 위한 관련법 정비가 미진하므로 이에 대한 조치가 필요하다는 의견이 있었다.

제 5 장

3부 결론: 노인 친화적 병원과
진료 체계에 대한 시사점

제1절 연구 결과 요약 및 시사점



5

3부 결론: 노인 친화적 병원과 << 진료 체계에 대한 시사점

제1절 연구 결과 요약 및 시사점

1. 주요 시범사업 결과

대퇴골 골절을 경험하는 노인들은 신체적, 기능적으로 매우 취약하고 노쇠하기 때문에 다학제 간 협력이 매우 중요한 그룹 중 하나이다. 따라서 2017년도 급성기 의료기관 중심 시범사업은 대퇴골 골절을 대상으로 시행하였다. 그 결과로 급성기 병원에서 노인 친화적 병원 프레임 도입 필요성과 함께 노인을 위한 다학제 간 협력, 총체적 접근, 진료의 연속성(Continuity of care)이 중요함을 도출하였다.

2018년도 과제에서는 다학제적 진료를 시행하고 있는 대만, 홍콩, 싱가포르 사례를 고찰하였다. 대만 국립대만대학병원은 재골절 예방 프로그램(FLS)을 시행하고 있는데, 질병에 초점을 맞춘 것이 아니라 다차원적이면서 연속성 있게 노인 건강 문제에 접근하고 있었다. 싱가포르는 간호사, 재활전문가, 의료사회복지사 등으로 구성된 다학제 진료팀이 가정방문을 시행하고 지역 서비스를 연계하는 방법으로 전환기 의료를 제공하고 있었다.

2018년도의 시범사업은 대퇴골 골절 노인, 노년내과 외래 및 입원 노인, 신경외과 수술 노인, 종양내과 노인을 대상으로 시행되었다. 노인 친화적 서비스로 포괄적노인평가를 노년내과 외래 및 입원 환자에게 시행하고, 이를 확대 적용하여 타과(외과 및 내과)와 협력하였다.

노년내과 외래에서 포괄적노인평가를 받은 환자의 14.3%, 입원환자의

53.1%가 일상생활 수행에서 의존적 상태였다. 노년내과 외래환자의 20.4%, 입원환자의 45.4%는 영양실조 위험군이었다. 또한 노년내과 외래 36.7%, 노년내과 입원 16.7%, 신경외과 노인 23.6%, 종양내과 노인 19.5%가 인지기능 저하 의심군이었다. 우울 의심군은 30.5%, 31.7%, 17.8%, 9.2%로 나타났다. 이러한 상태에서 즉각적으로 치료가 필요한 새로운 질병이나 증상이 생기게 되면 노인의 기능적 건강 수준이 떨어져 회복이 지연되거나 이전과 같은 기능을 유지할 수 없게 된다.

상급종합병원에 입원하는 노인은 치료가 시급한 급성기적 문제들을 갖고 있기 때문에 노인의 복합적인 건강 문제에 더해져 일련의 많은 부정적인 건강 결과를 초래할 수 있다. 기능 수준의 감소를 예방하거나 기능 수준을 최대한 유지하기 위한 방법으로 재활 프로그램은 중요하다. 그러나 노년내과 입원 환자 중 1년간 심장재활을 받은 환자는 30명에 그치고 있고, 급성기 병원에서 물리치료 등의 재활 프로그램을 받는 것은 매우 한정적인 노인에게 해당된다.

노년내과 입원 노인 127명 중 85.8%가 집으로, 14.2%가 타 시설로 퇴원하였다. 신경외과 수술 후 노인 113명의 경우에는 74.3%가 집으로, 25.7%가 타 시설로 퇴원하였다. 정형외과 고관절 수술 노인의 경우에는 47.6%가 집으로, 52.4%가 타 시설로 퇴원하였다. 내과 환자보다 외과적 수술을 받은 노인이 재활이나 수술 후 관리가 필요하기 때문에 집으로 퇴원하는 경우보다는 타 시설로 퇴원하는 경우가 많았다. 신경외과의 경우 퇴원 장소에 영향을 미치는 요인으로는 길어진 입원 기간뿐만 아니라 일상적 생활기능, 약력 등 기능적 상태가 중요한 것으로 나타났다. 노년내과 입원환자의 경우에는 길어진 입원 기간, 전반적인 영양 및 건강상태 지표인 체질량지수 (BMI), 나이, 질병중증도, 약력 등이 중요한 요인으로 나타났다.

급성기 병원에서 퇴원하는 노인에게 진료의 연속성 유지를 위해 제공할 수 있는 의료서비스로 타 병원 연계 또는 가정방문을 통한 의료 제공 등이 필요하다. 본 병원에서는 진료 담당과와 진료협력센터 간 협력을 통해 타 병원 연계를 지원했고, 가정방문사업소를 통해 추후 관리를 하였다. 정형외과 대퇴골 골절 수술 노인의 경우 59.0%에서 진료협력센터와, 11.7%에서 가정방문사업소와 다학제 간 협력을 이루었음을 알 수 있었다.

2. 전문가 의견조사 결과

가. 노인 친화적 병원 도입과 진료 프레임 전환

노인 친화적 병원 도입이 필요하다는 것에 거의 모든 전문가가 동의하였다. 노인 친화적 병원 프레임에서 우선순위가 가장 높은 것은 진료제공 체계, 퇴원 후 진료연계체계 구축, 물리적 환경 순으로 나타났다. 질환 중심 의료에서 환자 중심 의료로 혁신하기 위해서는 이를 뒷받침할 수 있는 조직적 리더십이 필요하지만, 상대적 우선순위는 낮게 나타났다.

노인 친화적 진료제공체계에서 가장 우선하는 항목은 시범사업에서 추진한 노인포괄평가였으며, 다음으로 다약제 관리, 재활서비스가 필요하다고 하였다. 일부 전문가들은 다학제 진료팀과 서로 다른 전문직 간 협력 시스템을 중요한 요소로 언급하였다.

노인 친화적 병원 서비스의 주된 장애요인으로는 전문인력의 양과 질 문제 및 지불제도 미비 등이 지적되었다. 노인 친화적 서비스에 대한 지불제도로 전문가들은 과반수 이상 실폐괄수가 개발이 가장 적절한 방안이라고 하였다.

나. 노인 친화적 전환기 의료서비스

노인 친화적 전환기 의료서비스를 노인포괄평가, 퇴원·전환 계획, 서비스 조정, 연계, 자가관리에 대한 교육, 환경에 적응할 수 있도록 하는 통합 케어라고 할 때, 국내 병원의 전환기 의료서비스 제공 여부를 묻는 질문에서 86%가 제공하고 있지 않다고 응답하였다.

급성기 병원에서 퇴원하는 노인 환자가 아급성기 병원 등으로 이동하는 경우 급성기 의료기관은 노인포괄평가와 퇴원·전환 계획을 제공하고, 전환에 필요한 환자 정보를 아급성기 병원 등과 공유해야 한다. 반면 아급성 의료기관 등은 노인의 신체기능을 회복하기 위한 운동재활요법을 제공하고 치료 후 지역으로 퇴원하도록 촉진해야 한다는 의견이 많았다. 전환기 의료서비스 내용으로 노인포괄평가 후 서비스 조정과 중재 제공(중재는 운동, 영양, 복약지도, 자가관리 교육 등을 포함)이 필요하다는 일치된 의견을 보였다.

급성기 병원에서 퇴원하는 노인 환자가 집으로 퇴원하는 경우 전환기 조정·연계, 운동요법 교육, 식이요법 교육, 모니터링, 가정방문 관리, 개인요양을 포함한 통합 케어, 위험증상 인지 등에 대한 자가관리 교육을 포함해야 한다는 의견에 대체로 동의했다. 이 가운데 서비스 조정·연계 필요성에 대한 동의 수준이 86%로 가장 높았다. 서비스 제공 기관으로 적합한 곳은 개인의원, 급성기 병원의 전담부서 순으로 나타났다.

다. 가정방문 일차의료

의사를 포함한 다학제 의료팀이 환자의 집에 방문하여 포괄적이고 연속적인 건강관리를 하는 것을 가정방문 일차의료서비스라고 할 때 국내

에서 가정방문 일차의료서비스가 제공되고 있는지 여부를 묻는 질문에 응답자의 82%가 제공하고 있지 않다고 했다.

가정방문 일차의료 대상자를 선정할 때 고려할 사항으로 노쇠, 신체기능 저하 등으로 외출이 어려운 노인, 중증 장애 등급을 받은 노인, 사회경제적 취약계층 순으로 나타났다.

가정방문 일차의료에서 제공할 수 있는 서비스인 복약관리, 모니터링, 재활, 식이요법관리, 사회복지상담, 긴급방문진료의 6개 항목에 대한 우선순위에서는 모니터링, 복약관리가 높았다

라. 노인 친화적 보건의료서비스 발전을 위한 정책과 제도

보건의료인, 정책담당자, 보건사업 실무자, 환자와 보호자 등 모든 이해관계자(stakeholders) 전반에 걸쳐 고령화 시대에 필요한 의료서비스에 대한 인식을 개선하고 서비스를 개혁할 필요성이 있는지를 조사한 항목에서 93%가 매우 필요하다고 했다. 가장 개혁이 필요한 의료기관은 요양병원이었다.

노인진료전문의 도입이 필요한지를 묻는 질문에 68%가 그렇다고 응답했으며, 노인전문간호사의 양성 확대가 필요하다는 의견이 89%로 높았다. 이들의 역할에 대해 5가지(환자평가, 임상실무, 교육 및 상담, 치료 및 처방, 연계조정)를 제시했는데, 환자 및 가족에 대한 교육 및 상담이 최우선으로 나타났다. 의사가 없는 경우 치료 및 처방하는 것에 대해서도 긍정적 입장이 많았다.

노인에 대한 전문성을 갖춘 물리치료사, 영양사, 약사, 의료사회복지사, 사례관리자, 전환기 의료 관리자의 양성 확대에 관해 필요한지를 조사했다. 노인 대상 사례관리자의 필요가 상대적으로 높았다.

노인 친화적 통합 케어 관련 정책 수립, 의료기관에 대한 체계적 관리, 전문인력 훈련 및 양성, 보건의료서비스와 요양서비스 연계 및 조정 등과 같은 업무를 수행하기 위해 새로운 정부 조직이 필요하다고 응답한 경우가 93%로 나타났다. 현재 정부 조직에서 적절한 부서를 묻는 질문에 보건복지부 보건의료정책실(의료정책관)이라는 응답이 높았다. 연구개발 분야 중에서는 지역 통합의료 제공 체계에 대한 연구와 의료기관의 보건의료서비스에 대한 연구가 개발이 우선 분야로 나타났다.

3. 시사점

노인 친화적 병원에 대한 시범사업과 전문가 의견조사 결과를 종합하여 다음과 같은 시사점을 얻었다.

가장 중요한 핵심은 병원을 포함한 의료서비스는 지금까지와 달리 질병 중심이 아닌 노인 환자 중심으로 프레임을 전환해야 한다는 것이다. 노인은 일반 성인과 달리 노쇠로 인해 외부 스트레스에 대한 회복력(resilience)이 떨어지기 때문이다.

노인 친화적 병원 도입이 필요하다. 노인 친화적 병원이란 질병 치료와 함께 노인포괄평가 등을 포함한 다학제적 협진과 지역사회 연계서비스(전환기 의료)를 제공하는 진료제공체계를 갖춘 형태를 말한다. 또한 급성기 병원 이후 노인 환자 관리를 위해 노인전문병원에 대한 요구도 높다. 지역사회에 있는 노인 환자를 가정간호로는 커버하기 어렵기 때문에 가정방문 일차의료를 개발하여 전환기 의료를 제공하도록 해야 한다.

마지막으로 노인 친화적 보건의료서비스 발전을 위해서는 이를 체계적으로 추진할 수 있는 전담 조직과 거버넌스 구축, 전문인력 양성과 재교육, 지불제도 개선이 반드시 동반되어야 한다는 결론에 도달하였다.

제 4 부

노인 친화적 보건의료서비스 발전을
위한 정책 제언



제 1 장

노인 친화적 보건의료서비스
발전을 위한 정책 제언



1

노인 친화적 보건의료서비스 << 발전을 위한 정책 제언

1. 노인 친화적 보건의료서비스 제공 모형

이 연구는 노인 친화적 보건의료서비스 발전 방안을 모색하기 위한 것이다. 이를 위해 2부에서는 지역사회 노쇠 예방 및 관리를 다루었고, 3부에서는 노인 친화적 병원, 전환기 의료, 가정방문 일차의료에 대한 내용을 다루었다.

연구 결과 지역사회 노쇠관리의 핵심은 노쇠 단계에 따른 차별화된 접근이다. 건강한 노인을 주 대상으로 하는 집단적 중재와 개인에 대한 포괄적 건강평가에 따른 맞춤형 서비스를 제공해야 하는 것인데, 전자에 비해 후자의 상황은 매우 미흡하다는 것이다. 이를 극복하기 위해서는 2~3개 동 단위를 관장하는 다학제적 커뮤니티케어팀이 필요하다는 결론을 내렸다.

병원을 포함한 의료서비스는 지금까지와 달리 질병 중심이 아닌 노인 환자 중심으로 프레임을 전환하는 것이 필요하다. 노인은 일반 성인과 달리 노쇠로 인해 외부 스트레스에 대한 회복력(resilience)이 떨어지는 문제를 해결해야하기 때문이다. 따라서 노인 친화적 병원을 도입하는 것은 프레임 전환을 달성하는 핵심 전략이 될 것이다. 노인 친화적 병원에서는 노인의 신체적, 정신적 기능 회복을 포함한 환자 중심 의료서비스를 제공해야 한다. 구체적으로는 노인포괄평가를 바탕으로 한 케어 플랜 수립, 기능 회복 서비스, 다학제적 협진과 전환기 의료 등을 포함하는 진료제공 시스템을 갖추어야 한다는 것이다.

급성기 병원에서는 노인 환자가 회복할 때까지 입원해 있는 것이 어렵고 가정간호서비스는 제한적이다. 따라서 아급성기 서비스(노인전문병원 등), 전환기 의료를 제공하는 가정방문 일차의료 등이 필요하다는 결론에 도달하였다.

2, 3부의 연구 내용을 종합하여 노년 친화적 보건의료서비스 제공 모형을 구성하였다. 가장 중요한 것은 점선으로 표시된 지역사회 케어팀, 가정방문 일차의료, 노인 친화적 급성기와 아급성기(재활) 병원과 가정방문 일차의료 등에 관한 제공 체계를 갖추어야 한다는 것이다([그림 4-1-1] 참조).

[그림 4-1-1] 노인 친화적 보건의료서비스 제공 모형

노쇠 단계	건강한 상태 ----- 전노쇠 상태 ----- 노쇠 상태			
서비스 유형	노쇠 예방 (인구집단)	노쇠 관리 (개인)	노쇠 관리 + 질병 관리 (개인)	노쇠+질병+요양 (개인)
노인 친화적 보건의료서비스	예방교육 및 프로그램	노쇠관리를 위한 케어플랜/ 다학제적 서비스	노인 친화적 의료서비스 노인포괄평가, 다학제적 진료, 재활서비스 전환기의료(가정방문의료/간호), 데이케어서비스 등	
서비스 제공 주체/기관	보건소(지소) 동사무소, 건보공단, 복지관 등	큰동 단위 보건소 커뮤니티 케어팀	가정방문일차의료 제공 의원 데이케어 센터	노인 친화적 급성기 병원과 재활병원

주: 요양서비스 관련 내용은 연구 대상이 아니어서 모형에서 제외하였다.

2. 노인 친화적 보건의료서비스 구축을 위한 제언

고령화 시대의 보건의료서비스는 건강노화를 비전으로 하여 가능하면 노인이 지역에서 삶을 영위할 수 있도록 해야 한다. 이를 위해 지역사회와 병원 모두 노인 친화적 보건의료서비스를 제공하는 체계를 구축해야 한다.

노인 친화적 서비스를 제공하기 위해서는 보건의료체계가 일반 성인과 다른 노인의 신체적, 정신적 특성을 반영하기 위해 질병 중심에서 환자 중심 프레임으로 전환해야 한다. 환자 중심 프레임으로 전환한다는 의미는 다음과 같은 원칙을 가지고 서비스를 제공해야 한다는 의미이다.

- 첫째, 노인의 신체적, 정신적 기능 회복력을 증진한다.
- 둘째, 노인과 가족의 의사를 존중해야 한다.
- 셋째, 노인 대상 보건의료서비스는 근거 중심적이면서 포괄성을 갖추어야 한다.
- 넷째, 다학제 협진과 개인 아닌 팀으로 서비스를 제공하도록 권장한다.
- 다섯째, 서비스가 단절되지 않고 지속적으로 연계될 수 있어야 한다.

전문가 의견조사를 포함한 연구 결과를 바탕으로 노인 친화적 보건의료서비스 제공 체계를 구축하기 위해 한 정책 과제를 제안하였다. 5개 영역으로 구분해서 제시하였다.

○ 전략과 거버넌스

- 노인 친화적 보건의료정책을 체계적으로 추진하기 위해 노인 보건의료혁신청과 고령 친화 통합케어지원단과 같은 새로운 거버넌스 체계를 구축한다.
- 건강노화를 비전으로 하는 노인 친화적 보건의료서비스 프레임과 원칙을 포함한 발전 전략을 수립한다.
- 보건의료인과 정책 담당자의 노인 친화적 보건의료 프레임과 서비스에 대한 인식을 개선하고 전문가 사회 합의를 지원한다.

○ 전문인력 양성과 교육

- 노인 친화적 보건의료서비스에 대한 전문성을 갖춘 인력 양성 계획을 수립한다.
- 기존 인력의 역량 증진에 필요한 교육훈련 프로그램을 개발하고 교육 사업을 추진한다.
- 노인의학전문의, 노인전문간호사, 물리치료사, 운동처방사 등을 양성한다.

○ 지역사회 노쇠 예방 및 관리서비스

- 노쇠 예방과 관리를 지역사회 커뮤니티케어에 포함한다. 노쇠 스크리닝, 대상자 등에 대한 서비스 제공 전략과 내용을 개발한다.
- 전노쇠·노쇠 단계에 있는 노인을 대상으로 개별화된 서비스를 제공하기 위해 지역사회 큰 동 단위 노인전문간호사 중심 다학제적 케어팀을 양성한다.
- 노인 친화적 보건의료 발전 전략을 수립하고 지역사회와 의료기관 특성을 고려한 시범사업을 추진한다.

○ 일차의료와 전환기 의료

- 일차의료의 만성질환관리 기능을 확대하여 전환기 의료를 제공할 수 있도록 가정방문 일차의료, 데이케어센터 등을 추진한다.
- 일차의료 의사들이 노인의 전환기 의료 및 노쇠관리서비스 제공에 필요한 역량을 갖추도록 지원한다.
- 노쇠와 질병 관리를 위한 포괄적 서비스에 대한 지불제도를 개선하고 예산을 확보한다.

○ 노인 친화적 병원

- 급성기 병원과 전문병원 등에 노인 친화적 병원 제도를 도입하고 정책적으로 지원한다.
- 노인 친화적 서비스를 제공할 수 있는 의사와 간호사를 확보하고 역량을 증진할 수 있도록 지원한다.
- 노인 친화적 서비스로 제공해야 할 신규 서비스, 다학제적 서비스, 묶음 서비스 등을 위한 지불제도를 개선한다. 이후 노인 친화적 병원 인증과 질 평가제도 도입을 고려한다.



<1부>

김철호. (2006). 노인 질환의 특징. *대한내과학회지*, 71(2), S844-S867.

통계청. (2016. 12. 7). 장래인구추계: 2015-2065년 보도자료.

통계청. (2017). 2017년 인구총조사 성,연령 자료.

http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01#SelectStatsBoxDiv
v. 2018. 11. 1. 인출

Hirschman, K. B., Shaid, E., Bixby, M. B., Badolato, D. J., Barg, R., Byrnes, M. B., ... & Naylor, M. D. (2017). Transitional care in the patient-centered medical home: Lessons in adaptation. *Journal for Healthcare Quality*, 39(2), 67-77.

RGP. (2015). Senior Friendly Hospital Care in the Central East Local Health Integration Network: Summary of Self-Assessment Responses.

https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2017/12/SFH_Care_in_CEHIN_2015.pdf 2018 10. 10. 인출

Wong, K., Liu, B., & Ryan, D. (2012). Senior friendly hospital care across Ontario: Summary report and recommendations. Ontario Local Health Integration Network.

<2부>

국가통계포털 홈페이지. 주민등록인구현황(2018. 1.).

http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=I2. 2018. 2. 12. 인출.

국민건강보험공단. (2017). *2017 비만백서 - 비만은 질병입니다*. 원주: 국민건강보험공단.

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

김창오, 이희연, 호승희, 박현숙, 박철우. (2010). 허약노인을 위한 방문재활 프로그램의 장애발생예방 효과에 대한 연구. *한국노년학*, 30(4), 1293-1309.

김창오, 김문중(2011). 허약노인의 개념적 정의와 조작화에 대한 국내의 연구현황. *가정의학회지*, 1(2), 85-93.

김창오, 선우덕. (2015). 기능장애, 장기요양 필요 및 사망 예측을 위한 허약측정 도구의 개발. *한국노년학*, 35(2), 451-474.

박민상. (2016. 4.14.). 충청저널. 예산군보건소, 허약노인 예방프로그램 운영 오는 18일부터 근력강화로 노년을 활기차게.

<http://www.ccjournal.net/news/article View.html?idxno=2513>
2018. 10.1. 인출.

박은옥, 유미. (2016). 취약계층 노인의 연령별 허약정도와 관련 요인. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 46(6), pp. 848-857.

보건복지부. (2018a). *2018년 희망복지지원단 업무안내*. 세종: 보건복지부

보건복지부. (2018b). *2018년 노인보건의료사업안내 II*. 세종: 보건복지부

보건복지부, 한국건강증진개발원. (2016). *2015년 지역사회 건강증진통합사업 우수사례집*. 세종: 보건복지부

보건복지부, 한국건강증진개발원. (2018a). *2018년 지역사회 통합건강증진 사업 안내(총괄)*. 세종: 보건복지부

- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2018b). *2018년 지역사회 통합건강증진사업 안내(영양)*. 세종: 보건복지부
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2018c). *2018년 지역사회 통합건강증진사업 안내(신체활동)*. 세종: 보건복지부
- 서울특별시, 서울특별시 공공보건의료지원단. (2014). *2014 서울시 건강격차 모니터링*. 서울: 서울특별시
- 서울특별시. (2018). *찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼(건강)*. 서울: 서울특별시 원장원. (2017). 노쇠의 평가와 관리. *Journal of the Korean Medical Association*, 60(4), 314-320.
- 이윤환. (2015). 근거중심의 노쇠 예방. *대한노인병학회지*, 19(3), pp.121-129
- 조맹제, 배재남, 서국희, 함봉진, 김장규, 이동우, & 강민희. (1999). DSM-III-R 주요우울증에 대한 한국어판 Geriatric Depression Scale (GDS) 의 진단적 타당성 연구. *신경의학회지*, 38(1), 48-63.
- 호승희·김창오·박철우·김은주·박현숙·박선경·이희연·박미영. (2009). *허약노인의 장애발생예방을 위한 지역사회 방문재활 프로그램의 운영 및 평가*. 서울: 국립재활원.
- 황승현. (2018). *지역기반 통합적 건강돌봄 인프라 구축을 위한 커뮤니티케어*. 국회 토론회.
- Age in UK. (2014). *Fit for frailty - British Geriatrics Society*. Retrieved from <https://www.bgs.org.uk>
- Bauer, J., Biolo, G., Cederholm, T., Cesari, M., Cruz-Jentoft, A. J., Morley, J. E., ... Boirie, Y. (2013). Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 542-559. doi: 10.1016/j.jamda.2013.05.021.

- Bavazono, A., Badiani, E., Bandinelli, S., Benvenuti, F., Berni, G., Biagini, C. A., ... Tonelli, L. (2013). *Frailty in elderly people*. (SNLG Regions 21). Retrieved from <http://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/Frailty+in+elderly+people/9327bb85-6d3c-4e1b-a398-669e76ce5b01?version=1.0>
- BC Guidelines.ca. (2017). *Frailty in older adults - Early identification and management*. Retrieved from <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/frailty>
- Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Goberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). *Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: A systematic review and meta-analysis*. *The Lancet*, 371(9614), 725-735. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60342-6.
- Boult, C., Green, A. F., Boult, L. B., Pacala, J. T., Snyder, C., & Leff, B. (2009). Successful models of comprehensive care for older adult with chronic conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(12), 2328-2337. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02571.x.
- British Geriatrics Society. (2017). *Fit for frailty part1-Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings*. London: British Geriatrics Society
- Cawood, A. L., Elia, M., & Stratton, R. J. (2012). Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. *Ageing Research Reviews*, 11(2), 278-296. doi: 10.1016/j.arr.2011.12.008.

- CDC. (2015). *PREVENTING FALLS: A Guide to Implementing Effective Community-Based Fall Prevention Programs*. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Cesari, M. (2012). Frailty and Aging. *Journal of Frailty and Aging*, 1(1), 3-6.
- Daniels, R., van Rossum, E., de Witte, L., Kempen, G. I., & van den Heuvel, W. (2008). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 8(1), 278. doi: 10.1186/1472-6963-8-278.
- Dedeyne, L., Deschodt, M., Verschueren, S., Tournoy, J., & Gielen, E. (2017). Effects of multi-domain interventions in (pre) frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 873-896. doi: 10.2147/CIA.S130794.
- Dent, E., Lien, C., Lim, W. S., Wong, W. C., Wong, C. H., Ng, T. P., ... Flicker, L. (2017). The Asia-Pacific clinical practice guidelines for the management of frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 564-575. doi: 10.1016/j.jamda.2017.04.018.
- European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging. (2012). *Action plan on prevention and early diagnosis of frailty and functional decline, both physical and cognitive, in older people*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/action-plan-prevention-and-early-diagnosis-frailty-and-functional-decline-both-physical-and_en
- European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. (2013). *A Compilation of Good Practices: Action group on*

"Prevention and early diagnosis of frailty and functional decline, both physically and cognitive, in older people".

- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A(3).
- Grabowski, D. C. (2006). The cost-effectiveness of noninstitutional long-term care services: Review and synthesis of the most recent evidence. *Medical care research and review*, 63(1), 3-28.
- Gwyther, H., Shaw, R., Dauden, E J., D'Avanzo, B., Kurpas, D., Bujnowska-Fedak, ... Holland, C. (2018). Understanding frailty: a qualitative study of European healthcare policy-makers' approaches to frailty screening and management. *BMJ Open*, 8(1), e018653. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018653.
- Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(3), 298-307. Retrieved from <https://academic.oup.com/biom-edgerontology>
- Ichida, Y., Hirai, H., Kondo, K., Kawachi, I., Takeda, T., & Endo, H. (2013). Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. *Social Science and Medicine*, 94, 83-90. doi: 10.1016/j.socscim ed.2013.05.006.
- Iijima, K. (2018). 노쇠관리를 통한 장기요양예방의 일본사례. 장기요양과 치매 예방을 위한 노쇠관리의 중요성. 노쇠코호트 사업 심포지움 자료집.

- Institute of Gerontology, *The University of Tokyo. Large-scale longitudinal study for prevention of sarcopenia-related frailty have been completed.* http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/?page_id=3020&lang=en. 2018. 9. 27. 인출.
- Institute of Gerontology, The University of Tokyo.
<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/?p=1746&lang=en>. 2018. 9. 25.
인출.
- Jung, H. W., Yoo, H. J., Park, S. Y., Kim, S. W., Choi, J. Y., Yoon, S. J., ... & Kim, K. I. (2016). The Korean version of the FRAIL scale: clinical feasibility and validity of assessing the frailty status of Korean elderly. *The Korean journal of internal medicine, 31(3)*, 594-600.
- Kim, C. O., & Lee, K. R. (2013). Preventive effect of protein-energy supplementation on functional decline of frail older adults with low economic status: A community-based randomized controlled study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 68(3)*, 309-316. doi: 10.1093/gerona/gls167.
- Kim, C. O., & Jang, S. N. (2018). Home-based primary care for homebound older adults: Literature review. *Annals of Geriatric Medicine and Research, 22(2)*, 62-72. doi.org/10.4235/agmr.2018.22.2.62
- Kim, H., Suzuki, T., Kim, M., Kojima, N., Shimotoyodome, A., Hase, T., ... Yoshida, H. (2015). Effects of exercise and milk fat globule membrane (MFGM) supplementation on body composition, physical function, and hematological parameters in community-dwelling frail Japanese women: a randomized double blind, placebo-controlled, follow-up trial. *PLoS One*,

- 10(2), e0116256. doi: 10.1371/journal.pone.0116256.
- Kwon, J., Yoshida, Y., Yoshida, H., Kim, H., Suzuki, T., & Lee, Y. (2015). Effects of a combined physical training and nutrition intervention on physical performance and health-related quality of life in prefrail older women living in the community: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*(3), 263.e1-8. doi: 10.1016/j.jamda.2014.12.005.
- Landi, F., Cesari, M., Calvani, R., Cherubini, A., Di Bari, M., Bejuit, R., ... & Vellas, B. (2017). The “Sarcopenia and Physical frailty IN older people: multi-component Treatment strategies”(SPRINTT) randomized controlled trial: design and methods. *Aging Clinical and Experimental Research, 29*(1), 89-100.
- Leff, B. (2003). Community-based long-term care and home care. In W. R. Hazzard, J. P. Blass, J. B. Halter, J. G. Ouslander & M. E. Tinetti (5th Eds.) *Principles of geriatric medicine and gerontology*. (pp. 211-218). New York, USA: McGraw-Hill.
- Low, L. F., Yap, M., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research, 11*(1), 93. doi: 10.1186/1472-6963-11-93.
- Lynch, G. S., Schertzer, J. D., & Ryall, J. G. (2007). Therapeutic approaches for muscle wasting disorders. *Pharmacology and Therapeutics, 113*(3), 461-487. Retrieved from <https://www.journals.elsevier.com/pharmacology-and-therapeutics>
- Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K., & Montgomery, P. (2014). Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: A systematic

- review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(3), e89257. doi: 10.1371/journal.pone.0089257.
- Milne, A. C., Potter, J., Vivanti, A., & Avenell, A. (2009). Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Systematic Review*, CD003288. doi: 10.1002/14651858.CD003288.pub3.
- Ng, T. P., Feng, L., Nyunt, M. S. Z., Feng, L., Niti, M., Tan, B. Y., ... Yap, K. B. (2015). Nutritional, Physical, Cognitive, and Combination Interventions and Frailty Reversal Among Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Medicine*, 128(11), 1225-1236. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.06.017.
- Oeseburg, B., Wynia, K., Middel, B., & Reijneveld, S. A. (2009). Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: A systematic review. *Nursing Research*, 58(3), 201-210. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181a30941.
- Olsan, T. H., Shore, B., & Coleman, P. D. (2009). A clinical microsystem model to evaluate the quality of primary care for homebound older adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(5), 304-313. doi: 10.1016/j.jamda.2009.02.003.
- OpenEidos. *YUBI-WAKKA FINGER-RING TEST*. <http://openeidos.tistory.com/3814> 2018. 9. 25. 인출.
- Puts, M. T. E., Toubasi, S., Andrew, M. K., Ashe, M. C., Ploeg, J., Atkinson, E., ... & McGilton, K. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age and ageing*, 46(3), 383-392.

- Rich, E. C., Lipson, D., Libersky, J., Peikes, D. N., & Parchman, M. L. (2012). Organizing care for complex patients in the patient-centered medical home. *Annals of Family Medicine, 10(1)*, 60-62. doi: 10.1370/afm.1351.
- Reigeluth, C. M., & Frick, T. W. (1999). Formative research: A methodology for creating and improving design theories. In Reigeluth, C. M. *Instructional-Design Theories and Models, Vol. II: A New Paradigm of Instructional Theory*. (pp. 633-652). Lawrence Erlbaum Associates.
- Reuben, D. B. (2003). Principles of geriatric assessment. In W. R. Hazzard, J. P. Blass, J. B. Halter, J. G. Ouslander & M. E. Tinetti (5th Eds.) *Principles of geriatric medicine and gerontology*. (pp. 99-110). New York, USA: McGraw-Hill.
- Shinkai, S., Taniguchi, Y., Murayama, H., Nishi, M., Amano, H., ... & Fujiwara, Y. (2016). Public health approach to preventing frailty in the community and its effect on healthy aging in Japan. *Geriatrics & gerontology international, 16(S1)*, 87-97.
- Stall, N., Nowaczynski, M., & Sinha, S. K. (2014). Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 62(12)*, 2243-2251. doi: 10.1111/jgs.13088.
- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Rubenstein, L. Z., & Adams, J. (1993). Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet, 342(8878)*, 1032-1036. doi.org/10.1016 /0140-6736(93)92884-V
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and

- meta-regression analysis. *JAMA*, 287(8), 1022-1028. doi:10.1001/jama.287.8.1022
- Tanaka, T., Takahashi, K., Hirano, H., Kikutani, T., Watanabe, Y., Ohara, Y., ... & Iijima, K. (2017). Oral Frailty as a Risk Factor for Physical Frailty and Mortality in Community-Dwelling Elderly. *The journals of gerontology*. Series A, Biological sciences and medical sciences.
- Tanaka, T., Takahashi, K., Akishita, M., Tsuji, T., & Iijima, K. (2018). “Yubi-wakka”(finger-ring) test: A practical self-screening method for sarcopenia, and a predictor of disability and mortality among Japanese community-dwelling older adults. *Geriatrics & gerontology international*, 18(2), 224-232.
- Tappenden, P., Campbell, F., Rawdin, A., Wong, R., & Kalita, N. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 16(20), 1-20. doi: 10.3310/hta16200.
- Tieland, M., van de Rest, O., Dirks M. L., van der Zwaluw, N., Mensink, M., van Loon, L. J., & de Groot, L. C. (2012). Protein supplementation improves physical performance in frail elderly people: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(8), 720-726. doi: 10.1016/j.jamda.2012.07.005.

〈3부〉

- 기백석. (1996). 한국판 노인우울척도 단축형의 표준화 예비연구. 35(2), pp.298-307.
- 김남순, 박은자, 전진아, 서제희, 정연, 이용주, 김창오 외. (2017). *고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형*. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김창오. (2018.6.29.). *Senior friendly healthcare services and management of frailty in aged society* (심포지엄 발표자료). 보건사회연구원·연세의료원.
- 문옥륜. (2011). 대만의 건강보험 관리운영체제. *의료정책포럼*. 9(1). pp.35-45.
- 백상숙. (2018). *한국 고령 환자 전환기 의료 관리체계 개선 방안-미국, 호주 비교법 제도 연구* [박사논문]. 연세대학교
- 세브란스병원. (2018). *가정전문간호사실 업무 내용*. Retrieved from 세브란스병원 website: https://sev.iseverance.com/guidance/support_dept/home_nursing/home_nurse_busin.
- 신성식, 이민영, 정종훈, 박정렬, 백수진. (2017.11.28.). “그 나이엔 원래 아파요” 의사의 말이 더 아픈 노인들. *중앙일보*, <https://news Joins.com/article/22154253>.
- ㈜에이치앤컨설팅. (2015). *한국의료 홍콩 진출 가이드*. 서울: 한국보건산업진흥원.
- 오지연, 양윤준, 김병성, 강재현. (2007). 한국어판 단문형 국제신체활동설문(IPAQ)의 신뢰도와 타당도. *가정의학회지*, 28(7), p.532-541.
- 임정기. (2008). 의사결정분석을 이용한 우리나라 노인의 요양시설서비스 이용 결정요인에 관한 연구. *한국사회복지학*. 60(3). pp.129-150.
- 이재호, 최용준, 김수영, 김용식, 박훈기, 전태희, & 홍승권. (2014). 텔레피업을 이용한 일차의료 개념정의. *보건행정학회지*, 24(1), 100-106.
- 조흥준. (2001). 외국의 가정간호와 방문진료 현황. *가정의학회지*, 22(3), S348-S353.

- 최용준·고병수·조경희·이재호. (2013). 일차의료의 개념과 가치, 그리고 한국의 현실과 과제. *Journal of Korean Medical Association*, 56(10), 856-865.
- 한국보건사회연구원·연세대학교 의료원. (2017. 8. 30.). 노인 친화적 보건의료 서비스와 노쇠관리에 관한 국제심포지엄(자료집). 세종: 한국보건사회연구원
- Åkesson, K., Marsh, D., Mitchell, P. J., McLellan, A., Stenmark, J., Pierroz, D., et al. (2013). Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporosis International*, 24(8), 2135-2152.
- AIC (2018. 4. 12.). *Integrating Care in Singapore (싱가포르 출장 발표자료)*. 한국보건사회연구원·연세대학교 의료원.
- American Hospital Association, (2018). *Creating Age-Friendly Health Systems*. Issue brief. <https://www.aha.org/system/files/2018-08/age-friendly-v17.pdf>
- Arend, J., Tsang-Quinn, J., Levine, C., & Thomas, D. (2012). The patient-centered medical home: History, components, and review of the evidence. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 79(4), 433-450.
- Béland, F., & Hollander, M. J. (2011). Integrated models of care delivery for the frail elderly: International perspectives. *Gaceta Sanitaria*, 25(S), 138-146.
- Boult, C., Green, A. F., Boult, L. B., Pacala, J. T., Snyder, C., & Leff, B. (2009). Successful models of comprehensive care for older adult with chronic conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(12), 2328-2337.

- British Columbia Provincial Seniors Hospital Care Working Group. *Hospital Care for Seniors Clinical Care Management Guideline: 48/6 Model of Care V7*. November 2014. Retrieved from https://www.clwk.ca/wp-content/uploads/buddychared/48-6-Practice-Statements_Complete-Package_Nov2014.doc
- Brown, A. S., Brummel-Smith, K., Burgess, L., D'Agostino, R. B., Goldschmidt, J. W., Halter, J. B., . . . Raskind, M. (1988). National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-making. *Journal of the American Geriatric Society, 36(4)*, pp.342-347.
- Chan, D. D., Chang, L. Y., Akesson, K. E., Mitchell, P., Chen, C. H., Michael Lewiecki, E., et al. (2018). Consensus on best practice standards for Fracture Liaison Service in the Asia-Pacific region. *Arch Osteoporos, 13(1)*, 59.
- Chan, D. D. (2018. 4. 9.). *Outcomes and trouble shootings for FLSs*(대만 출장 발표자료). National Taiwan University Hospital
- Charlson, M., Szatrowski, T. P., Peterson, J., & Gold, J. (1994). Validation of a combined comorbidity index. *Journal of clinical epidemiology, 47(11)*, pp.1245-1251.
- Chiou, S. T., & Chen, L. K. (2009). Towards age-friendly hospitals and health services. *Archives of gerontology and geriatrics, 49*, S3-S6.
- Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society, 51(4)*, 556-557.
- Creditor, M. C. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of internal medicine, 118(3)*, 219-223.

- DeCherrie, L. V., Soriano, T., & Hayashi, J. (2012). Home-based primary care: A needed primary-care model for vulnerable populations. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 79(4), 425-432.
- Department of Social Services (2015). *Transition Care Programme Guidelines*. Australian Government.
- Eamer, G., Saravana-Bawan, B., van der Westhuizen, B., Chambers, T., Ohinmaa, A., & Khadaroo, R. G. (2017). Economic evaluations of comprehensive geriatric assessment in surgical patients: a systematic review. *Journal of Surgical Research*, 218, pp.9-17.
- Egwu, I. N. (1984). Update: Primary care is not the same as primary health care, or is it?. *Family and community health*, 7(3), 83-88.
- Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, G. P., McCann, R., & Fox, N. (1997). Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): An innovative model of integrated geriatric care and financing. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(2), 223-232.
- Frank, C., & Wilson, C. R. (2015). Models of primary care for frail patients. *Canadian Family Physician*, 61(7), 601-606.
- Hall, C. A., & Reynolds-Iii, C. F. (2014). Late-life depression in the primary care setting: Challenges, collaborative care, and prevention. *Maturitas*, 79(2), 147-152.
- Hansen, J. C. (2008). Community and in-home models. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 83-87.
- Inouye, S. K., Bogardus Jr, S. T., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Cooney Jr, L. M. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England journal of medicine*, 340(9), 669-676.

- IOF. (2014). *Capture the Fracture* from http://capturethefracture.org/sites/default/files/2014-IOF-CTF-best_practice_framework.pdf
- Jung, H.-W., Yoo, H.-J., Park, S.-Y., Kim, S.-W., Choi, J.-Y., Yoon, S.-J., . . . Kim, K.-i. (2016). The Korean version of the FRAIL scale: clinical feasibility and validity of assessing the frailty status of Korean elderly. *The Korean journal of internal medicine*, *31*(3), pp.594.
- Kaiser, M. J., Bauer, J., Ramsch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T., . . . Maggio, M. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*, *13*(9), pp.782.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, *185*, pp.914-919.
- Kim, T. H., Jhoo, J. H., Park, J. H., Kim, J. L., Ryu, S. H., Moon, S. W., . . . Do, Y. J. (2010). Korean version of mini mental status examination for dementia screening and its' short form. *Psychiatry investigation*, *7*(2), pp.102-108.
- Karlin, B. E., & Karel, M. J. (2013). National integration of mental health providers in VA home-based primary care: An innovative model for mental health care delivery with older adults. *The Gerontologist*, *54*(5), 868-879.
- Kim, C. O., & Jang, S. N. (2018). Home-based primary care for homebound older adults: Literature review. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, *22*(2), 62-72.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people:

- self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist*, 9(3_Part_1), pp.179-186.
- Leung, K. S., Yuen, W. F., Ngai, W. K., Lam, C. Y., Lau, T. W., Lee, K. B., et al. (2017). How well are we managing fragility hip fractures? A narrative report on the review with the attempt to setup a Fragility Fracture Registry in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, 23(3), 264-271.
- Liu, B. (2017. 8. 29.). 노인친화적 병원: 정책과 실천 (포럼 발표자료). 연세대학교 의료법윤리학 연구원.
- Low, L. F., Yap, M., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC health services research*, 11(1), 93.
- Low, L. F., & Fletcher, J. (2015). Models of home care services for persons with dementia: a narrative review. *International Psychogeriatrics*, 27(10), 1593-1600.
- Oeseburg, B., Wynia, K., Middel, B., & Reijneveld, S. A. (2009). Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: A systematic review. *Nursing Research*, 58(3), 201-210.
- Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., & Carbone, P. P. (1982). Toxicity and response criteria of the eastern cooperative oncology group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5, pp. 649-655.
- Parke, B., & Stevenson, L. (1999, September). *Creating an elder-friendly hospital*. In Healthcare Management Forum (Vol. 12, No. 3, pp. 45-48). Elsevier.
- Peitzman, S. J. (2009). The Fielding H. Garrison lecture: "I am their physician": Dr. Owen J. Wister of Germantown and his too many patients. *Bulletin of the History of Medicine*, 83(2), 245-270.

- Ravinder Singh Sachdev (2018. 4.13). *Transitional Care Service* (싱가포르 출장 발표자료). Tan Tock Seng Hospital
- RGP Toronto. (2017). *The Senior Friendly Care Framework*. Retrieved from https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2017/12/sfCare_Framework.pdf
- Rich, E. C., Lipson, D., Libersky, J., Peikes, D. N., & Parchman, M. L. (2012). Organizing care for complex patients in the patient-centered medical home. *Annals of Family Medicine, 10*(1), 60-62. doi: 10.1370/afm.1351.
- Shin, HS. (2018.2.6). *Home health care* (가정간호사업소 연계에 관한 미팅 발표자료). 연세의료원 노년내과.
- Shu, C. C., Hsu, N. C., Lin, Y. F., Wang, J. Y., Lin, J. W., & Ko, W. J. (2011). Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: an experimental study. *BMC medicine, 9*(1), 96.
- Smith, S. M., Cousins, G., Clyne, B., Allwright, S., & O'Dowd, T. (2017). Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*, CD004910.
- Stall, N., Nowaczynski, M., & Sinha, S. K. (2014). Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 62*(12), 2243-2251.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA, 287*(8), 1022-1028.

- Taiwan Society of Hospital Medicine. (2018). *The Birth and Growth of Hospital Medicine in Taiwan*.
<http://www.hospitalist.org.tw/about.php> 2018. 8. 7. 인출
- Tam, S. M. R. (2018. 4. 10). *Early Experience of Fracture Liaison Service in Hong Kong* (홍콩 출장 발표자료). Queen Elizabeth Hospital.
- Morley, J. E., Malmstrom, T., & Miller, D. (2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *The journal of nutrition, health & aging, 16(7)*, pp.601-608.
- Tappenden, P., Campbell, F., Rawdin, A., Wong, R., & Kalita, N. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: A systematic review. *Health Technology Assessment, 16(20)*.
- Totten, A. M., White-Chu, E. F., Wasson, N., Morgan, E., Kansagara, D., Davis-O'Reilly, C., & Goodlin, S. (2016). *Home-based Primary Care Interventions*. AHRQ Publication No. 15(16)-EHC036-EF. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Unwin, B. K., & Tatum III, P. E. (2011). House calls. *American Family Physician, 83(8)*, 925-931.
- World Health Organization. (2003). *Primary Health Care: 25 Years After ALMA-ATA*. Technical Paper EM/RC50/8. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.



부록 1. 지역사회 노인의 노쇠 및 의료·돌봄서비스 이용 현황 설문조사지

지역사회 노인의 노쇠 및 의료·돌봄서비스 이용 현황 조사

안녕하십니까?

본 조사는 국무총리 산하의 _____ 의 [고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료 / 복지 서비스 제공 모형] 과제하에 실시되는 것으로서, 65세~84세 어르신들을 대상으로 건강 수준, 노쇠 정도, 의료 및 돌봄서비스 이용 경험 등을 파악하는 데 목적을 두고 있습니다.

본 조사가 진행되는 도중에 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 됩니다. 또한 언제라도 동의를 철회하고 연구 참여를 중단하시더라도 이에 따른 어떠한 불이익이나 차별도 없을 것입니다.

조사 내용은 노인의 노쇠와 건강 수준에 따른 적절한 의료 및 돌봄서비스 이용을 위한 정책 대안 수립과 연구의 학술적 목적 이외에 다른 목적으로는 사용하지 않을 것입니다. 귀하께서 응답해 주신 모든 내용과 개인 정보는 통계법 33조(비밀의 보호)에 의거하여 비밀이 보장됨을 약속드립니다.

연구와 관련하여 궁금한 사항이 있으시면 아래의 연락처로 연락 주시길 바라며, 바쁘시더라도 본 설문에 협조하여 주시면 대단히 감사하겠습니다.

주관기관:

- 조사기관: (☎)한국리서치 장보현 부장

[면접원 기록사항]

응답자 성명		응답자 전화번호			
면접원 성명		면접원 ID		조사 일시	2018년 ____월 ____일

[응답자 기록사항]

Q1. 어르신의 성별은 어떻게 되십니까? ① 남자 ② 여자

SQ2. 어르신의 주민등록상 생년, 월은 어떻게 되십니까?

구 분	① 양력 ② 음력	생년 / 월	()년()월 ※ 1933년 4월 출생-1953년 3월 출생을 제외하고는 조사 중단
-----	-----------	--------	--

SQ3. 귀하께서 현재 거주하고 계신 지역은 어디입니까?

()도/시 ()구 ()동

건강상태 및 행태

※ 다음은 건강상태 및 행태와 관련한 문항입니다. 각 문항에 대해 응답하여 주시기 바랍니다.

A1. 어르신의 평소 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 건강하다
- ② 건강한 편이다
- ③ 그저 그렇다
- ④ 건강이 나쁜 편이다
- ⑤ 건강이 매우 나쁘다

A2. 동년배에 비하여 어르신의 건강 상태는 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 건강하다
- ② 건강한 편이다
- ③ 그저 그렇다
- ④ 건강이 나쁜 편이다
- ⑤ 건강이 매우 나쁘다

A3. 지금까지 살아오는 동안 어르신께서 피운 담배의 양은 총 얼마나 됩니까?

- ① 5갑(100개비) 미만 **A3-1으로 이동**
- ② 5갑(100개비) 이상 **A3-1으로 이동**
- ③ 피운 적 없음 **A4으로 이동**

A3-1. 어르신께서는 현재 담배를 피우십니까?

- ① 매일 피움
- ② 가끔 피움
- ③ 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음

A4. 어르신께서는 지금까지 살아오면서 1잔 이상의 술을 마신 적이 있습니까?

- ① 예 **A4-1으로 이동**
- ② 아니요 **A5으로 이동**

- ⑦ 체형의 변화가 올까봐
- ⑧ 기타

A6으로 이동
 A6으로 이동

A5-3. 어르신께서 운동할 시간이 없는 이유를 모두 골라 주시기 바랍니다.

- ① 직장 또는 사업
- ② 가족이나 친척의 일을 도움
- ③ 가사노동
- ④ 손자녀 양육
- ⑤ 기타()

A6. 어르신께서 최근 일주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 한 날은 며칠입니까?

- ① 전혀 하지 않음
- ② 1일
- ③ 2일
- ④ 3일
- ⑤ 4일
- ⑥ 5일 이상

A7. 지난 일주일 동안 어르신의 식품 섭취에 대한 질문입니다. 해당 되는 곳에 응답해 주시기 바랍니다.

항목		예	아니요
1	고기, 생선, 계란, 콩 등의 반찬을 매일 드셨습니까?	①	②
2	다양한 채소 반찬을 매끼 드셨습니까?	①	②
3	우유 제품이나 두유를 매일 드셨습니까?	①	②
4	신선한 제철 과일을 매일 드셨습니까?	①	②
5	대체로 매일 세끼 식사를 드셨습니까?	①	②
6	목이 마르지 않더라도 물을 자주 충분히 드셨습니까?	①	②

A8. 지난 일주일 동안의 어르신의 생활에 대한 어르신의 생각에 대해 묻는 질문입니다. 해당 되는 곳에
응답해 주시기 바랍니다.

항목		예	아니요
1	현재의 생활에 대체적으로 만족하십니까?	①	②
2	요즈음 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까?	①	②
3	자신이 헛되이 살고 있다고 느끼십니까?	①	②
4	생활이 지루하게 느껴질 때가 많습니까?	①	②
5	평소에 기분은 상쾌한 편이십니까?	①	②
6	자신에게 불길한 일이 닥칠 것 같아 불안하십니까?	①	②
7	대체로 마음이 즐거운 편이십니까?	①	②
8	절망적이라는 느낌이 자주 드십니까?	①	②
9	바깥에 나가기가 싫고 집에만 있고 싶습니까?	①	②
10	비슷한 나이의 다른 분들보다 기억력이 더 나쁘다고 느끼십니까?	①	②
11	현재 살아 있다는 것이 즐겁게 생각되십니까?	①	②
12	지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까?	①	②
13	기력이 좋은 편이십니까?	①	②
14	지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까?	①	②
15	자신이 다른 사람들의 처지보다 더 못하다고 생각하십니까?	①	②

노쇠

B1. 어르신의 일상생활에서 아주 간단한 부분에 대해 묻겠습니다. 최근 일주일 동안 어르신께서는 일상생활에서 다음과 같은 동작을 하는 데 다른 사람의 도움이 얼마나 필요하셨습니다가?

※ 단, 지금은 잠시 아프시거나 다치셔서 도움을 받으시지만, 앞으로 3개월 이내에 고쳐질 것으로 예상되는 것은 '도움 필요 없음'으로 응답해 주십시오.

항목		도움 필요 없음	부분적인 도움이 필요함	전적으로 도움이 필요함
1	옷 갈아입기(단추, 지퍼 올리기 포함)	①	②	③
2	세수, 양치질, 머리감기	①	②	③
3	목욕 또는 샤워하기	①	②	③
4	차려 놓은 음식 식사하기	①	②	③
5	이부자리서 일어나 방 밖으로 나가기	①	②	③
6	화장실 이용하기(대소변 닦고 옷 입기 포함)	①	②	③
7	대소변 흘리지 않고 보기	①	②	③

B2. 다음은 조금 더 힘든 일에 대해 여쭙겠습니다. 최근 일주일 동안 어르신께서는 일상생활에서 다음과 같은 동작을 하는 데 다른 사람의 도움이 얼마나 필요하셨습니다가?

※ 단, 지금은 잠시 아프시거나 다치셔서 도움을 받으시지만, 앞으로 3개월 이내에 고쳐질 것으로 예상되는 것은 '도움 필요 없음'으로 응답해 주십시오.

항목		도움 필요 없음	부분적인 도움이 필요함	전적으로 도움이 필요함
1	몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱 · 발톱 깎기 등)	①	②	③
2	집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등)	①	②	③
3	식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등)	①	②	③
4	빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등)	①	②	③
5	교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기	①	②	③

	항목	도움 필요 없음	부분적인 도움이 필요함	전적으로 도움이 필요함
6	교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기	①	②	③
7	물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등)	①	②	③
8	금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등)	①	②	③
9	전화 걸고 받기	①	②	③
10	제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기	①	②	③

B3. 다음은 어르신들의 낙상 위험도와 관련된 문항입니다. 각각의 항목에 응답해 주시기 바랍니다.

	항목	예	아니요
1	나는 지난 1년간 낙상(넘어짐, 미끄러짐 또는 주저앉음)의 경험이 있다	①	②
2	나는 안전한 보행을 위해 지팡이 혹은 보행 보조기 사용을 권유 받았거나 사용하고 있다	①	②
3	나는 때때로 걸어 다닐 때 불안정하다	①	②
4	나는 집 안에서 가구나 벽을 짚으면서 걸어 다닌다	①	②
5	나는 낙상할까 봐 걱정이 된다	①	②
6	나는 의자에서 일어날 때 손을 짚고 몸을 일으켜야 한다	①	②
7	나는 턱(도로 턱, 문턱 등)을 지나가는 데 약간의 어려움이 있다	①	②
8	나는 종종 화장실에 급하게 간다	①	②
9	나는 발의 감각이 약간 둔해졌다	①	②
10	나는 때때로 약을 먹은 후, 어지러움이나 피곤함을 느낀다	①	②
11	나는 수면을 도와주거나 기분을 나아지게 하는 약을 복용하고 있다	①	②
12	나는 가끔 슬픔이나 우울함을 느낀다	①	②

354 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

※ 다음은 어르신들의 노쇠 정도와 관련된 문항입니다. 각 문항에 대해 응답하여 주시기 바랍니다.

B4. 어르신께서는 지난 한 달 동안 피곤하다고 느낀 적이 있습니까?

- ① 항상 그렇다
- ② 거의 대부분 그렇다
- ③ 종종 그렇다
- ④ 가끔씩 그렇다
- ⑤ 전혀 그렇지 않다

B5. 어르신께서는 도움 없이 혼자서 쉬지 않고 10개의 계단을 오르는 데 힘이 드십니까?

- ① 예
- ② 아니요

B6. 어르신께서는 도움 없이 300미터를 혼자서 이동하는 데 힘이 드십니까?

※ 단, 300미터란 일반적으로 학교 운동장을 가로질러 3번 정도 걷는 거리입니다.

- ① 예
- ② 아니요

B7. 다음 중 어르신께서 해당 질환으로 인해 의사 진단을 받은 경험이 있는 질환을 모두 선택해 주시기 바랍니다.

- | | |
|------------|------------------|
| ① 고혈압 | ⑪ 신장질환 |
| ② 당뇨병 | ⑫ 이상지질혈증 |
| ③ 암(악성신생물) | ⑬ 골다공증 |
| ④ 만성 폐질환 | ⑭ 갑상선질환 |
| ⑤ 심근경색 | ⑮ 간질환 |
| ⑥ 심부전 | ⑯ 간염 |
| ⑦ 협심증 | ⑰ 치매 |
| ⑧ 천식 | ⑱ 우울증 |
| ⑨ 관절염 | ⑲ 기타 만성질환(_____) |
| ⑩ 뇌경색 | ⑳ 없음/비해당 |

B8. 다음 중 어르신께서 해당 질환으로 인해 약을 복용해 본 경험이 있는 질환을 모두 선택해 주시기 바랍니다.

- | | |
|------------|------------------|
| ① 고혈압 | ⑪ 신장질환 |
| ② 당뇨병 | ⑫ 이상지질혈증 |
| ③ 암(악성신생물) | ⑬ 골다공증 |
| ④ 만성 폐질환 | ⑭ 갑상선질환 |
| ⑤ 심근경색 | ⑮ 간질환 |
| ⑥ 심부전 | ⑯ 간염 |
| ⑦ 협심증 | ⑰ 치매 |
| ⑧ 천식 | ⑱ 우울증 |
| ⑨ 관절염 | ⑲ 기타 만성질환(_____) |
| ⑩ 뇌경색 | ⑳ 없음/비해당 |

B8-1. 다음 중 어르신께서 해당 질환으로 현재 약을 복용하고 있는 질환을 모두 선택해 주시기 바랍니다.

- | | |
|------------|------------------|
| ① 고혈압 | ⑪ 신장질환 |
| ② 당뇨병 | ⑫ 이상지질혈증 |
| ③ 암(악성신생물) | ⑬ 골다공증 |
| ④ 만성 폐질환 | ⑭ 갑상선질환 |
| ⑤ 심근경색 | ⑮ 간질환 |
| ⑥ 심부전 | ⑯ 간염 |
| ⑦ 협심증 | ⑰ 치매 |
| ⑧ 천식 | ⑱ 우울증 |
| ⑨ 관절염 | ⑲ 기타 만성질환(_____) |
| ⑩ 뇌경색 | ⑳ 없음/비해당 |

B9. 어르신의 현재와 1년 전의 체중은 어떻게 되십니까?

구분	현재(2017년도) 체중	1년 전(2016년도) 체중
체중	() kg	() kg

B10. 현재 어르신들의 신장은 어떻게 되십니까?

() cm

※ 악력계를 이용하여 물건을 쥐는 힘의 강도를 측정하고자 합니다.
 팔꿈치를 가볍게 몸통에 붙이고 90도 각도를 유지한 상태에서 악력계를 사용하여 좌·우에서 각 2회씩 측정하도록 하였습니다. 단, 양손의 악력 측정 자세는 동일해야 합니다.

B11. 악력을 측정할 때, 어르신들의 자세를 표시해 주세요.

- ① 선 자세
- ② 앉은 자세
- ③ 누운 자세

B11-1. 어르신들의 오른손 악력 측정값을 기입해 주세요.

오른손 악력 측정값	① 1회차	(.) kg
	② 2회차	(.) kg
	③ 미측정	

B11-2. 어르신들의 왼손 악력 측정값을 기입해 주세요.

왼손 악력 측정값	① 1회차	(.) kg
	② 2회차	(.) kg
	③ 미측정	

※ B11-2응답 후, 어르신들의 오른손 혹은 왼손 악력을 측정하지 못한 경우만 B11-3으로 이동
 B11-2응답 후, 어르신들의 양손 악력을 모두 측정한 경우는 B12으로 이동

B11-3. 어르신들의 악력을 측정하지 못한 이유를 모두 선택해 주시기 바랍니다.

- ① 대상자가 안전하지 못하다고 생각하여 시도하지 않음
- ② 검사자가 안전하지 못하다고 생각하여 시도하지 않음
- ③ 시도는 하였으나 완벽하게 측정하지 못함
- ④ 대상자가 지시를 잘 이해하지 못함
- ⑤ 기타()

B12. 지난 1주일 동안 어르신께서는 모든 일들이 힘들게 느껴지셨습니까?

- ① 잠깐 그런 생각이 들었거나 그런 생각이 들지 않았다(하루 미만)
- ② 가끔 그런 생각이 들었다(1-2일 정도)
- ③ 자주 그런 생각이 들었다(3-4일 정도)
- ④ 항상 그런 생각이 들었다(5-7일 정도)

B13. 지난 1주일 동안 어르신께서는 무슨 일이든지 도무지 해낼 수 없는 느낌이 들었습니까?

- ① 잠깐 그런 생각이 들었거나 그런 생각이 들지 않았다(하루 미만)
- ② 가끔 그런 생각이 들었다(1-2일 정도)
- ③ 자주 그런 생각이 들었다(3-4일 정도)
- ④ 항상 그런 생각이 들었다(5-7일 정도)

B14. 어르신께서 참여하고 있는 모임이나 단체 활동이 있습니까?

- ① 예 B14-1으로 이동
- ② 아니요 C1으로 이동

B14-1. 어르신께서 참여하고 있는 모임이나 단체 활동에 모두 표시해 주시기 바랍니다.

- ① 친목단체(계모임, 동창회, 동기회, 향우회, 종친회, 노인정 등)
- ② 종교단체(교회, 성당, 절 등)
- ③ 문화활동단체(합창단, 연극, 영화 등)
- ④ 스포츠레저단체(산악회, 조기축구회 등)
- ⑤ 시민단체 또는 사회단체(대한노인회 등)
- ⑥ 이익단체 및 정치단체(직능단체, 정당 활동 등)
- ⑦ 봉사단체(자원봉사활동 등)
- ⑧ 학습단체(노인대학, 노인교실, 평생교육프로그램 등)

보건의료 서비스 이용 경험

※ 다음은 어르신께서 경험하신 보건의료 서비스와 관련한 문항입니다. 각 문항에 대해 응답하여 주시기 바랍니다.

C1. 어르신께서는 최근 1년 동안 응급실을 이용한 경험이 있습니까?

C1. 응급실 이용 경험	C1-1. 응급실 방문 횟수
① 예	() 회/년
② 아니요 <input type="checkbox"/> C2으로 이동	

C2. 어르신께서는 최근 1년 동안 입원한 적이 있습니까?

(단, 미용 목적의 수술, 건강검진으로 입원한 경우 제외)

C2. 입원 경험	C2-1. 입원 횟수	C2-2. 입원 일수
① 예	() 회/년	() 일/년
② 아니요 <input type="checkbox"/> C3으로 이동		

C3. 어르신께서는 최근 3개월 동안 응급/입원을 제외한 외래 진료를 위해 병의원(치과 포함)이나 보건소, 한의원 등에 방문하신 적이 있으십니까?

(단, 미용 목적의 수술, 건강검진 위한 방문 제외)

C3. 외래 방문 경험	C3-1. 외래 방문 횟수
① 예	() 회/3개월
② 아니요 <input type="checkbox"/> C4으로 이동	

C4. 어르신께서는 최근 1년 동안 인플루엔자(계절 독감) 예방접종을 받은 적이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니요

C5. 어르신께서는 최근 2년 동안 건강을 위해 건강검진을 받은 적이 있습니까?

C5. 건강검진을 받아 본 경험	C5-1. 건강검진 횟수
① 예	() 회/2년 <input type="checkbox"/> 응답 후 C5-2으로 이동
② 아니요 <input type="checkbox"/> C5-3으로 이동	

C5-2. **어르신께서 최근 2년 동안 받아 보신 건강검진의 종류를 모두 선택해 주시기 바랍니다.**

- ① 무료 건강검진(국민건강보험공단 외 국가검진(암 검진 포함) 등)
- ② 본인부담 종합건강검진
- ③ 본인부담 일반검진
- ④ 기타()

응답 후 C6으로 이동

C5-3. **어르신께서 최근 2년 동안 건강검진을 받지 않은 주된 이유를 하나만 선택해 주시기 바랍니다.**

- ① 건강검진을 받고 싶지만, 거동이 불편해서
- ② 과거에 검사를 받았기 때문에 별 문제 없을 것이라고 생각해서
- ③ 시간이 없기 때문에
- ④ 건강검진 진단 결과를 믿을 수 없기 때문에
- ⑤ 진단 결과가 두려워서
- ⑥ 발견해도 적당한 치료방법이 없다고 생각되어
- ⑦ 건강검진을 꼭 받아야 할 필요성을 느끼지 못해서
- ⑧ 무료로 건강검진을 해준다는 사실을 몰라서
- ⑨ 기타()

C6. **어르신께서는 지난 1년간 병·의원(치과 제외) 진료가 필요하다고 생각하였으나, 진료를 받지 못한 적이 한번이라도 있으십니까?**

- ① 있다 **C6-1으로 이동**
- ② 없다 **C7으로 이동**
- ③ 필요한 적이 없었다 **C7으로 이동**

C6-1. **어르신께서 지난 1년간 필요한 병·의원(치과 제외) 치료나 검사를 받지 못한 이유를 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.**

()	()
-----	-----

- ① 경제적 이유(비용이 부담스러워서)
- ② 의료기관이 너무 멀어서 혹은 교통편이 불편해서
- ③ 거동이 불편해서
- ④ 아이를 봐줄 사람이 없거나 방문할 시간이 없어서
- ⑤ 어디로 가야 할지 몰라서
- ⑥ 빠른 시일 내에 예약이 되지 않거나 예약 절차가 복잡해서
- ⑦ 치료받는 것이 두려워서
- ⑧ 기타()

C7. 어르신께서는 지난 1년간 병·의원(치과 제외) 치료를 받던 중 의료진으로부터 지속적인 치료가 필요하다는 소견을 들었음에도 불구하고 치료를 그만둔 경험이 있으십니까? (단, 다른 병·의원으로 옮긴 경우 제외)

- ① 있다 ☞ C7-1으로 이동
- ② 없다 ☞ C8으로 이동

C7-1. 어르신께서는 의사의 소견에도 불구하고 지난 1년간 병·의원(치과 제외) 치료를 받던 중 치료를 그만둔 이유를 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.
(단, 다른 병·의원으로 옮긴 경우 제외)

()	()
-----	-----

- ① 경제적 이유(비용이 부담스러워서)
- ② 의료기관이 너무 멀어서 혹은 교통편이 불편해서
- ③ 거동이 불편해서
- ④ 방문할 시간이 없어서
- ⑤ 증상이 나아진 것 같아서
- ⑥ 별로 나아질 것 같지 않아서
- ⑦ 병의원 등에서 오래 기다리기 싫어서
- ⑧ 기타()

C8. 어르신께서는 지난 1년간 치과 진료가 필요하다고 생각하였으나, 진료를 받지 못한 적이 있으십니까?

- ① 있다 ☞ C8-1으로 이동
- ② 없다 ☞ C9으로 이동

C8-1. 어르신께서 지난 1년간 필요한 치과 치료를 받지 못하신 이유를 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

()	()
-----	-----

- ① 경제적 이유(비용이 부담스러워서)
- ② 의료기관이 너무 멀어서 혹은 교통편이 불편해서
- ③ 거동이 불편해서
- ④ 아이를 봐줄 사람이 없거나 방문할 시간이 없어서
- ⑤ 어디로 가야 할지 몰라서
- ⑥ 빠른 시일 내에 예약이 되지 않거나 예약 절차가 복잡해서
- ⑦ 치료받는 것이 두려워서
- ⑧ 기타()

C9. 어르신께서는 지난 1년간 치과 진료를 받던 중 의료진으로부터 지속적인 치료가 필요하다는 소견을 들었음에도 불구하고 치료를 그만둔 경험이 있으십니까?

(단, 다른 치과로 옮긴 경우 제외)

- ① 있다 C9-1으로 이동
- ② 없다 C10으로 이동

C9-1. 의사의 소견에도 불구하고 지난 1년간 치과 치료를 받던 중 치료를 그만둔 이유를 최대 2개까지 선택해 주시기 바랍니다.

(단, 다른 치과로 옮긴 경우 제외)

()	()
----------	----------

- ① 경제적 이유(비용이 부담스러워서)
- ② 의료기관이 너무 멀어서 혹은 교통편이 불편해서
- ③ 거동이 불편해서
- ④ 방문할 시간이 없어서
- ⑤ 증상이 나아진 것 같아서
- ⑥ 별로 나아질 것 같지 않아서
- ⑦ 병의원 등에서 오래 기다리기 싫어서
- ⑧ 기타()

C10. 어르신께서는 편찮으시거나 검사 또는 치료 상담을 하고 싶으실 때, 주로 방문하는 의료기관(단골병원)이 있습니까?

- ① 예 C10-1으로 이동
- ② 아니요 C11으로 이동

C10-1. 어르신께서 주로 방문하는 의료기관 유형은 무엇입니까?

- ① 종합병원/대학병원
- ② 병·의원(지역 내/지역 외)
- ③ 한방병원
- ④ 보건소
- ⑤ 기타

C11. 어르신께서는 편찮으시거나 검사 또는 치료 상담을 하고 싶으실 때, 주로 방문하는 의사 선생님(단골의사)이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니요

※ 단골병원 혹은 단골의사가 있는 경우만 C12 응답. 둘 중 하나도 없는 경우 C14으로 이동

C12. 어르신께서는 단골병원이나 단골의사와 상담 후, 다른 의료기관을 이용하신 경험이 있으십니까?

- ① 예
- ② 아니요

C13. 단골병원이나 단골의사는 어르신께 발생하는 일상적인 건강 문제의 대부분을 해결해 줍니까?

- ① 항상 그렇다
- ② 대체로 그렇다
- ③ 거의 그렇지 않다
- ④ 전혀 그렇지 않다

C14. 어르신께서는 편찮으시거나 치료 상담 등이 필요하여 의료기관을 방문하고 싶으실 때, 무슨 과정을 가야 할지 어떻게 결정하십니까?

- ① 자녀 등 가족에게 물어본다
- ② 친구 혹은 이웃에게 물어본다
- ③ 동네 약국에 가서 약사에게 물어본다
- ④ 단골병원이나 의사에게 물어본다
- ⑤ 의료기관 광고나 간판을 보고 선택한다
- ⑥ 기타()

C15. 어르신께서는 병원에서 제공하는 안내문이나 각종 서식, 교육용 건강관리 자료를 이해하는 데 다른 사람의 도움이 필요하신 편입니까?

- ① 항상 필요하다
- ② 대체로 필요하다
- ③ 거의 필요하지 않다
- ④ 전혀 필요하지 않다

C16. 어르신께서는 약 봉투 및 복약 안내서에 적힌 내용이 이해가 되지 않아 약을 올바르게 복용하는 데 어려움을 겪으신 적이 있습니까?

- ① 항상 그렇다
- ② 대체로 그렇다
- ③ 거의 그렇지 않다
- ④ 전혀 그렇지 않다

돌봄서비스 이용 경험

※ 다음은 지난 1년간 어르신께서 일상생활을 수행하거나 건강상의 어려움을 겪으실 때 주로 누구로부터 도움을 받고 계신지에 대한 질문입니다.

D1. 지난 1년간 어르신이 일상생활을 수행하는 데 도움을 주신 분은 어떤 분이십니까? 도움을 많이 준 순서대로 최대 5명까지 응답해 주시기 바랍니다.

※ 단, 도움을 받으신 분과의 관계는 중복 응답이 나올 수도 있음 (예: 1순위 응답자와 2순위 응답자가 모두 딸일 경우 모두 ③ 딸로 응답)

1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
()	()	()	()	()

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 배우자 ② 아들 ③ 딸 ④ 며느리 ⑤ 사위 ⑥ 형제자매 ⑦ 친척 ⑧ 친구 | <ul style="list-style-type: none"> ⑨ 이웃 주민 ⑩ 교회, 성당, 절 신도 ⑪ 개인 간병인이나 가사도우미 ⑫ 장기요양보험서비스의 요양보호사 ⑬ 노인돌봄서비스 제공자 ⑭ 기타() ⑮ 없음 ⇔ D4으로 이동 |
|---|--|

※ D1-1 작성 시에는 반드시 면접원 지침서를 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

D1-1. 지난 1년간 어르신이 일상생활을 수행하는 데 도움을 주신 분들은 서로 얼마나 알고 계십니까?
보기 문항에서 그 정도를 골라 응답해 주시기 바랍니다.

예시) 1순위(딸)'가' 2순위(친구)'를' 알고 있는 정도에 대해서 1행 2열에 기입해 주시면 됩니다.

2순위(친구)가 1순위(딸)를 알고 있는 정도에 대해서 2행 1열에 기입해 주시면 됩니다. 잘 알고 있으면 '④', 전혀 모르면 '①'로 응답하시면 됩니다.

~를 ~가	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
1순위	X				
2순위		X			
3순위			X		
4순위				X	
5순위					X

364 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

D2. 지난 1년간 어르신이 일상생활을 수행하는 데 도움을 주신 분의 성별, 나이, 도움 횟수, 1회 평균 도움 시간을 응답해 주시기 바랍니다. 앞에서 도움을 많이 했다고 응답하신 순서대로 응답해 주시기 바랍니다. (단, 정확한 나이를 모르신다면 대략적인 연령대로 응답해 주시기 바랍니다.)

구분	D2-1. 성별	D2-2. 나이	D2-3. 도움 횟수	D2-4. 평균 도움 시간
1순위	① 남성 ② 여성	()세	① 주 ② 월 ()회 ③ 년	회당 ()시간
2순위	① 남성 ② 여성	()세	① 주 ② 월 ()회 ③ 년	회당 ()시간
3순위	① 남성 ② 여성	()세	① 주 ② 월 ()회 ③ 년	회당 ()시간
4순위	① 남성 ② 여성	()세	① 주 ② 월 ()회 ③ 년	회당 ()시간
5순위	① 남성 ② 여성	()세	① 주 ② 월 ()회 ③ 년	회당 ()시간

D3. 지난 1년간 어르신을 도와주신 분으로부터 어떤 도움을 받으셨습니까? 받으신 도움을 모두 선택해 주시기 바랍니다. 앞에서 도움을 많이 했다고 응답하신 순서대로 응답해 주시기 바랍니다.

구분	항목
1순위에 해당하는 분	① 몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱·발톱 깎기 등) ② 집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등) ③ 식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등) ④ 빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등) ⑤ 교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기 ⑥ 교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기 ⑦ 물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등) ⑧ 금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등) ⑨ 전화 걸고 받기 ⑩ 제시 시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기

구분	항목
2순위에 해당하는 분	① 몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱·발톱 깎기 등) ② 집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등) ③ 식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등) ④ 빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등) ⑤ 교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기 ⑥ 교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기 ⑦ 물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등) ⑧ 금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등) ⑨ 전화 걸고 받기 ⑩ 제시 시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기
3순위에 해당하는 분	① 몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱·발톱 깎기 등) ② 집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등) ③ 식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등) ④ 빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등) ⑤ 교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기 ⑥ 교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기 ⑦ 물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등) ⑧ 금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등) ⑨ 전화 걸고 받기 ⑩ 제시 시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기
4순위에 해당하는 분	① 몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱·발톱 깎기 등) ② 집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등) ③ 식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등) ④ 빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등) ⑤ 교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기 ⑥ 교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기 ⑦ 물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등) ⑧ 금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등) ⑨ 전화 걸고 받기 ⑩ 제시 시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기
5순위에 해당하는 분	① 몸단장하기(빗질, 화장, 면도, 손톱·발톱 깎기 등) ② 집안일(청소, 정리정돈, 침구정리, 설거지 등)

구분	항목
	③ 식사준비(음식재료 준비, 요리, 상차리기 등)
	④ 빨래하기(손빨래나 세탁기로 세탁 후 빨래 널어 말리기 등)
	⑤ 교통수단 이용하지 않고, 가까운 거리 외출하기
	⑥ 교통수단(대중교통, 개인 차) 이용하여 외출하기
	⑦ 물건 사기(물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 등)
	⑧ 금전 관리(용돈, 통장 관리, 재산 관리 등)
	⑨ 전화 걸고 받기
	⑩ 제시 시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기

D4. 어르신께서 일상생활을 수행하거나 건강상의 어려움을 겪으실 때, 장기간 동안 어르신께 직접적인 도움을 가장 많이 주신 분은 누구신가요? 만약 현재 도움을 받고 계시지 않는다면 미래에 어르신을 장기간 동안 직접 돌봐줄 의향을 가지고 있는 사람은 누구라고 생각하십니까?
다음의 보기 중 가장 그럴 것 같다고 생각하는 사람을 순서대로 2명까지 응답하여 주십시오.

1순위	2순위
()	()

- ① 배우자
- ② 아들
- ③ 딸
- ④ 며느리
- ⑤ 사위
- ⑥ 형제자매
- ⑦ 친척(예: 조카딸, 사촌 등)
- ⑧ 개인 간병인이나 가사도우미
- ⑨ 장기요양보험서비스의 요양보호사
- ⑩ 노인돌봄서비스(가시간병서비스 등 각종 공공 돌봄서비스) 제공자
- ⑪ 기타()

D5. 만약 어르신께서 일상생활을 수행하거나 건강상의 어려움을 겪으실 때 가족이 아닌 간병인을 고용하여야 한다면 한 달에 얼마나 지불할 의사가 있으십니까?

월 () 만 원

※ 다음은 노인돌봄서비스 및 노인장기요양보험제도에 대한 지식과 등급신청 관련 경험을 묻는 문항입니다. 해당 문항에 응답하여 주시기 바랍니다.

D6. 어르신께서는 노인돌봄서비스에 대해 알고 계십니까?

※ 노인돌봄종합서비스란,

혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 어르신이 가사·일상생활지원, 신변·활동지원 서비스, 주간보호서비스를 받을 수 있도록 보건복지부에서 지원하는 서비스를 말합니다. 노인돌봄종합서비스에는 한 달에 총 27시간 또는 36시간의 서비스를 제공하는 방문서비스와 한 달에 9일 또는 12일의 서비스를 제공하는 주간보호서비스가 있습니다. 단, 이 서비스는 소득수준, 재산수준 등에 따라 일정한 본인부담금이 있습니다.

- ① 예
- ② 아니요

D7. 어르신께서는 노인장기요양보험제도에 대해 알고 계십니까?

※ 노인장기요양보험제이란,

2008년 7월부터 시행된 제도로서 고령이나 노인성 질병 등으로 인하여 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등에게 신체 활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여(서비스)를 제공하는 사회보험제도를 말합니다. 노인장기요양보험은 재가급여(방문요양, 방문간호, 주야간보호, 단기보호 등), 시설급여, 특별현금급여(가족요양비) 등 세 가지 유형으로 제공되고 있습니다. 단, 이 제도를 이용하는 데에는 소득수준에 따라 일정한 본인부담금이 있습니다.

- ① 예 · D7-1으로 이동
- ② 아니요 · D14으로 이동

D7-1. 어르신께서는 노인장기요양보험제도를 어떻게 알게 되셨습니까?

- ① 병의원에서의 안내
- ② 노인(전문)요양시설에서의 안내
- ③ 방송보도·신문기사·인터넷
- ④ 국민건강보험공단에서 보내주는 홍보물
- ⑤ 자녀 및 가족과의 대화
- ⑥ 가족 외 주변 사람들과의(예: 친구) 대화
- ⑦ 읍면동사무소
- ⑧ 기타()

D8. 어르신이나 어르신의 가족이 노인장기요양보험의 등급 신청을 한 적이 있습니까?

- ① 예 **D8-2**으로 이동
- ② 아니요 **D8-1**으로 이동

D8-1. 등급 신청을 한 적이 없다면, 그 이유는 무엇입니까?

- ① 아직 남의 도움 없이 스스로 살 수 있어서
- ② 노인장기요양보험제도에 대해 알지 못해서
- ③ 등급 인정을 받지 못할 것 같아서
- ④ 비용이 부담될 것 같아서
- ⑤ 노인장기요양보험서비스가 만족스럽지 못할 것 같아서
- ⑥ 가족 이외의 누구에게도 도움을 받고 싶지 않아서
- ⑦ 기타()

응답 후 D14으로 이동

D8-2. [D8-3번] 문항에 한하여 응답자가 신청 사실에 대해 인지하지 못한 경우, 대리인의 응답이 가능합니다. 응답자와 어르신의 관계를 표시해 주십시오.

※ 단, 어르신 기준으로 응답해 주십시오.

- ① 본인
- ② 배우자
- ③ 자녀
- ④ 손자녀
- ⑤ 형제자매
- ⑥ 부모
- ⑦ 기타 친인척

D8-3. 등급 신청을 한 적이 있다면, 가장 최근에 받은 등급은 무엇입니까?

- ① 1등급
- ② 2등급
- ③ 3등급
- ④ 4등급
- ⑤ 치매특별등급(5등급)
- ⑥ 등급 외

D8-4. 노인장기요양 서비스 이용을 위해 등급 신청을 할 때 어르신의 의견을 물어보셨습니까?

- ① 예
- ② 아니요

D9. 어르신께서는 노인장기요양보험제도를 이용해 보신 적이 있으십니까?

- ① 예 **D10**으로 이동
- ② 아니요 **D14**으로 이동

D10. [D11번 ~ D12-2번] 문항에 한하여 응답자가 신청 사실에 대해 인지하지 못한 경우, 대리인의 응답이 가능합니다. 응답자와 어르신의 관계를 표시해 주십시오.

※ 단, 어르신 기준으로 응답해 주십시오.

- ① 본인
- ⑤ 형제자매
- ② 배우자
- ⑥ 부모
- ③ 자녀
- ⑦ 기타 친인척
- ④ 손자녀

D11. 다음은 장기요양 재가서비스에 대한 질문입니다. 각 서비스 중 현재 어르신께서 이용하고 계신 서비스에 대해 알맞은 응답을 해주시기 바랍니다.

서비스 종류	D11. 이용 여부		D11-1. 이용횟수	D11-2. 회당 이용시간	D11-3. 이용기간
	예	아니요			
1 방문요양	①	②	월 () 회	1 회당 () 분	() 개월
2 방문목욕	①	②	월 () 회	1 회당 () 분	() 개월
3 방문간호	①	②	월 () 회	1 회당 () 분	() 개월
4 주야간보호	①	②	월 () 회	1 회당 () 분	() 개월
5 단기보호	①	②	월 () 회	1 회당 () 분	() 개월
6 복지옹구 대여 및 구입	①	②	총 () 종류		() 개월

D12. 현재 노인장기요양서비스를 이용하기 위하여 기관에 본인부담금을 지불하고 계십니까?

- ① 예 **D12-1**으로 이동
- ② 아니요 **D13**으로 이동

D12-1. 현재 노인장기요양서비스를 이용하기 위하여 어르신께서 지불하는 본인부담금 총 금액은 월평균 얼마입니까?

월평균 () 만 원

D12-2. 이 비용을 주로 부담하시는 분은 누구십니까?

- ① 본인
- ⑥ 사위
- ② 배우자
- ⑦ 자녀들 공동 부담
- ③ 아들
- ⑧ 시군구(예. 기초생활수급자)
- ④ 딸
- ⑨ 기타()
- ⑤ 며느리

370 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

D13. 현재 어르신께서 이용하고 계신 노인장기요양서비스 전반에 대해 얼마나 만족하십니까?

- ① 매우 만족한다
- ② 만족하는 편이다
- ③ 보통이다
- ④ 만족하지 않는다
- ⑤ 전혀 만족하지 않는다

D14. [D14-1번 ~ D14-4번] 문항에 한하여 응답자가 신청 사실에 대해 인지하지 못한 경우 대리인의 응답이 가능합니다. 응답자와 어르신의 관계를 표시해 주십시오.

※ 단, 어르신 기준으로 응답해 주십시오.

- ① 본인
- ② 배우자
- ③ 자녀
- ④ 손자녀
- ⑤ 형제자매
- ⑥ 부모
- ⑦ 기타 친인척

※ 다음은 어르신께서 지난 1년간 이용해 보신 시설 및 서비스와 해당 서비스를 이용하는 데 비용을 지불해 본 적이 있는지에 대해 묻는 문항입니다. 각 문항에 대해 응답해 주시기 바랍니다.

시설 및 서비스 항목	D14-1. 이용 여부		D14-2. 비용 지불 여부	
	예	아니요	예	아니요
1 직업상담 및 취업준비, 훈련 서비스 (일자리 상담 및 알선, 취업준비, 교육 등)	①	②	①	②
2 정서적 서비스(말벗, 전화 안부, 책 읽어주기 등)	①	②	①	②
3 일상생활 지원 서비스(행정업무 대행, 차량지원, 외출동행, 장보기, 심부름 등)	①	②	①	②
4 급식지원(식사 배달, 급식지원, 밀반찬 배달, 영양식 지원 등)	①	②	①	②
5 전문 상담 서비스(개별/집단/가족상담, 심리사회적 상담, 정신건강 관련 상담)	①	②	①	②
6 주거지원(주거 제공 및 주거 개조, 도배, 상하수도, 해충 박멸, 주방 개조 등)	①	②	①	②
7 여가생활(여가시간 활용, 문화 및 레저 관련 활동)	①	②	①	②
8 요양시설 보호(치매, 중풍 등으로 인한 시설 케어)	①	②	①	②
9 주야간 보호(낮이나 밤 시간의 일시적 케어)	①	②	①	②
10 단기 보호(단기적 소규모 시설 보호)	①	②	①	②
11 가사지원 서비스(청소, 취사, 세탁 등 가사지원)	①	②	①	②
12 물리치료 및 재활 (물리치료, 작업치료, 언어치료 및 재활훈련 서비스)	①	②	①	②

시설 및 서비스 항목		D14-1. 이용 여부		D14-2. 비용 지불 여부	
		예	아니요	예	아니요
13	방문간호(간병) (방문진료, 투약, 체온/혈압/혈당 측정, 신체간병 등)	①	②	①	②
14	방문 및 이동 목욕(재가 노인을 위한 목욕 지원 서비스)	①	②	①	②

※ 위의 시설이나 서비스 중에서 하나라도 이용해 봤다고 응답한 경우에만 D14-3 응답.
단 하나도 이용해 본 적이 없다고 응답한 경우에는 D15으로 이동

**D14-3. 어르신께서 위의 시설이나 서비스를 이용하는 것과 관련한 결정에 누구의 의사가
가장 많이 반영되었습니까?**

- ① 본인
- ② 배우자
- ③ 아들
- ④ 딸
- ⑤ 며느리
- ⑥ 사위
- ⑦ 형제자매
- ⑧ 기타()

※ 위의 시설이나 서비스를 이용하는 데 비용 지불 경험이 있는 경우에만 D14-4 응답.
단 한 번도 비용 지불을 해 본 적이 없다고 응답한 경우에는 D15으로 이동

**D14-4. 어르신께서 위의 시설이나 서비스를 이용하시는 데 발생하는 비용을 주로
부담하시는 분은 누구십니까?**

- ① 본인
- ② 배우자
- ③ 아들
- ④ 딸
- ⑤ 며느리
- ⑥ 사위
- ⑦ 자녀들 공동 부담
- ⑧ 시군구(예: 기초생활수급자)
- ⑨ 기타()

372 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

D15. 어르신께서는 다음의 제시된 시설 및 서비스들이 필요하다고 생각하십니까? 필요 여부에 대해 응답해 주시기 바랍니다.

	시설 및 서비스 항목	필요함	불필요함
1	직업상담 및 취업준비, 훈련 서비스(일자리 상담 및 알선, 취업준비, 교육 등)	①	②
2	정서적 서비스(말벗, 전화 안부, 책 읽어주기 등)	①	②
3	일상생활 지원 서비스(행정업무 대행, 차량지원, 외출동행, 장보기, 심부름 등)	①	②
4	급식지원(식사 배달, 급식지원, 밑반찬 배달, 영양식 지원 등)	①	②
5	전문 상담 서비스(개별/집단/가족상담, 심리사회적 상담, 정신건강 관련 상담)	①	②
6	주거지원(주거 제고 및 주거 개조, 도배, 상하수도, 해충 박멸, 주방 개조 등)	①	②
7	여가생활(여가시간 활용, 문화 및 레저 관련 활동)	①	②
8	요양시설 보호(치매, 중풍 등으로 인한 시설 케어)	①	②
9	주야간 보호(낮이나 밤 시간의 일시적 케어)	①	②
10	단기 보호(단기적 소규모 시설 보호)	①	②
11	가사지원 서비스(청소, 취사, 세탁 등 가사지원)	①	②
12	물리치료 및 재활(물리치료, 작업치료, 언어치료 및 재활훈련 서비스)	①	②
13	방문간호(간병)방문진료, 투약, 체온/혈압/혈당 측정, 신체간병 등)	①	②
14	방문 및 이동 목욕(재가 노인을 위한 목욕 지원 서비스)	①	②

※ 다음은 돌봄 서비스에 대한 어르신의 일반적인 의견을 묻는 문항입니다. 어르신의 의견을 말씀해 주시기 바랍니다.

D16. 돌봄서비스와 관련하여 어르신께서 가장 선호하는 정부 지원의 형태는 무엇입니까?

- ① 가족이 돌봄수당을 받으며 직접 집에서 어르신을 돌본다
- ② 가족이 전문요양 인력으로 교육받아 임금을 받으며 직접 집에서 어르신을 돌본다
- ③ 국가 비용으로 가족 외 외부인(전문요양 인력)을 고용하여 집에서 어르신을 돌본다
- ④ 국가 비용으로 민간이 운영하는 주간보호시설에서 어르신을 돌본다
- ⑤ 국가 비용으로 민간이 운영하는 노인요양시설에서 어르신을 돌본다
- ⑥ 국가가 직접 운영하는 노인요양시설에서 어르신을 돌본다

일반사항

E1. 어르신의 세대에 함께 살고 있는(동거하고 있는) 사람은 몇 명입니까?

구분		인원 수
1	만 18세 이하	()명
2	만 19-64세 이하	()명
3	만 65세 이상	()명

E2. 어르신의 세대 유형은 다음 중 무엇에 해당합니까?

(부부 중 1명 이상이 65세 이상일 경우 노인 부부로 정의합니다.)

1세대	① 노인 1인 가구 ② 노인 부부(응답자 + 배우자) ③ 노인 부부 + 미혼 형제자매 ④ 노인 응답자 + 미혼 형제자매 ⑤ 노인 부부 + 기타 친인척 ⑥ 노인 응답자 + 기타 친인척 ⑦ 기타: 상기를 제외한 모든 1세대 가구
2세대	⑧ 노인 부부 + 미혼자녀 ⑨ 노인 편부 + 미혼자녀 ⑩ 노인 편모 + 미혼자녀 ⑪ 노인 부부 + 양친 ⑫ 노인 부부 + 편부모 ⑬ 노인 부부 + 자녀 + 노인 부부의 형제 또는 자매 ⑭ 노인 부부 + 미혼 손자녀 ⑮ 노인 응답자 + 미혼 손자녀 ⑯ 기타: 상기를 제외한 모든 2세대 가구
3세대	⑰ 노인 부부 + 미혼자녀 + 양친 ⑱ 노인 부부 + 미혼자녀 + 편부모 ⑲ 기타: 상기를 제외한 모든 3세대 이상 가구

E3. 어르신께서는 학교를 어디까지 다니셨습니까? 또는 다니고 있습니까?

- ① 무학
- ② 서당/한학
- ③ 초등학교
- ④ 중학교
- ⑤ 고등학교
- ⑥ 2년/3년제 대학
- ⑦ 4년제 대학
- ⑧ 대학원

E3-1. 어르신께서는 그 학교를 마치셨습니까? 졸업 여부를 말씀해 주십시오.

- ① 졸업
- ② 수료
- ③ 중퇴
- ④ 재학/휴학 중
- ⑤ 비해당(서당/한학, 무학)

E4. 어르신께서는 현재 결혼 상태가 어떻게 됩니까?

- ① 혼인 중
- ② 별거
- ③ 이혼
- ④ 사별 또는 실종(이산가족)
- ⑤ 결혼한 적 없음

E5. 어르신께서는 현재 수입을 목적으로 일하고 계십니까?

※ 여기서 일이란 직장에 다니는 것 포함해서 자기 사업을 하고 계시거나, 가족이나 친척의 일을 도와주는 것을 모두 포함한 것을 말합니다.

- ① 예 **E5-1으로 이동**
- ② 아니요 **E6으로 이동**

E5-1. 어르신께서 현재 하시는 일 가운데 가장 주된 일자리에 대하여 묻겠습니다. 가장 주된 일자리는 다음 중 어디에 해당합니까?

- ① 타인(가족이나 친척 포함) 또는 회사에 고용되어 임금을 받고 일한다
- ② 내 사업을 한다
- ③ 평소 일주일에 19시간 이상 가족이나 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕는다
- ④ 평소 일주일에 19시간 미만 가족이나 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕는다

E6. 어르신께서는 지난 1년간 자녀 또는 친척으로부터 용돈이나 생활비 또는 병원비 등과 같은 금전적 지원이나 선물을 받으신 적이 있습니까?

- ① 정기적으로 용돈이나 생활비 등 금전적인 지원을 받았다 ☞ E6-1으로 이동
 ② 비정기적으로 용돈이나 생활비 등 금전적인 지원을 받았다 ☞ E7으로 이동
 ③ 현금이 아닌 현물이나 선물 등 비금전적인 지원을 받았다 ☞ E7으로 이동
 ④ 금전적/비금전적 지원 또는 선물을 받은 적 없다 ☞ E7으로 이동
 ⑤ 기타(친인척이 없다 등) ☞ E7으로 이동

E6-1. 지난 1년간 자녀로부터 정기적으로 받은 용돈이나 생활비, 병원비 등은 월평균 얼마입니까?

월 () 만 원

E6-2. 지난 1년간 자녀 외 형제자매 등 친척으로부터 정기적으로 받은 용돈이나 생활비, 병원비 등은 월평균 얼마입니까?

월 () 만 원

E7. 최근 1년 동안 가구의 총소득은 대략 얼마입니까? 만일 연간 소득을 대답하기 어려운 경우 월평균 액수를 말씀해 주십시오.

※ 근로, 사업/농어업, 부동산/동산, 금융, 보험, 보조금, 용돈, 기타(퇴직금, 장학금, 상속, 경조금 등) 소득을 모두 포함해 주시기 바랍니다.

구분	
연간 소득	월평균 소득
연 () 만 원	월 (소득액) () 만 원

E8. 어르신께서는 어떤 건강보험에 가입되어 있습니까?

- ① 국민건강보험(지역)
 ② 국민건강보험(직장)
 ③ 의료급여 1종
 ④ 의료급여 2종
 ⑤ 미가입
 ⑥ 모름

부록 2. 허약 스크리닝 조사 설문지

I. 일반적 사항

※조사일		※조사자	① 어르신건강센터 ② 방문건강관리팀 ③ 주민건강지도자 ④ 보건지소(직원) ⑤ 건강코디네이터 ⑥ 기타(성명: _____ 서명)	
성명		생년월일	성별	①남성 ②여성
주소			연락처	

<개인정보 이용 동의>

보건소에서 수집·이용하는 개인정보 및 고유식별정보 제공에 동의합니다. 수집한 정보는 건강관리 연계 업무, 사업 활성화를 위한 연구 목적으로만 활용되도록 하고 보유 기간(5년)이 경과되면 즉시 파기하겠습니다.

동의자: _____ (서명)

II. 조사 내용

허약 및 칩거

■ 문1. (약력) 팔꿈치를 가볍게 몸통에 붙이고 90도 각도를 유지한 상태에서 약력기를 사용하여 좌우에서 각 2회씩 측정하여 가장 높은 값을 기록한다.

좌측 1회: ___ kg, 우측 1회: ___ kg, 좌측 2회: ___ kg, 우측 2회: ___ kg

최고값: ___ kg ⇨ 약함 기준(남성 ≤24kg, 여 ≤15kg)을 충족합니까?: ① 예 ② 아니요

■ 문2. (고갈) 다음의 질문에 응답해 주십시오.

□ 문2-1. 지난 1주일 동안 어르신께서는 모든 일들이 힘들게 느껴지셨습니까?

- ① 잠깐 그런 생각이 들었거나 그런 생각이 들지 않았다(하루 미만)
- ② 가끔 그런 생각이 들었다(1-2일 정도)
- ③ 자주 그런 생각이 들었다(3-4일 정도)
- ④ 항상 그런 생각이 들었다(5-7일 정도)

□ 문2-2. 지난 1주일 동안 어르신께서는 무슨 일이든지 도무지 해낼 수 없는 느낌이 들었습니까?

- ① 잠깐 그런 생각이 들었거나 그런 생각이 들지 않았다(하루 미만)
- ② 가끔 그런 생각이 들었다(1-2일 정도)
- ③ 자주 그런 생각이 들었다(3-4일 정도)
- ④ 항상 그런 생각이 들었다(5-7일 정도)

고갈 기준(하나 이상 문항에서 ③ 또는 ④로 응답)을 충족합니까?: ① 예 ② 아니요

■ 문3. (고립) 최근 1개월 이내에 다음과 같은 모임이나 단체 활동에 참여하고 있습니까?

- 1) 친목단체(계모임, 동창회, 동기회, 향우회, 종친회, 노인정 등)
- 2) 종교단체(교회, 성당, 절)
- 3) 문화활동단체(합창단, 연극, 영화 등)
- 4) 스포츠레저단체(산악회, 조기축구회 등)
- 5) 시민단체 또는 사회단체(대한노인회 등)
- 6) 이익단체 및 정치단체(직능단체, 정당활동 등)
- 7) 봉사단체(자원봉사활동 등)
- 8) 학습단체(노인대학, 노인교실, 평생교육프로그램 등)

고립 기준(아무런 모임에 참여하고 있지 않음)을 충족합니까?: ① 예 ② 아니요

참여하는 모임이 있다면 총 (①)개 모임에 (②총 회) 참여하고 있습니까?

※ 문1~3 질문에 두 개 이상 해당하면 허약(frailty), 한 개만 해당하면 전허약(prefrailty)임.

■ 문4. (칩거) 다음의 질문에 응답해주세요.

□ 문4-1. 지난 한 달 동안 어르신은 몇 번이나 외출하셨습니다?

① 매일(7일/주) ② 대부분(5-6일/주) ③ 가끔(2-4일/주) ⇨ 문4-2로

④ 거의 안 함(1일/주) ⇨ 질문 끝(대부분칩거) ⑤ 전혀 안 함(0일/주) ⇨ 질문 끝(완전칩거)

□ 문4-2. 외출하는 데 다른 사람의 도움을 받았습니까?

① 받았음 ⇨ 문4-3로 ② 받지 않았음 ⇨ 문4-4로

□ 문4-3. 혼자서 몇 번이나 외출하셨습니다?

① 매일(7일/주) ② 대부분(5-6일/주) ③ 가끔(2-4일/주) ④ 거의 안 함(1일/주) ⇨ 문4-4로

⑤ 전혀 안 함(0일/주) ⇨ 질문 끝(준칩거)

□ 문4-4. 혼자서 외출하는 데 얼마나 힘들었습니다?

① 매우 힘들 ② 힘들 ③ 약간 힘들 ⇨ 질문 끝(준칩거)

④ 전혀 힘들지 않음 ⇨ 질문 끝(칩거 아님)

※ 문4-1에 ⑤인 경우 완전칩거(completely homebound),

④인 경우 대부분칩거(mostly homebound), 문4-3에 ⑤ 또는 문4-4에 ①②③인 경우 준칩거(semihombound)임.

결과지표

■ 문5. (낙상) 지난 6개월 동안 어르신께서는 넘어진 적이 있습니까? ①있음 ②없음

■ 문6. (입원) 지난 6개월 동안 병의원(요양병원 포함)에 입원하신 적이 있습니까? ①있음 ②없음

■ 문7. (응급실) 지난 6개월 동안 어르신께서는 응급실을 이용하신 적이 있습니까? ①있음 ②없음

■ 문8. (의료이용 포기) 지난 6개월 동안 본인이 아파서 병의원(치과 미포함)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까? ① 있음 ② 없음

■ 문9. (장기요양보험) 향후 6개월 이내 장기요양보험 급여를 신청하실 생각이 있으십니까?

① 있음 ② 없음

※장기요양보험이란 일상생활이 힘든 65세 이상 노인에게 요양시설이나 장기요양기관을 통해 신체활동(목욕, 배설 등) 또는 가사지원(세탁, 청소 등) 등의 서비스를 제공하는 사회보험제도입니다.

일반적 정보

■ 문10. (독거) 현재 같은 집에 살고 있는 배우자, 자녀, 친척이 있습니까?

① 배우자, 자녀, 손자녀, 며느리, 사위, 형제, 친척 등과 같이 있음 ② 없음(혼자 살고 있음)

■ 문11. (교육) 어르신께서는 학교를 어디까지 다니셨습니까?

① 무학 ② 초등학교 ③ 중학교 ④ 고등학교 ⑤ 대학 이상

■ 문12. (소득) 임금, 부동산 소득, 연금, 이자, 정보 보조금, 친척이나 자녀들의 용돈 등 모든 수입을 합쳐 지난 달 동안의 총소득은 대략 얼마입니까?

① 50만 원 미만 ② 50만~100만 원 ③ 100만~200만 원 ④ 200만~300만 원 ⑤ 300만~400만 원 ⑥ 400만 원 이상

■ 문13. (빈곤지위) 어르신은 현재 국민기초생활 수급 대상자입니까? ① 예 ② 아니요

부록 3. 포괄적노인평가 조사 설문지

I. 일반적 사항

※조사일		※조사자	① 보건지소(직원) ② 어르신건강센터 ③ 주민건강지도자 ④ 기타(성명: 서명)		
성명		생년월일		성별	①남성 ②여성
주소			연락처		

<개인정보 이용 동의>

· 보건소에서 수집·이용하는 개인정보 및 고유식별정보 제공에 동의합니다. 수집한 정보는 건강관리 연계업무, 사업 활성화를 위한 연구 목적으로만 활용되도록 하고 보유 기간(5년)이 경과되면 즉시 파기하겠습니다.

동의자: (서명)

II. 허약 스크리닝 결과(조사일:)

허약	<input type="checkbox"/> 허약 <input type="checkbox"/> 전허약 <input type="checkbox"/> 비허약					
	약력	kg	고갈	Yes / No	고립	Yes / No
칩거	<input type="checkbox"/> 완전칩거 <input type="checkbox"/> 대부분칩거 <input type="checkbox"/> 준칩거 <input type="checkbox"/> 비칩거					
결과 지표	낙상경험	Yes / No	입원경험	Yes / No	응급실	Yes / No
	의료포기	Yes / No	요양계획	Yes / No		
일반적 정보	독거	Yes / No	교육수준	① 학 ② 초등학교 ③ 중학교 ④ 고등학교 ⑤ 대학이상	월소득	① 50만 원 미만 ② 50만~100만 원 ③ 100만~200만 원 ④ 200만~300만 원 ⑤ 300만~400만 원 ⑥ 400만 원 이상

III. 조사 내용

만성질환 및 일반건강

- 문1. (만성질환) 어르신께서는 어떠한 질병을 앓고 있습니까?
- 문1-1. 현재 의사로부터 진단받고 앓고 있는 질환이 있습니까? (모두 기록)
- (1) 질환명: _____, 코드명: _____
- (2) 질환명: _____, 코드명: _____
- (3) 질환명: _____, 코드명: _____
- (4) 질환명: _____, 코드명: _____
- (5) 질환명: _____, 코드명: _____

주요 질환코드

01 고혈압	25 폐결핵	74 유방암
02 이상지질혈증	31 소화기계 궤양	75 자궁경부암
03 심근경색	32 경도의 간질환	76 폐암
04 울혈성 심부전	33 중등도 이상의 간질환,	77 갑상선암
05 협심증	41 당뇨(합병증 없음)	78 백혈병
06 말초혈관질환	42 당뇨(합병증 있음)	79 림프종 및
07 뇌혈관질환	43 갑상선 장애	다발성골수종
11 골관절염	51 반신마비 또는 양측 하지마비	80 기타 신 생물
12 류마티스성 관절염	52 치매	81 2차 전이성 악성신 생물,
13 기타 결합조직 질환	61 콩팥질환	91 후천성면역결핍증후군
14 골다공증	62 요실금	92 B형간염
21 천식	63 전립선 질환	93 C형간염
22 만성폐색성폐질환	71 위암	94 알레르기 비염
23 기관지염	72 간암	95 우울증
24 폐기종	73 대장암	96 기타 정신장애

□ 문1-2. 병원(보건소 포함) 의사가 처방해 준 치료약(처방약)은 모두 몇 종류입니까? ____ 개

<용어해설: 알약>

- 다음의 약들이 모두 알약의 종류에 해당합니다.
- 단, 의사에게 처방받지 않고 복용 중인 약(진통제, 소염제, 종합감기약, 한약, 영양제, 비타민, 건강보조제 등)은 제외합니다. 의사에게 처방된 약 중에서도 주사제, 드링크, 물약, 파스, 스프레이는 제외됩니다.



■ 문2. (고혈압/당뇨) 5분 이상 안정을 취한 후 혈압과 혈당을 측정한다.

혈압: ____ / ____ mmHg

혈당: ____ mg/dL (① 공복 상태, ② 비공복 상태)

■ 문3. (흡연) 현재 어르신께서는 담배를 피우십니까?

- (1) 피움 (2) 현재 피우지 않음 (3) 피운 적 없음

■ 문4. (음주) 어르신께서는 현재부터 1년 전까지 술을 얼마나 자주 마셨습니까?

- (1) 최근 1년간 전혀 마시지 않음 (2) 한 달에 1회 미만 (3) 한 달에 1회 정도
(4) 한 달에 2~4회 정도 (5) 일주일에 2~3회 정도 (6) 일주일에 4회 이상

신체기능

■ 문5. (보행속도) 3m 걷기 시간을 측정한다. ____ 초 (①검사완료 ②검사불가)

이번에는 걷기 검사입니다. 만일 나가실 때 지팡이나 워커를 사용하신다면 지금 이를 사용하지 마세요. 통상적으로 걸으시는 속도로 저쪽에 표시된 지점까지 걸으시면 됩니다. 준비가 되셨나요?

* 5초 미만 양호, 5초 이상 보행속도 저하

■ 문6. (신체기능척도) 최근 1개월간 어르신께서는 다음 동작을 다른 사람이나 보조기의 도움 없이 스스로 하실 때 얼마나 어려움을 느끼십니까?

신체활동	전혀 어렵지 않다	약간 어렵다	매우 어렵다	전혀 수 없다
□ 문6-1. 운동장 한 바퀴(400m) 정도 걷기	3	2	1	0
□ 문6-2. 계단을 쉬지 않고 10계단씩 오르기	3	2	1	0
□ 문6-3. 몸을 구부리거나, 쭈그리고 앉거나, 무릎을 꿇기	3	2	1	0

380 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

<input type="checkbox"/> 문6-4. 머리보다 높은 곳에 있는 것을 손을 뻗어서 닿게 하기	3	2	1	0
<input type="checkbox"/> 문6-5. 쌀 1말(8kg) 정도의 물건을 들어올리거나 옮기기	3	2	1	0
<input type="checkbox"/> 문6-6. 목욕하기, 샤워하기	3	2	1	0
<input type="checkbox"/> 문6-7. 옷 갈아입기	3	2	1	0
<input type="checkbox"/> 문6-8. 의자에서 일어났다가 앉기, 자리에서 일어났다가 눕기	3	2	1	0
<input type="checkbox"/> 문6-9. 일상생활용품이나 약 사러 가기	3	2	1	0
<input type="checkbox"/> 문6-10. 버스나 지하철 이용하기	3	2	1	0

신체기능척도(Physical Functioning) 점수	점
---------------------------------	---

영양

■ 문7. (간이영양평가) 다음의 질문들에 응답해 주십시오.

문7-1. 지난 3개월 동안 밥맛이 없거나, 소화가 잘 안되거나, 씹고 삼키는 것이 어려워서 식사량이 줄었습니까?

(1) 예전보다 식욕이 많이 줄었다(0점) (2) 예전보다 식욕이 조금 줄었다(1점) (3) 변화 없다(2점)

문7-2. 지난 1개월 동안 몸무게가 줄어들었습니까?

(1) 3kg 이상의 체중감소(0점) (2) 모르겠다(1점) (3) 1kg에서 3kg 사이의 체중감소(2점)
(4) 줄지 않았다(3점)

문7-3. 이동성

(1) 침대나 의자에 주로 있음(0점) (2) 침대/의자 밖으로 갈 수 있으나 외출은 못함(1점)
(3) 외출 가능(2점)

문7-4. 지난 3개월 동안 많이 괴로운 일이 있었거나, 심하게 편찮으셨던 적이 있습니까?

(1) 예(0점) (2) 아니오(2점)

문7-5. 신경 정신과적 문제

(1) 심각한 치매 또는 우울증(0점) (2) 경한 치매(1점) (3) 없음(2점)

문7-6. 키와 몸무게를 측정하여, 체질량지수를 계산하십시오. (키 ___m, 몸무게 ___kg)

(1) 19 미만(0점) (2) 19~21미만(1점) (3) 21~23미만(2점) (4) 23 이상(3점)

문7-7. 평소에 어르신 댁에서 생활하십니까?

(1) 아니요(0점) (2) 예(1점)

문7-8. 매일 3종류 이상의 약을 드십니까?

(1) 예(0점) (2) 아니요(1점)

문7-9. 피부에 욕창이나 궤양이 있습니까?

(1) 예(0점) (2) 아니요(1점)

문7-10. 하루에 몇 끼의 식사를 하십니까?

(1) 1번(0점) (2) 2번(1점) (3) 3번(2점)

문7-11. 단백질 식품의 섭취량

1) 우유나 떠먹는 요거르트, 유산균 요거르트 중에서 매일 드시는 것이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
2) 콩으로 만든 음식(두부 포함)이나 달걀을 일주일에 2번 이상 드십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
3) 생선이나 육고기를 매일 드십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

(1) 예 항목이 1개 이하(0점) (2) 예 항목이 2개(0.5점) (3) 예 항목이 3개(1점)

□ 문7-12. 매일 2번 이상의 과일이나 야채를 먹습니까?
 (1) 아니요(0점) (2) 예(1점)

□ 문7-13. 하루 동안에 몇 컵의 물이나 음료수 차를 드십니까?
 (1) 3컵 미만(0점) (2) 3컵에서 5컵 사이(0.5점) (3) 5컵 이상(1점)

□ 문7-14. 혼자서 식사할 수 있습니까?
 (1) 다른 사람의 도움이 항상 필요하다(0점) (2) 혼자서 먹을 수 있으나 약간의 도움이 필요하다(1점)
 (3) 도움 없이 식사할 수 있다 (2점)

□ 문7-15. 어르신의 영양 상태에 대해 어떻게 생각하십니까?
 (1) 좋지 않은 편이다(0점) (2) 모르겠다(1점) (3) 좋은 편이다(2점)

□ 문7-16. 비슷한 연세의 다른 할아버지, 할머니들과 비교 해 봤을 때, 어르신의 건강상태가 어떻습니까?
 (1) 나쁘다(0점) (2) 모르겠다(0.5점) (3) 비슷하다(1점) (4) 자신이 더 좋다(2점)

□ 문7-17. 중완둘레(cm)를 측정하십시오. ____cm
 (1) 21 미만(0점) (2) 21~22미만(0.5점) (3) 22 이상(1점)

□ 문7-18. 종아리 둘레(cm)를 측정하십시오. ____cm
 (1) 31 미만(0점) (2) 31 이상(1점)

간이영양상태 점수	점
-----------	---

* 24-30 정상, 17-23.5 영양결핍 고위험, 17점 미만 영양결핍

가족 및 사회적 지지

■ 문8. (사회적 지지망 유형평가) 다음의 질문에 응답해 주십시오.

<유의사항>

- 1.5km는 같은 동 수준의 위치로 버스 3-4 정거장 정도의 거리를 말합니다.
- 8km는 인접 시군구 수준의 위치로 지하철 5-6 정거장 정도의 거리를 말합니다.
- 24km는 광역시도 내 또는 인접 지역 수준을 의미합니다.
- 80km는 광역시도 이상의 거리를 말합니다.(예, 서울-천안 84km).

□ 문8-1. 자녀 또는 친척들 중 가장 가까이에 사는 분은 어디에 계십니까? (배우자 제외)
 (1) 자녀와 친척 없음 (2) 같은 집 또는 1.5km 이내 (3) 8km 이내 (4) 24km 이내
 (5) 80km 이내 (6) 80km 이상

□ 문8-2. 자녀가 있다면, 가장 가까이에 사는 분은 어디에 계십니까?
 (1) 자녀 없음 (2) 같은 집 또는 1.5km 이내 (3) 8km 이내 (4) 24km 이내 (5) 80km 이내
 (6) 80km 이상

□ 문8-3. 형제나 친척이 있다면, 가장 가까이에 사는 분은 어디에 계십니까?
 (1) 같은 집 또는 1.5km 이내 (2) 8km 이내 (3) 24km 이내 (4) 80km 이내 (5) 80km 이상

□ 문8-4. 같이 대화할 자녀 또는 친척들과는 얼마나 자주 만남니까?
 (1) 만나지 않음/친척 없음 (2) 매일 (3) 주 2-3회 (4) 최소한 주1회 (5) 최소한 월 1회
 (6) 월1회도 못 봄

□ 문8-5. 동네나 인근 지역에 친구가 있다면, 친구와는 얼마나 자주 대화를 나누거나 무언가를 같이 하십니까?
 (1) 하지 않음/친구 없음 (2) 매일 (3) 주 2-3회 (4) 최소한 주1회 (5) 최소한 월 1회
 (6) 월 1회도 못 봄

382 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

문8-6. 대화를 나누거나 무언가를 같이 하기 위해 인근 지역에 있는 이웃과는 얼마나 자주 만
납니까?
(1) 이웃과 연락하지 않음 (2) 매일 (3) 주 2-3회 (4) 최소한 주1회 (5) 최소한 월 1회
(6) 월 1회도 못 봄

문8-7. 종교모임에 다니고 계십니까?
(1) 예. 최소 월 1회 정기적으로 다닙니다 (2) 예. 가끔씩 다닙니다 (3) 아니요

문8-8. 경로당, 노인회관, 동호회, 강좌수강 등과 같은 인근 지역 또는 사회적 모임에 다니고
계십니까? (1) 예. 최소 월 1회 정기적으로 다닙니다 (2) 예. 가끔씩 다닙니다 (3) 아니요

사회적 지지망 유형평가 결과(판정 방법은 부록 참고)	유형
-------------------------------	----

※ 마지막까지 설문에 응답해 주셔서 진심으로 감사합니다.

[부록]

사회적 지지망 유형 평가

The Practitioner Assessment of Network Type Instrument (PANT)

1. 질문에 해당하는 코드에 원을 그리고, 동일 행에 있는 모든 코드에도 원을 그리시오.
2. 네트워크 열에 해당되는 원의 수를 합산하고, 가장 많은 점수를 얻은 열이 지지망 유형이 된다.

질문	응답	코드	가족 의존형	지역 통합형	지역 고립형	광범위 지역형	완전 고립형
1. 자녀 또는 친척들 중 가장 가까이에 사는 분은 어디에 계십니까?(배우자 제외)	자녀, 친척 없음 같은 집/1.5km 이내 1.5-8km 9-24km 25-80km 80km 이상	A B C D E F	B	C D	D E	E F	E F
2. 자녀가 있다면, 가장 가까이에 사는 분은 어디에 계십니까?	자녀, 친척 없음 같은 집/1.5km 이내 1.5-8km 9-24km 25-80km 80km 이상	A B C D E F	B C	B C D	A D E	F	A F
3. 형제나 친척이 있다면, 가장 가까이에 사는 분은 어디에 계십니까?	형제, 자매 없음 같은 집/1.5km 이내 1.5-8km 9-24km 25-80km 80km 이상	A B C D E F	B C	B C D	C D E	A F	A F
4. 같이 대화할 자녀 또는 친척들과는 얼마나 자주 만납니까?	전혀 없음/자녀 친척 없음 매일 주 2~3회 최소 주 1회 최소 월 1회 월 1회도 못 봄	A B C D E F	B C	B C	D E	E F	A F
5. 동네나 인근 지역에 친구가 있다면, 친구와는 얼마나 자주 대화를 나누거나 무언가를 같이 하십니까?	전혀 없음/친구 없음 매일 주 2~3회 최소 주 1회 최소 월 1회 월 1회도 못 봄	A B C D E F	E F	B C D	E F	B C D	A F
6. 대화를 나누거나 무언가를 같이 하기 위해 인근 지역에 있는 이웃과는 얼마나 자주 만납니까?	이웃과 접촉 없음 매일 주 2~3회 최소 주 1회 최소 월 1회 월 1회도 못 봄	A B C D E F	A E F	B C D	D E	D E	A F
7. 종교모임에 다니고 계십니까?	예 정기적으로.(월 1회) 예. 가끔씩. 아니요.	A B C	B	A	B C	A B	C
8. 경로당, 노인회관, 동호회, 강좌 수강 등과 같은 인근 지역 또는 사회적 모임에 다니고 계십니까?	예 정기적으로.(월 1회) 예. 가끔씩. 아니요.	A B C	B C	A	B C	A	C
사회적 지지망 유형							

* 동점인 경우에는 '가족의존형>지역통합형>지역고립형>광범위지역형>완전고립형'으로 판단함.

부록 4. 허약 스크리닝 및 CGA 조사 평가지

I. 일반적 사항

※조사일		※조사자	① 보건지소(직원) ② 건강지도자 ③ 기타(성명: 서명)		
성명		생년월일		성별	①남성 ②여성
주소				연락처	

<개인정보 이용 동의>

· 보건소에서 수집·이용하는 개인정보 및 고유식별정보 제공에 동의합니다. 수집한 정보는 건강관리 연계업무, 사업 활성화를 위한 연구 목적으로만 활용되도록 하고 보유 기간(5년)이 경과되면 즉시 파기하겠습니다.

동의자: (서명)

II. 허약 스크리닝 (조사일:)

허약 및 칩거

■ 문1. (악력) 팔꿈치를 가볍게 몸통에 붙이고 90도 각도를 유지한 상태에서 악력기를 사용하여 좌우에 서 각 2회씩 측정하여 가장 높은 값을 기록한다.

좌측 1회: ___kg, 우측 1회: ___kg, 좌측 2회: ___kg, 우측 2회: ___kg

최고값: ___kg ⇨ 약함 기준(남성 ≤24kg, 여 ≤15kg)을 충족합니까?: ① 예 ② 아니요

■ 문2. (고갈) 다음의 질문에 응답해 주십시오.

□ 문2-1. 지난 1주일 동안 어르신께서는 모든 일들이 힘들게 느껴지셨습니까?

- ① 잠깐 그런 생각이 들었거나 그런 생각이 들지 않았다(하루 미만)
- ② 가끔 그런 생각이 들었다(1-2일 정도)
- ③ 자주 그런 생각이 들었다(3-4일 정도)
- ④ 항상 그런 생각이 들었다(5-7일 정도)

□ 문2-2. 지난 1주일 동안 어르신께서는 무슨 일이든지 도무지 해낼 수 없는 느낌이 들었습니까?

- ① 잠깐 그런 생각이 들었거나 그런 생각이 들지 않았다(하루 미만)
- ② 가끔 그런 생각이 들었다(1-2일 정도)
- ③ 자주 그런 생각이 들었다(3-4일 정도)
- ④ 항상 그런 생각이 들었다(5-7일 정도)

고갈 기준(하나 이상 문항에서 ③ 또는 ④로 응답)을 충족합니까?: ① 예 ② 아니요

■ 문3. (고립) 최근 1개월 이내에 다음과 같은 모임이나 단체 활동에 참여하고 있습니까?

- 1) 친목단체(계모임, 동창회, 동기회, 향우회, 종친회, 노인정 등)
- 2) 종교단체(교회, 성당, 절)
- 3) 문화활동단체(합창단, 연극, 영화 등)
- 4) 스포츠레저단체(산악회, 조기축구회 등)
- 5) 시민단체 또는 사회단체(대한노인회 등)
- 6) 이익단체 및 정치단체(직능단체, 정당활동 등)
- 7) 봉사단체(자원봉사활동 등)
- 8) 학습단체(노인대학, 노인교실, 평생교육프로그램 등)

고립 기준(아무런 모임에 참여하고 있지 않음)을 충족합니까?: ① 예 ② 아니요

Ⅲ. 포괄적노인기능평가 (조사일:)

신체기능

■ 문4. (보행속도) 3m 걷기 시간을 측정한다. _____ 초 (①검사완료 ②검사불가)

이번에는 걷기 검사입니다. 만일 나가실 때 지팡이나 워커를 사용하신다면 지금 이를 사용하지
 사시오. 통상적으로 걸으시는 속도로 저쪽에 표시된 지점까지 걸으시면 됩니다. 준비가 되었나요?

* 5초 미만 양호, 5초 이상 보행속도 저하

영양

■ 문5. (간이영양평가) 다음의 질문들에 응답하십시오.

□ 문5-1. 지난 3개월 동안 밥맛이 없거나, 소화가 잘 안되거나, 씹고 삼키는 것이 어려워서 식사량이 줄었습
 니까?

(1) 예전보다 식욕이 많이 줄었다(0점) (2) 예전보다 식욕이 조금 줄었다(1점) (3) 변화 없다(2점)

□ 문5-2. 지난 1개월 동안 몸무게가 줄어들었습니까?

(1) 3kg 이상의 체중감소(0점) (2) 모르겠다(1점) (3) 1kg에서 3kg 사이의 체중감소(2점)
 (4) 줄지 않았다(3점)

□ 문5-3. 이동성

(1) 침대나 의자에 주로 있음(0점) (2) 침대/의자 밖으로 갈 수 있으나 외출은 못 함(1점)
 (3) 외출 가능(2점)

□ 문5-4. 지난 3개월 동안 많이 괴로운 일이 있었거나, 심하게 편찮으셨던 적이 있습니까?

(1) 예(0점) (2) 아니요(2점)

□ 문5-5. 신경 정신과적 문제

(1) 심각한 치매 또는 우울증(0점) (2) 경한 치매(1점) (3) 없음(2점)

□ 문5-6. 키와 몸무게를 측정하여, 체질량지수를 계산하십시오. (키 _____m, 몸무게 _____kg)

(1) 19 미만(0점) (2) 19~21 미만(1점) (3) 21~23 미만(2점) (4) 23 이상(3점)

□ 문5-7. 평소에 어르신 댁에서 생활 하십니까?

(1) 아니요(0점) (2) 예(1점)

□ 문5-8. 매일 3종류 이상의 약을 드십니까?

(1) 예(0점) (2) 아니요(1점)

□ 문5-9. 피부에 욕창이나 궤양이 있습니까?

(1) 예 (0점) (2) 아니요(1점)

□ 문5-10. 하루에 몇 개의 식사를 하십니까?

(1) 1번(0점) (2) 2번(1점) (3) 3번(2점)

□ 문5-11. 단백질 식품의 섭취량

1) 우유나 떠먹는 요거트, 유산균 요거트 중에서 매일 드시는 것이 있습니까?

예 아니요

2) 콩으로 만든 음식(두부 포함)이나 달걀을 일주일에 2번 이상 드십니까?

예 아니요

3) 생선이나 육고기를 매일 드십니까?

예 아니요

(1) 예 항목이 1개 이하(0점) (2) 예 항목이 2개(0.5점) (3) 예 항목이 3개(1점)

□ 문5-12. 매일 2번 이상의 과일이나 야채를 먹습니까?

(1) 아니요(0점) (2) 예(1점)

386 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

□ 문5-13. 하루 동안에 몇 컵의 물이나 음료수 차를 드십니까?

- (1) 3컵 미만(0점) (2) 3컵에서 5컵 사이(0.5점) (3) 5컵 이상(1점)

□ 문5-14. 혼자서 식사할 수 있습니까?

- (1) 다른 사람의 도움이 항상 필요하다(0점) (2) 혼자서 먹을 수 있으나 약간의 도움이 필요하다(1점)

- (3) 도움 없이 식사할 수 있다 (2점)

□ 문5-15. 어르신의 영양 상태에 대해 어떻게 생각하십니까?

- (1) 좋지 않은 편이다(0점) (2) 모르겠다(1점) (3) 좋은 편이다(2점)

□ 문5-16. 비슷한 연세의 다른 할아버지, 할머니들과 비교 해 봤을 때, 어르신의 건강상태가 어떻습니까?

- (1) 나쁘다(0점) (2) 모르겠다(0.5점) (3) 비슷하다(1점) (4) 자신이 더 좋다(2점)

□ 문5-17. 중완둘레(cm)를 측정하십시오. ____cm

- (1) 21 미만(0점) (2) 21~22 미만(0.5점) (3) 22 이상(1점)

□ 문5-18. 종아리 둘레(cm)를 측정하십시오. ____cm

- (1) 31 미만(0점) (2) 31 이상(1점)

간이영양상태 점수	점
-----------	---

* 24-30 정상, 17-23.5 영양결핍 고위험, 17점 미만 영양결핍

※ 마지막까지 설문에 응답해 주셔서 진심으로 감사합니다.

388 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

A. 노인 친화적 병원

A. 고령화 사회에서 국내에 노인 친화적 병원이 필요하다고 보십니까?

- 필요하지 않음 · 필요함 · 잘 모름

노인 친화적 병원이란 노인의 신체적·정신적 건강 요구에 맞는 케어를 제공하고, 노인의 건강 증진을 위한 노력을 하고, 안전한 환경을 제공하고, 노인과 가족 및 보호자(caregivers)가 노인 케어에 참여할 수 있도록 도와주는 등의 역할을 할 수 있는 병원을 의미합니다. 예를 들면 캐나다 온타리오주의 Senior-Friendly Hospital initiative(SFH), 대만의 Framework of Age-Friendly Hospitals, 미국의 Creating Age-Friendly Health Systems initiative(The John A. Hartford Foundation, the Institute for Healthcare Improvement, the American Hospital Association)는 노인 친화적 병원에 대한 프레임워크를 제시하고 있습니다.

A1. 다음은 노인 친화적 병원이 갖추어야 할 프레임워크(Framework)에 대한 질문입니다. 각 질문이 다루는 내용의 필요 여부와 응답에 대한 부연 설명을 해주시기 바랍니다. (※ 해당하는 칸 선택, 의견란에 답변에 대한 설명 기재)

노인 친화적 병원의 프레임워크(Framework)	응답	의견
1) 물리적 환경: 병원의 구조, 건물 시설, 설치물 등 노인 친화적 물리적 환경 (예: 엘리베이터, 에스컬레이터, 복도 손잡이, 미끄럽지 않은 바닥, 노인과 보호자가 함께 할 수 있는 공간, 노인 전용 설명문 등)	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
2) 진료제공체계: 노인의 특성을 고려한 진료제공체계(예: 응급실의 노인 전문대응팀, 진료절차 간소화, 노인포괄기능평가 (comprehensive geriatric assessment), 섬망(delirium)의 예방 및 치료 프로세스, 낙상, 다약제 관리, 욕창, 영양, 신체활동, 우울, 인지기능의 스크리닝 및 중재 등)	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
3) 퇴원 후 연계체계: 환자의 퇴원 장소(예: 집/타 병원/요양시설 등)에 따른 진료연계체계 구축	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	

4) 환자 중심 의료: 환자의 가치를 존중하기 위하여 환자와 보호자를 의사 결정에 참여시키고 이에 필요한 교육과 정보를 제공하는 등의 환자 중심 의료 실천	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름
5) 리더십과 조직문화: 병원 내 모든 직원(의료인과 비의료인 모두 포함)이 리더십을 갖고 노쇠한 노인 환자에 대한 최상의 서비스를 제공할 수 있도록 조직 차원에서 교육, 훈련 등을 지원	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름
6) 의료윤리: 노쇠한 노인 환자는 아동과 유사하게 매우 취약한 환자임을 인지하고 환자의 존엄권, 자기결정권 등을 존중하는 방식으로 진료와 연구 설계	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름
7) 위 언급한 내용 외에 노인 친화적 병원의 프레임워크가 있다면 제시해 주시기 바랍니다.	

A1a. 국내의 병원은 앞서 언급한 프레임워크 측면에서 노인 친화적 병원에 얼마나 잘 부합한다고 생각하십니까?

A1b. 제시된 6개 프레임워크 가운데 2개 우선순위를 표시해 주시기 바랍니다.

항 목	1순위부터 차례로 선택	
	1 순위	2 순위
물리적 환경	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
진료제공체계	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
퇴원 후 연계체계	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
환자 중심 의료	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
리더십과 조직문화	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
의료윤리	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A2. 병원의 노인 친화적 진료제공체계 구성 요소에 대한 질문입니다.
 각 질문이 다루는 내용의 필요 여부와 응답에 대한 부연 설명을 해주시기 바랍니다.

노인 친화적 진료제공체계의 요소	응답	의견
-------------------	----	----

390 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

<p>1) 노인응급대응팀: 응급실을 운영하는 병원인 경우 노인의 임상적 특성을 고려한 응급 전문 대응팀 운영</p>	<p><input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름</p>	
<p>2) 간편 서비스: 노인의 신체적 특성을 고려한 진료절차 간소화 및 원스톱 서비스 제공</p>	<p><input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름</p>	
<p>3) 노인포괄평가: 모든 노인 환자에게 노인포괄평가 실시(comprehensive geriatric assessment: 영양, 신체활동, 일상생활 수행능력, 인지기능, 정서, 노쇠 등 포함)</p>	<p><input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름</p>	
<p>4) 섬망 관리: 노인 입원 환자에게 발생하는 섬망(delirium)을 감별진단, 예방, 치료하는 관리체계 운영(섬망은 일시적으로 매우 갑작스럽게 나타나는 정신상태의 혼란으로 안절부절못하고, 잠을 안 자고, 소리를 지르고, 주사기를 빼내는 것과 같은 심한 과다행동이나 환각, 환청, 초조함, 떨림 등이 자주 나타나는 것을 말합니다. 수술을 받은 환자 또는 노인에서 흔히 나타날 수 있습니다.)</p>	<p><input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름</p>	
<p>5) 치매관리: 치매 예방, 조기감별 및 중재</p>	<p><input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름</p>	
<p>6) 다약제 관리: 노인 환자의 다약제(Polypharmacy) 문제를 스크리닝하고 관리하는 시스템 운영(다약제 관리는 고령자에게 주의를 요하는 약제 스크리닝, 약제 간 상호작용 등 다약제 복용 위험에 대한 관리, 복약 지도 등을 의미합니다.)</p>	<p><input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름</p>	
<p>7) 낙상관리: 노인에게 흔히 발생할 수 있는 낙상에 대한 예방과 중재</p>	<p><input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함</p>	

	<input type="radio"/> 잘 모름	
8) 재활: 노인 환자의 신체 기능을 회복하기 위한 재활 서비스 제공 (조기 운동 및 보행, 근력운동, 심장재활, 연하재활 등)	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
9) 욕창관리	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
10) 통증관리	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	

A2a. 앞서 열거한 노인 친화적 진료제공체계의 10개 요소 가운데 우선순위 3개를 선택해 주시기 바랍니다.

항 목	1순위부터 차례로 선택		
	1 순위	2 순위	3 순위
노인응급대응팀	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
간편 서비스	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
노인포괄평가	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
섬망관리	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
치매관리	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
다약제 관리	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
낙상관리	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
재활	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
욕창관리	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
통증관리	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A2b. 노인 친화적 진료제공체계의 요소에 대한 추가 의견을 기술해 주시기 바랍니다.

392 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

A3. 다음은 노인 친화적 병원의 특화된 기능에 대한 질문입니다.

각 질문이 다루는 내용의 필요 여부와 응답에 대한 부연 설명을 해주시기 바랍니다.

노인 친화적 병원의 특화된 기능	응답	의견
1) 돌봄 제공자 교육: 환자의 돌봄 제공자(Caregiver)에 대한 고려가 필요하며, 이들에게 필요한 교육 제공(예: 돌봄 제공자 정보 라운지, 돌봄 제공자 대상 세미나 등)	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
2) 돌봄 제공자 지지체계: 환자의 보호자 & 돌봄 제공자의 소진(Burn-out)에 대한 지지체계 제공(돌봄 제공자의 스트레스나 부담감은 소진으로 이어질 수 있으며, 소진은 신체적 안녕 상태의 저하 및 지속적인 정서적 스트레스에 대응할 수 없는 개인의 표현 양태를 말합니다.)	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
3) 간호·간병 통합서비스: 고령 환자에게 통합 간호간병 서비스 확대 제공	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
4) 사전의료계획: 향후 치료 방향 결정 및 연명으로 의향 결정에 도움을 줄 수 있는 지지체계(상담 및 정보 제공, 사전의료의향서 작성 도움 등 포함)	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
5) 의료 외적 서비스 지원: 노인과 가족의 사회경제적 상황 고려(예: 사회사업팀 연계, 재정능력 평가)	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	

A3a. 앞서 열거한 노인 친화적 병원의 특화된 기능 가운데 우선순위 2개를 선택해 주시기 바랍니다.

항 목	1순위부터 차례로 선택	
	1 순위	2 순위
돌봄 제공자 교육	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
돌봄 제공자 지지체계	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

간호간병 통합서비스	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
사전의료계획	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
의료 외적 서비스 지원	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A4. 다음은 국내의 노인 친화적 병원에 대한 인식과 서비스 장애요인에 대한 질문입니다. 제시된 7가지 장애요인에 대해 그 정도를 ①~⑦점(매우 큰 장애요인인 경우 ⑦점) 선택, 항목별로 같은 점수를 줄 수 없으며, 장애요인이 아니라고 생각하시는 경우 마지막 칸(해당 없음)을 선택해 주시기 바랍니다

장애요인	매우 작은 장애요인 <-----> 매우 큰 장애요인							해당 없음
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
1) 인식: 노인 친화적 병원과 서비스 필요성에 대한 인식 부족	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) 지불제도: 노인 친화적 서비스에 대한 적절한 지불제도 미비	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) 인력의 질적 문제: 노인의 특성을 이해하고 특화된 서비스를 제공할 수 있도록 하는 인력의 질적 역량이 충분하지 않음	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) 인력 양적 문제: 노인의 특성을 이해하고 특화된 서비스를 제공할 수 있는 인력 규모(수)가 충분하지 않음	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) 인력 공급: 노인 친화적 서비스 인력 양성, 유인, 확보 정책 부족	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) 의료윤리: 노인 의료에 대한 윤리적 문제 인식 부족	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) 리더십: 병원의 노인 친화적 조직문화와 리더십 부족	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A4a. 장애요인이 아니라고 생각하신 항목에 대한 부연 설명 및 언급한 내용 외에 노인 친화적 병원에 대한 인식과 서비스의 기타 장애요인에 관한 의견을 주시기 바랍니다.

A5. 병원에서 시행하는 노인 친화적 서비스(예: 노인포괄기능평가, 노년내과와 담당과의 협진, 다약제 관리, 조기운동 관리, 퇴원계획 수립 및 연계, 기타 노인포괄기능평가 결과 상담 및 중재 등)에 대한 지불제도의 개선은 향후 어떤 방식으로 개선될 필요가

394 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

있는지 의견을 주시기 바랍니다.

국내에서는 노인포괄평가(CGA) 등을 비롯한 노인 맞춤형 의료서비스에 대한 행위 수가가 책정되어 있지 않습니다. 따라서 노인포괄평가를 시행하는 경우 수가를 책정할 수 있는 일부 행위(노인우울평가, 노인일상생활기능평가, 치매노인인지기능평가)에 대한 것만 인정됩니다. 그 외 노인포괄평가 항목, 기타 노인 친화적 서비스 항목에 대한 지불제도는 다음과 같이 생각해 볼 수 있습니다. 1) 행위별 수가 신설 및 수가인가, 2) 노인포괄평가에 따른 요구도 맞춤 서비스에 대해 일당정액제 형식을 개발, 3)포괄수가와 행위별수가를 결합한 신포괄수가 개발 등이 있습니다. 이 외에도 미국 CMS는 다양한 방식으로 메디케어의 지불제도를 시험하고 있습니다.

◆ 노인 친화적 병원 서비스에 대한 지불제도 의견을 기술해 주시기 바랍니다.

B. 노인 친화적 전환기 의료서비스

전환기 의료관(Transitional Care) 환자가 서로 다른 장소 혹은 서비스 사이를 이동할 때, 보건의료의 조정과 연속성 확보를 위해 필요한 일련의 서비스입니다(American Geriatrics Society). 전환기 의료는 ① 의료기관 내 이동(응급병동-중환자실-일반병동-완화의료 등), ② 병원에서 퇴원할 때, ③ 지역에서 생활하면서 여러 서비스 기관을 이용해야 하는 경우 요구도가 높습니다.

여기서 다루는 전환기 의료는 2번의 경우로 ㉞ 급성기 병원에서 퇴원하는 노인 환자가 아급성기 병원 혹은 요양시설로 이동하는 경우 ㉜ 급성기 병원에서 퇴원하는 노인 환자가 집으로 퇴원하는 경우입니다. 전환기 의료서비스의 범주는 환자가 처한 상황에 따라 다를 수 있지만, 노인포괄평가, 퇴원·전환 계획, 서비스 조정, 연계, 자기관리에 대한 교육, 기타 이동한 환경에 적응할 수 있도록 하는 통합 케어를 포함할 수 있습니다.

B1a. 국내 병원이 위에서 언급한 “일련의 전환기 의료서비스”를 제공하고 있다고 생각하십니까?

제공하고 있지 않음 · 제공하고 있음 · 잘 모름

B1b. (서비스 대상 연령) 국내 병원에서 위와 같은 노인 친화적 전환기 의료서비스 대상자를 선정할 때 고려 사항에 관한 질문입니다. 전환기 의료서비스 대상이 되는 노인의 기준 연령을 선택해 주십시오.

60세 이상 · 65세 이상 · 70세 이상 · 75세 이상 · 연령 기준 설정에 동의하지 않음

잘 모름

B1c. (서비스 대상) 국내 병원에서 위와 같은 노인 친화적 전환기 의료서비스 대상자를 선정할 때 고려 사항에 관한 질문입니다. 아래 내용 중에서 우선 고려 사항 2개를 선택해 주시기 바랍니다.

- 복합질환여부 지난 1년간 병원 입퇴원 기록 가정 내 주 돌봄자 여부
 신체기능 저하(예, 뇌졸중 환자 등) 사회·경제적 취약 계층 잘 모름

B2. 다음은 급성기 병원에서 퇴원하는 노인환자가 아급성기 병원 혹은 요양시설로 이동하는 경우입니다. 각 질문이 다루는 내용의 필요 여부와 응답에 대한 부연 설명을 해주시기 바랍니다.

· 퇴원 후 타 병원에 입원 혹은 시설 입소하는 경우	응답	의견
· 전환기 의료 서비스 내용과 역할 분담		
1) 급성기 의료기관 역할 분담: 급성기 의료기관은 노인포괄평가와 퇴원·전환 계획을 제공하고, 전환에 필요한 환자 정보를 아급성기 병원과 요양시설과 공유	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
2) 아급성기 의료기관 역할 분담: 급성기 질환과 치료를 겪으면서 쇠퇴한 신체기능을 회복하기 위한 운동재활요법은 아급성기 병원에서 제공	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
3) 급성기 의료기관 역할 분담: 급성기 질환과 치료를 겪으면서 쇠퇴한 신체기능을 회복하기 위한 운동재활요법은 급성기 병원에서 제공	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
4) 서비스 내용: 노인포괄평가 후 서비스 조정과 중재 제공(중재는 운동, 영양, 복약지도, 자가관리 교육 등을 포함)	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
5) 아급성기 의료기관 및 요양시설 책임: 아급성기 병원(회복기 치료) 혹은	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함	

396 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

요양시설(기능 및 일상생활 능력 회복)에서
회복 서비스를 제공하고 지역으로 퇴원하도록 잘 모름
촉진

B3. 급성기 병원에서 퇴원하는 노인 환자가 집으로 퇴원하는 경우 필요한 전환기
의료서비스의 내용 및 제공 기관에 관한 질문입니다. 각 질문이 다루는 내용의 필요
여부와 응답에 대한 부연 설명을 해주시기 바랍니다.

B3a. 급성기 병원에서 퇴원하는 노인환자가 집으로 퇴원하는 경우 전환기 의료서비스 내용	응답	의견
1) 서비스 조정·연계: 노인포괄평가 후 필요한 서비스 조정과 연계	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
2) 운동요법 교육: 입원한 주상병과 치료를 겪으면서 쇠퇴한 신체기능을 회복하기 위한 운동요법 교육	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
3) 식이요법 교육: 퇴원 후 식이요법 교육	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
4) 모니터링: 외래 방문 여부, 복약 순응, 환자 상태 확인 등을 위한 전화 모니터링	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
5) 가정방문관리: 퇴원 후 다학제 팀원의 방문 관리(운동, 영양, 복약 순응 등)	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
6) 개인요양: 퇴원 후 일정 기간 통합 케어 (운동, 영양, 복약 순응, 일상적 개인요양 등)	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
7) 자가관리 교육: 환자와 가족에게 위험 증상 인지, 자가관리 교육	<input type="radio"/> 필요하지 않음	

필요함
 잘 모름

B3a1. 앞서 열거한 노인 친화적 전환기 의료서비스 내용 가운데 우선순위 2개를 선택해 주시기 바랍니다.

항 목	1순위부터 차례로 선택	
	1 순위	2 순위
서비스 조정·연계	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
운동요법 교육	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
식이요법 교육	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
모니터링	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
가정방문관리	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
개인요양	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
자가관리 교육	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B3a2. (서비스 제공 방법) 앞서 언급한 노인 친화적 전환기 의료를 제공할 때 최첨단 의료-IT 활용 방안이 필요하다고 생각하십니까?

(의료-IT 서비스란 원격진료, 원격자문, 원격판독, 원격상담, 원격방문간호, 장비 기반 원격모니터링, 원격응급의료, 원격지원, 원격건강교육, 거동 부자유자 원격지원 등을 포함합니다.)

필요하지 않음 · 필요함 · 잘 모름

B3b. 급성기 병원에서 퇴원하는 노인 환자가 집으로 퇴원하는 경우 전환기 의료 서비스 제공 기관	응답	의견
1) 급성기 병원 전담부서: 급성기 치료 후 제공되는 전환기 의료는 환자가 입원한 급성기 의료 기관에서 제공하되 전문 부서를 도입(예: 전환기 의료팀, 전환기 커뮤니티 연계팀)	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
2) 급성기 병원 가정간호·원격의료: 급성기 의료기관에서 제공하되 가정간호팀, 원격의료를 확대 활용	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함	

398 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

	<input type="radio"/> 잘 모름	
3) 개인의원: 노인 환자가 거주하는 지역의 개인의원에서 포괄적 가정방문·원격의료 서비스 팀을 구성하여 퇴원한 노인 환자에게 전환기 의료 제공	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
4) 보건소: 지역 보건소에서 포괄적 가정방문·원격의료 서비스 팀을 구성하여 퇴원한 노인 환자에게 전환기 의료 제공	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	

B3b1. (우선순위) 급성기 병원에서 퇴원하는 노인을 위한 전환기 의료서비스 제공 기관으로 가장 적합한 곳에 표시해 주시기 바랍니다.

급성기 병원 전담부서 · 급성기 병원 가정간호·원격의료 · 개인의원 · 보건소

B3b2. 급성기 병원에서 퇴원하는 노인 환자가 집으로 퇴원하는 경우 전환기에 제공하는 의료 서비스 제공 기관에 대한 추가 의견

B4. 노인 친화적 전환기 의료 서비스에 대한 지불제도는 어떤 방식으로 도입될 필요가 있는지 의견을 주시기 바랍니다.
(전환기에 제공하는 일련의 서비스는 노인포괄평가, 퇴원·전환 계획, 서비스 조정·연계, 중재(제한된 기간 동안 운동, 영양, 복약 관리 등), 자가관리 교육을 포함합니다.)

미국의 경우 행위별 수가에 전환기 관리료를 추가, The Bundled Payments for Care Improvement initiative에서 전환기 관리를 포함한 post acute care에 대한 포괄수가 등 다양한 방식으로 지불제도를 시험하고 있습니다. 호주의 경우 환자 요구도에 따른 맞춤형 서비스에 대해 일당 비용을 책정하고 있습니다.

◆ 노인 친화적 전환기 의료 서비스에 대한 지불제도 의견

B5. 노인 친화적 전환기 의료 서비스의 가치와 궁극적 목표를 고려한 성과관리가 필요합니다. 이와 같은 관점에서 각 성과관리 항목에 관한 의견을 주시기 바랍니다.

전환기 의료 서비스 성과 관리	응답	의견
1) 재입원율	<input type="radio"/> 적절하지 않음	

	<input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름
2) 의료비용: 응급실 및 의료기관 이용 빈도 감소	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름
3) 장기 요양 서비스 이용: 1년 내 장기요양시설 입소율, 신규 장기요양 등급 판정 여부, 장기요양 등급 상향 여부	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름
4) 건강 결과 지표: ADL, 노쇠 측정 등	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름
5) 환자·보호자 만족도: 퇴원 후 환자와 환자 보호자의 불안감을 해소, 보호자의 부담 감소, 한시적 의료 상담, 교육 및 지원 요구에 부응	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름

B5a. 노인 친화적 전환기 의료서비스 성과 관리에 관한 추가 의견을 기술해 주시기 바랍니다.

C. 가정방문 일차의료

C1. 다음은 가정방문 일차의료(Home-based Primary Care)에 대한 질문입니다.

‘가정방문 일차의료’란 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 영양사 등 다학제팀이 환자의 집에 방문하여 포괄적이고 연속적인 건강관리를 실시하는 서비스입니다(Agency for Healthcare Research and Quality). 주로 보행능력 저하 또는 칩거 등의 이유로 의료기관(외래)을 원활히 이용할 수 없는 대상자들에게 제공되고 있습니다. 대표적인 사례로 미국 15개 주 이상에서 Veterans Affairs에 의해 운영되는 방문진료사업, New York 주에서 운영되는 Mount Sinai Visiting Doctor 프로그램 등이 있습니다. 각 질문이 다루는 내용이 얼마나 필요한지에 관한 의견을 주시기 바랍니다.

C1a. 국내에서 위에 언급한 가정방문 일차의료서비스를 제공하고 있다고 생각하십니까?

- 제공하고 있지 않음 · 제공하고 있음 · 잘 모름

C1a1. 위와 같이 답변하신 이유

400 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

C1b. (서비스 대상) 국내에서 위와 같은 노인 친화적 가정 방문 일차 의료서비스 대상자를 선정할 때 고려 사항에 관한 질문입니다. 아래 내용 중에서 우선 고려 사항 2개를 선택해 주시기 바랍니다.

- 중증 장애 등급을 받은 노인
- 장기 요양 등급을 받은 노인
- 노쇠, 신체기능 저하 등으로 외출이 어려운 노인
- 칩거 노인
- 치매 등급을 받은 노인
- 사회·경제적 취약계층 노인
- 잘 모름

C1c. 가정방문 일차의료서비스 대상자 선정 시 고려 사항에 관한 추가 의견

C2. 가정방문 일차의료 서비스의 내용에 관한 질문입니다.
 각 질문이 다루는 내용의 필요 여부와 응답에 대한 부연 설명을 해주시기 바랍니다.

가정방문 일차의료 서비스의 내용	응답	의견
1) 복약관리: 노인포괄평가 후 만성질환, 노인증후군 등에 대한 의사의 약물처방 및 관리	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
2) 모니터링: 노인포괄평가 후 모니터링을 위한 간호사의 주기적 방문	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
3) 재활: 노인포괄평가 후 운동능력 저하, 관절구축 등에 대한 재택 재활치료	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
4) 식이요법관리: 노인포괄평가 후 영양결핍, 근감소증 등에 대한 재택 영양관리	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함 <input type="radio"/> 잘 모름	
5) 사회복지상담: 노인포괄평가 후 지역사회자원 연계를 위한 재택 사회복지상담	<input type="radio"/> 필요하지 않음 <input type="radio"/> 필요함	

6) 긴급방문진료: 응급상황 대처를 위한 24시간 상담전화 및 긴급방문진료	<input type="radio"/> 잘 모름
	<input type="radio"/> 필요하지 않음
	<input type="radio"/> 필요함
	<input type="radio"/> 잘 모름

C2a. 앞서 열거한 노인 친화적 가정방문 일차의료서비스 내용 가운데 우선순위 2개를 선택해 주시기 바랍니다.

항 목	1순위부터 차례로 선택	
	1 순위	2 순위
복약관리	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
모니터링	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
재활	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
식이요법관리	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
사회복지상담	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
긴급방문진료	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C3. 가정방문 일차의료 서비스 제공 기관에 관한 질문입니다.
각 질문이 다루는 기관의 적절성 여부와 응답에 대한 부연 설명을 해주시기 바랍니다.

가정방문 일차의료 서비스 제공기관	응답	의견
1) 보건소/공공기관: 보건소 또는 공공기관에서 대학제의 방문진료팀을 구성	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	
2) 민간 의료기관: 의원, 종합병원 등 민간 의료기관에서 대학제의 방문진료팀을 구성	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	

C4. 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 영양사 등 대학제팀이 환자의 집에 방문하여 포괄적이고 연속적인 건강관리를 제공하는 가정방문 일차의료 서비스에 대한 지불제도는 어떤 방식이 적절한지 의견을 주시기 바랍니다.

402 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

◆ 가정방문 일차의료 서비스에 대한 지불제도 의견

C5. 가정방문 일차의료 서비스의 가치와 궁극적 목표를 고려한 성과관리가 필요합니다.
이와 같은 관점에서 각 성과관리 항목에 관한 의견을 주시기 바랍니다.

가정방문 일차의료	응답	의견
1) 건강 결과 지표: 사망률, 장애발생률	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	
2) 의료비용: 응급실 이용, 불필요한 의료기관 이용 등의 감소	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	
3) 장기요양서비스 이용: 장기요양시설 입소율, 신규 장기요양 등급 판정 여부, 장기요양 등급 상향 여부	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	
4) 환자·보호자 만족도: 보호자의 돌봄 부담 감소, 찾아가는 서비스, 24시간 대응 등	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	

C5a. 가정방문 일차의료 성과 관리에 관한 추가 의견을 기술해 주시기 바랍니다.

D. 노인 친화적 보건의료서비스 발전을 위한 정책과 제도

D1. 고령화 시대를 맞아 의료기관의 노인 친화적 서비스 인식과 요구에 부응해야 하는 정도에 대한 질문입니다. 각 질문이 다루는 내용이 얼마나 필요한지에 대해 솔직한 의견을 주시기 바랍니다.

D1a. 보건의료인, 정책담당자, 보건사업 실무자, 환자와 보호자 등 모든 이해관계자(stakeholders) 전반에 걸쳐 고령화 시대에 필요한 의료서비스에 대한 인식을 개선하고 서비스를 개혁할 필요성이 있다고 보십니까?

전혀 필요하지 않음 · 약간 필요 · 어느 정도 필요 · 매우 필요 · 잘 모름

D1b. 다음에 제시한 보기에서 노인 친화적 의료서비스 인식을 개선하고 서비스 개혁이 필요하다고 생각되는 의료기관 유형 2개를 선택해 주시기 바랍니다.

- 상급종합병원 · 종합병원 · 재활전문병원 · 요양병원 · 개인의원 · 보건소

D2. 고령화 시대에 필요한 보건의료서비스 인력에 대한 질문입니다. 급성기 병원, 재활 및 요양병원, 지역사회에 있는 의원, 보건소 등을 포함한 모든 의료기관에서 노인 친화적 서비스를 제공하기 위해 필요한 전문인력에 대한 내용입니다. 각 질문에서 다루는 전문인력에 대한 내용이 얼마나 필요한지에 관한 의견을 주시기 바랍니다.

D2a. 신규 전문의 과정으로 노인 진료를 담당하는 전문의 도입이 필요하다고 생각하십니까?
 · (국내 노인병 인정의 제도가 있으나 전문의 과정은 아닙니다.)

- 전혀 필요하지 않음 · 필요함 · 잘 모름

D2b. 노인전문가가 생긴다면 노인 환자 케어에서 어떤 역할을 하는 것이 적절하다고 보십니까?

· 다음에 제시된 케어의 적절성에 대해 의견을 주시기 바랍니다.

노인전문의 역할	응답	의견
1) 노인 환자의 한 가지 이상 의료적, 기능적 문제에 대한 종합적 케어 제공	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	
2) 일반 성인과 다른 비전형적인 노인성 질병에 대한 정확한 진단과 중재 제공	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	
3) 노인 환자의 문제에 관해 의료기관 내 부서 간 혹은 기관 간에 조정자 및 조연자 역할 수행	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	
4) 고령 노인 환자가 필요한 경우 홈케어(가정방문진료) 제공	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	

D2c. 노인전문간호사의 양성 확대가 필요하다고 보십니까?

- 전혀 필요하지 않음 · 필요함 · 잘 모름

404 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

D2d. 노인전문간호사가 노인환자 케어에서 해야 할 역할에 대해서 어떻게 생각하십니까?

· 다음 보기에 제시된 내용이 적절한지 응답해 주시기 바랍니다.

노인전문간호사 역할	Setting	응답	의견
1) 노인의 신체적, 정신적 기능평가	의료기관과 지역사회 (가정, 시설 등)	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	
2) 전문적 임상간호실무	의료기관	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	
3) 환자 및 가족에 대한 교육 및 상담	의료기관과 지역사회	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	
4) 프로토콜에 정해져 있는 간단한 치료 및 처방	지역사회 (가정을 포함한 의사가 상주하지 않는 경우)	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	
5) 노인환자 상태에 따른 의료서비스 및 복지서비스 연계 및 조정	의료기관과 지역사회	<input type="radio"/> 적절하지 않음 <input type="radio"/> 적절함 <input type="radio"/> 잘 모름	

D2d1. 노인전문간호사의 역할에 대해 위에서 언급한 내용 이외의 추가 의견을 주시기 바랍니다.

D2e. 노인전문물리치료사 양성 확대가 필요하다고 보십니까?

전혀 필요하지 않음 · 필요함 · 잘 모름

D2f. 노인전문영양사 양성 확대가 필요하다고 보십니까?

전혀 필요하지 않음 · 필요함 · 잘 모름

D2g. 노인전문약사 양성 확대가 필요하다고 보십니까?

전혀 필요하지 않음 · 필요함 · 잘 모름

D2h. 의료사회복지사 양성 확대가 필요하다고 보십니까?

전혀 필요하지 않음 · 필요함 · 잘 모름

D2i. 노인 대상 사례관리자(case manager) 양성이 필요하다고 보십니까?

사례관리자는 환자의 요구에 맞는 의료와 사회서비스를 연계·조정합니다. 환자의 요구가 지속되는 동안 계속됩니다.

전혀 필요하지 않음 · 필요함 · 잘 모름

D2j. 노인 대상 전환기의료관리자(Transitional care manager) 양성이 필요하다고 보십니까?

전환기의료관리자는 의료가 교환되는 접점에서 한시적으로 제공되는 노인포괄평가, 서비스 조정, 연계, 자가관리 교육 등 일련의 서비스입니다.

전혀 필요하지 않음 · 필요함 · 잘 모름

D2k. 노인 대상 전문인력 양성과 확대 등에 대해 평소 생각하시는 고견이 있다면 간단히 기술하여 주시기 바랍니다.

D3. 노인 친화적 보건의료서비스를 제공하기 위한 정부 조직, 정보 포털, 연구개발(R&D)에 대한 질문입니다. 각 질문이 다루는 내용이 얼마나 필요한지에 관한 의견을 주시기 바랍니다.

D3a. 노인의 특성에 맞는 보건의료서비스 제공이 필요합니다. 이를 위해 노인 친화적 통합 케어 관련 정책 수립, 노인 친화적 보건의료서비스 개발, 서비스 제공 의료기관에 대한 체계적 관리, 전문인력 훈련 및 양성, 보건의료서비스와 요양서비스 연계 및 조정 등과 같은 업무를 수행하기 위해서 새로운 정부 조직(예: 노인통합케어혁신청 등)이 필요하다고 보십니까?

전혀 필요하지 않음 · 필요함 · 잘 모름

사례1) 호주 연방정부 Department of Health and Ageing
호주에서는 고령화 시대를 맞아 2001년부터 2013년까지 'Department of Health'를 Department of Health and Ageing으로 개편하여 운영하였다. Department of

406 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

Health and Ageing의 'Ageing and Aged Care Division'은 Community care(가정 진료, 간호 및 재활, 사회서비스 등), Residential care(요양시설, 그룹 홈, 데이케어센터, 완화의료, 돌봄 제공자 지원 등에 대한 서비스), 전환기 의료서비스에 대한 제공 기관 확대를 통한 접근성 증진, 서비스 질 관리, 서비스 연계 및 조정, 지불제도 등에 대한 업무를 수행하였다.

사례2) 호주 NSW 주정부 Agency for Clinical Innovation은 보건의료 임상 전문가들이 주도하는 병원 서비스 혁신청이다. 의료서비스 질, 효과, 효율에 대한 평가와 디자인 혁신, 혁신을 위한 전문가 컨설팅, 케어 모형 개발, 혁신 모형 시험을 위한 현장 지원, 지식과 경험 공유, 의료서비스 제공 기관 및 인력의 역량 강화 사업을 진행하고 있다.

D3b. 현재 정부 조직에서 노인의 특성에 맞는 보건의료서비스 제공에 대한 전반적 업무를 기획하고 실행하는 데 적절한 부서는 어디라고 보십니까?

- 보건복지부 인구정책실(노인정책관)
- 보건복지부
- 질병관리본부
- 잘 모름
- 보건의료정책실(의료정책관)
- 기타

D3c. 보건복지부(혹은 질병관리본부) 산하에 노인 친화적 의료서비스 관련 정책 추진을 원활하게 하기 위한 실무지원 조직(예: 고령 친화적 통합케어지원단)을 두는 것이 필요하다고 보십니까?

- 전혀 필요하지 않음
- 약간 필요
- 어느 정도 필요
- 매우 필요
- 잘 모름

사례: 싱가포르의 Agency for Integrated Care(AIC)
 싱가포르 보건부 산하에 설립된 기관으로 노인 환자를 대상으로 한 서비스 연계를 전담하는 조직으로 있다가 2001년부터 통합 케어 서비스를 전담하는 조직으로 전환되었다. AIC는 전환기 서비스를 포함한 노인 통합 케어에 대한 기획, 서비스 개발, 질 개선, 인력 양성, Community care와의 연계 등에 대한 업무를 수행하고 있다.

D3d. 노인 친화적 서비스 제공 체계를 담당하는 정부 조직 혹은 관리체계에 대해 평소 생각하시는 의견이 있다면 간단히 기술하여 주시기 바랍니다.

D3e. 노인에 대한 의료 및 사회 서비스를 연계하고 상호 조정하는 데 필요한 정보를 제공하는 웹사이트를 운영하고 노인 환자와 가족에게 필요한 의료 및 사회 서비스에 관한 상담서비스 제공

전혀 필요하지 않음 · 약간 필요 · 어느 정도 필요 · 매우 필요 · 잘 모름

사례(1) Singapore Silver Pages
 싱가포르 보건부 산하기관에서 운영하는 Singapore Silver Pages, 원스톱 정보 포털은 사회서비스, 건강서비스, 지역 정신보건서비스 등과 관련된 정보를 제공, 케어센터 연계, 비용 산출 서비스를 제공합니다.

사례(2) My Aged Care
 호주 정부가 운영하는 My Aged Care에서 노인에게 필요한 장기요양, 노인거주 시설, 재가 서비스 등의 정보 제공, 맞춤 서비스 찾기, 원하는 서비스 이용 비용 산출, 서비스 의뢰, 서비스 적합도 인정 평가, 환자 기록 관리를 제공합니다. 서비스 제공자, 이용자, 정부 관리자가 함께 이용하는 정보 포털 서비스입니다.

D3f. 노인 건강 및 질병 관리에 필요한 다음 연구개발 분야 가운데 우선순위 2개 분야를 선택해 주십시오.

항 목	1순위부터 차례로 선택	
	1 순위	2 순위
노화에 대한 기초임상 연구	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
노인의 생리적 기능을 고려한 임상약학과 약학에 대한 연구	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
건강노화 증진에 대한 보건학적 연구	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
의료기관의 노인 친화적 보건의료서비스에 대한 연구	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
지역의 노인 친화적 통합의료 제공 체계에 대한 연구	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
노인 건강관리에 필요한 IT 및 신기술 연구	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
기타		

E. 고령화 시대에 필요한 노인 친화적 의료서비스 관련 기타 의견

◆ 고령화 시대에 필요한 노인 친화적 의료서비스와 관련하여 필요한 정책과 제도, 관련 법 혹은 사업 등에 대해서 평소에 가지고 계신 고견이 있다면 간략히 기술해 주시기 바랍니다.

※ 설문 조사지를 작성해 주셔서 감사합니다. 다음 응답자 기입사항을 작성해 주시기 바랍니다.

408 건강노화를 위한 노인 친화적 보건의료서비스 제공 방안

F. 응답자 기입사항

F1. 전공	(학부 기준) <input type="radio"/> 의학 <input type="radio"/> 약학 <input type="radio"/> 보건학 <input type="radio"/> 간호학 <input type="radio"/> 사회복지학 <input type="radio"/> 기타
F2. 근무 기관	<input type="radio"/> 학술기관 <input type="radio"/> 의료기관(병원) <input type="radio"/> 정부 <input checked="" type="radio"/> 정부 부처(보건복지부 등) 산하기관(건강보험공단 등) <input type="radio"/> 연구기관 <input type="radio"/> 언론사 <input type="radio"/> 기타
F3. 주요 업무	<input type="radio"/> 임상 실무 <input type="radio"/> 정책 실무 <input type="radio"/> 연구 <input type="radio"/> 언론 <input type="radio"/> 기타
F4. 경력	<input type="radio"/> 3년 미만 <input type="radio"/> 3년~5년 <input type="radio"/> 5년~10년 <input type="radio"/> 10년 이상
F5. E-Mail	※ E-Mail 주소는 소정의 자문료를 지급하는 용도로만 사용됩니다.

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 |