

재가노인 방문의료서비스사업의 현황과 과제

Present Status, Problems, and Prospects of Home Care for the Korean Elderly

1. 서론

우리나라의 65세 이상 노인 인구는 매우 급격하게 증가하고 있으며, 2000년도에 이미 7%를 넘어섰고, 2022년에는 14%가 될 것이 예상되고 있어서 세계에서 가장 빠른 속도로 고령사회로 변하고 있다. 노인인구의 증가는 사회경제적으로 생산인구 비율의 감소와 부양인구의 증가를 초래하고, 만성퇴행성질환과 이로 인한 장애로 가족이나 다른 사람의 돌보기(care)가 필요한 장기요양보호 대상 인구의 증가를 의미하며, 이는 곧 의료비 상승과 사회복지비의 증가로 연결된다.

미국 및 유럽 등의 선진 고령사회에서는 현재 65세 이상 노인보다 75세 이상 후기 고령 인구, 특히 최고령 인구(oldest old)의 가속적 증가를 더 염려하고 있다. 그 이유는 이들이 대부분 경제적 여유가 없을 뿐만 아니라, 복합적 만성퇴행성질환으로 인한 장애로 일상생활 활동(ADL: Activity of Daily Living) 및 도구적 일상생활 활동(IADL: Instrumental Activity of Daily Living)에 가족이나 다른 사람의 도움이 필요한 의존적 노인이 많고, 특히 매



權仁順

인제의대 서울백병원 내과 부교수

우 소모적 증후군이고, 작은 스트레스에도 급성질환, 입원과 사망 등 좋지 않은 결과를 초래하기 쉬운 노쇠노인(frailty)의 비율이 65세 이상에서는 10~20% 정도이나, 85세 이상에서는 50%로 급격히 늘어나기 때문에 그만큼 더 큰 사회적 문제로 여겨지고 있다.

우리나라도 노년부양비 및 노쇠 노인이 급격히 증가할 것이 예상되어서 2000년 10.1%인 노년부양비가 2020년도에는 21.3%로 상승할 것이며, 이는 1명의 노인 부양 현역 근로 세대가 10명에서 5명 수준으로 주는 것을 의미한다. 80세 이상 후기고령인구도 2000년 48만명 수준에서 2020년 181만명 수준으로 증가할 것이다(표 1 참조).

표 1. 노인인구 증가추이

(단위: 천명, %)

연도	전체인구	노인인구			노년부양비
		65세 이상	70세 이상	80세 이상	
2000년	47,008	3,395	2,014	483	10.1
2010년	49,594	5,302	3,514	957	14.8
2020년	50,650	7,667	5,100	1,805	21.3

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001. 11.

골관절질환, 고혈압, 중풍, 당뇨 등 만성질환으로 인한 장애로 누구의 도움 없이는 생활을 영위할 수 없는 장기요양보호노인이 보호를 받고 의료서비스를 제공받을 수 있는 장소는 요양시설과 자택이 있을 수 있다. 이 중 수발 보호 및 간병을 해 줄 가족이나 친지가 있을 경우에는 자신의 가장 익숙한 환경인 자택에서 방문의료서비스를 받을 수 있다.

2. 방문의료서비스의 현황 및 문제점

1) 배경

방문의료서비스는 동양과 서양 모두에서 아주 옛날부터 의료가 시작된 이래로 행하여 졌던 방법이다. 그러나 최근 일, 이백 년 사이 의료기기 및 의료체계의 발달과 더불어 진료 행위의 장소가 환자 자신이 있는 장소를 떠나서 설비 및 인력이 있는

병원이라는 장소로 옮겨졌다. 또 만성환자의 장기 요양 치료가 서비스 혜택을 주는 자의 편의를 위해서 혜택을 받는 자를 한 군데로 모으는 시설이 생겼으나, 최근 50년 사이 사회의 인도주의 및 박애주의, 경제 발전과 더불어 환자 및 가족의 자유와 사생활 보호면에서, 또 의료비의 상승 때문에 방문의료서비스가 다시 대두되고 있다.

〈표 2〉에서 보는 바와 같이 통상의 병원 진료는 의사 및 간호사 등 의료인의 편의 및 스케줄에 의하고, 또 그들의 결정에 따라 환자가 급성질환의 치료를 받았다면, 방문의료서비스는 환자의 자택에서 환자 및 가족이 중심이 되어 만성질환 조절과 기능 향상에 주력하고, 의료인은 이를 협조하는 방식이다.

표 2. 급성 병원 진료와 방문의료서비스의 비교

	급성병원진료	방문의료서비스
접근	급성 및 질병 중심	만성질환 및 기능 중심
지원 결정	의사가 스케줄 결정	환자와 가족 결정이 중요
의사 교환	의사와 직접 접촉	간호사 등이 변화감지, 의사에게 보고
자율성	의사 및 간호사가 하루종일 책임	가족이 24시간 보호, 의료인이 협조자
진료 장소	병원	가정
안전성	병원 자체 체계 작동	의료인에게 문제시 상의
의료장비 및 기술	항상 이용 가능	가정환경에 적응 필요, 전화통화가 중요

우리나라도 노년부양비 및 노쇠 노인이 급격히 증가할 것이 예상되어서 2000년 10.1%인 노년부양비가 2020년도에는 21.3%로 상승할 것이며, 80세 이상 후기고령인구도 2000년 48만명 수준에서 2020년 181만명 수준으로 증가할 것이다.

2) 방문의료서비스 체계 영향 인자

(1) 인구의 고령화

인구의 고령화는 피부양 인구 및 사회복지서비스 혜택 증가가 생산과 자원의 증가 속도를 넘어설 가능성이 더 커지는 것을 의미한다. 이런 사회적 요구에 반응하여 다른 인구의학적 변화를 일으키게 되어, 만혼, 가족의 수, 기능 및 기동성 변화, 도시화, 고용의 변화, 삶의 방식 변화를 일으킨다. 고령사회 문제를 가진 세계 어느 나라도 그들의 의존적

인구를 부양하기 위해서는 큰 재원이 필요하며, 결국에는 장기요양보험 형태의 재원을 필요로 하게 된다. 부양의 부담은 공적 재원뿐 아니라 가족에게도 부담을 지우게 된다.

(2) 의료비 증가

미국은 국민총생산비(GDP)의 15%가 의료비이고 프랑스, 영국, 일본 등 다른 선진국도 GDP의 약 10%가 의료비이며, 이 중 노인의료비가 약 절반을 차지하여 큰 사회적 문제로 대두되고 있다. 새로운 기술 및 장비, 시설, 인건비 상승 등 infrastructure 경비가 증가하는 것이 의료비 상승의 원인으로 생각되며 이에 따라 병원의 역할이 급성 진료에 머무르고 그 외의 다른 의료는 시설 및 사회 쪽으로 넘기고 있다. 따라서 입원 일수 감소, 조기 퇴원, 외래 진료 증가를 부추기고, 외래 진료는 개인의원, 요양원으로, 재활 및 회복은 재택 진료로 넘어가고 있으며 병원-의원-가정의 지속적 돌봄(continuing care)이 강조되고 있다. 이 양상은 우리나라도 다르지 않아서 2000년도 의약분업의 실시 이후, 보험재정의 파탄과 더불어 현재 의료보험 환자의 장기 입원이 제한되고 의료수행이 많은 제한을 받고 있다.

(3) 정책 영향

1960년대 사회학자인 Goffman은 '같은 상황의 사람들을 같은 장소에서 사회로부터 상당기간 완전히 격리하여 다 같이 공식적인 삶을 사는 완전한 시설(total institution)'을 소개하고 주장하여 정신병자들을 장기 수용하는 등 만성질환자의 요양시설치료에 큰 영향을 미쳤다. 초기 그 근처에는 큰 시설 입소자들의 나쁜 생활환경에 대한 염려가 있었지만 근대에는 경제적인 이유로 입소가 이루어졌었다. 그러나 최근 영국, 미국, 호주, 북구 등 선진국에서는 프라이버시 및 자유가 없는 시설에서 가정으로 의료서비스의 장소를 옮기는 탈시설화가 이루어지고 있으며 스칸디나비아 국가들이 가장 성공적이라고 한다.

영국은 노인의학이 가장 먼저 시작되고 발전을 해온 나라라고 할 수 있는데 우선은 가정방문진료가 주된 양상이었고, 시설보호는 부족한 복지 때문에 장기요양보호노인에게 다르게 지원 할 방법이 없는 대안에서 생겨났다. 그러나 20세기 중반부터 정

책적으로 시설보호에서 재가보호 중심으로 이동을 강조하고 있으나 아직 시설보호 비중이 더 높다.

미국의 경우 1965년 Medicare Program Title XVIII 법안의 소개로 적어도 3일간 급성병원이나 특수요양시설에서 입원한 다음의 재가환자에게 방문진료에 대한 혜택이 주어졌으며 간호, 물리치료, 언어치료를 포함한 시술에 의사의 처방이 있어야 하고, 만성질환의 매일유지요법은 안 되고 간헐적이어야 한다고 입법화하였으나 1980년대에 자격 조항이 폐지되면서 작업요법, 210일의 호스피스 서비스 및 장기요양 치료도 포함될 수 있었다. 또 의료비의 상승으로 병원 입원기간을 줄이기 위한 노력이 지속되면서 방문의료서비스가 지속적 치료의 대안으로 대두되었고, 최근에 매우 급속하게 수요가 증가하고 있다.

호주의 경우 1986년 The Nursing Homes and Hostels Review에서 '국정부의 노인요양 개혁 전략' 원칙을 시작하여 ① 노인 및 장애자는 가능한 한 그들이 속해 있는 사회에서 재가보호를 받고, ② 노인 및 장애자는 다른 지원 체계가 그들의 욕구를 만족시킬 수 없을 때에만 입소하여 요양서비스를 받는 것으로 하고 있다.

3) 장기요양보호 노인의 돌보기 계획

노인의 요양보호에 들어가기 전에 어떤 형태이든 다음과 같이 포괄적 평가가 이루어져야 한다.

- 정확한 의학적 진단과 문제 리스트
- 기능 장애 정도: ADL, IADL, 시력, 청력
- 인지 및 정서 장애, 판단능력
- 사회적 지지 및 환경
- 환자 및 가족의 요구, 수발자 스트레스
- 방문의료서비스의 대안 가능성 유무
- 노인의 상태에 따라 대체적으로 ① 독립생활, ② 사회봉사 서비스, ③ 저급 요양보호(Low Level Nursing Care), ④ 고급 요양보호(High Level Nursing Care) 수혜의 4단계로 나누어서 계획

병원의 역할이 급성 진료에 머무르고 그 외의 다른 의료는 시설 및 사회 쪽으로 넘어가고 있으며, 병원-의원-가정의 지속적 돌봄(continuing care)이 강조되고 있다.

방문의료서비스는 장기요양보호대상 노인이 가능한 한 자신의 집에서 최대한 독립된 생활과 건강을 유지하는 것이 목표이고, 이 것이 안될 경우에 완화 서비스를 제공하여 병원 입원과 요양원 입소를 최대한 늦추거나 예방하고자 한다.

4) 대상자 선정

앰블런스나 기타 다른 방법을 사용하지 않고는 집을 떠날 수 없는 노쇠 노인 혹은 만성 질환 장애 노인으로 본인이나 동거 자녀의 집에서 전화로 본인이나 자녀와 통신이 가능하여야 하고, 환자가 의학적으로 안정되어 있는 상태이어야 하며, 필요에 따라 입원이 가능하여야 하고, 가족 및 주치의의 동의가 있어야 한다.

5) 서비스 요원

① 의사, ② 전문 간호사, ③ 사회복지사, ④ care manager, ⑤ 그밖에 물리 치료사, 작업치료사, 심리치료사, 영양사, 성직자, 간병인 등이 관여할 수 있다. 방문의료서비스가 원활히 효과적으로 이루어지기 위해서는 환자와 방문의료서비스 기관 사이의 의사소통이 24시간 원활히 이루어져야 한다. 또 서비스 요원들은 문제 발생시 외에도 매주 규칙적인 회의를 가져서 상황을 파악하고 협조를 이루어 나간다.

6) 서비스 범위

급성 진료, 아급성 진료, 일차 의료, 예방 진료, 장기요양서비스, 회복기, 재활 치료, respite, 호스피스 서비스 등 어떤 형태의 돌봄이나 지지도 실제적으로 가능하다. 단지 수요자의 요구와 공급자의 서비스 능력에 따라 다음과 같이 받을 수 있는 혜택이 결정된다.

- 만성 질환, 노인 증후군, 낙상 및 압 예방
- 응급 care
- 의사의 처방전 발부
- 근육 및 정맥 주사, 예방주사

- 상처 치료, 도뇨관, 위장관, 기관지관 등 교체, stoma care 등의 시술
- 혈액, 소변 검사, 심전도, 혈중 산소치 등의 검사
- 물리치료 등의 재활요법
- 환자 및 가족의 교육 실시

또한 환자의 상황에 따라 방문 간격이 정해지며, 통상의 규칙적 방문은 2개월 혹은 3개월에 한 번 이루어지고 있다.

7) 서비스 종료

사망, 요양원 입소, 호전, 환자 및 가족의 요청, 환자의 상태가 악화되어 방문의료서비스를 지속할 수 없을 때 종료한다.

8) 서비스 효과

초기에는 논란이 있었으나 적절한 시기의 가정 방문과 규칙적인 의학적 진료를 받음으로써 비싼 응급실 치료와 입원 감소 등 경비 감소의 효과가 나타나고 있으며, 영국, 호주, 북구 등의 연구에서도 식이, 운동, 예방 주사 등 기능 향진 요법(1차 예방), 감춰진 질병 감지(2차 예방), 적절한 약물요법(3차 예방)을 통하여 기능 장애와 요양원 입소 연장 및 예방, 사망률 감소의 효과가 있음이 증명되고 있다. 효과가 있기 위해서는 다차원적 포괄적 노인 평가가 선행되어 적절한 계획 아래 여러 번 방문하여야 하고, 대상이 상대적으로 젊을 때, 또 저사망 위험군에서 더 효과적이라고 한다.

또한 노인이 존엄성을 가지고 편안하게 집에서 의료서비스를 받을 수 있고, 수술후 창상 치료나, 급성질환의 회복 및 재활치료를 집에서 받음으로써 입원기간을 단축시킬 수 있다.

9) 방문의료서비스

노인 돌보기의 최우선 목표는 가능한 한 오랫동안 재가·지역사회보

노인 돌보기의 최우선 목표는 가능한 한 오랫동안 재가 지역사회보호 상태에서 건강하게 기능을 가지고 독립적인 삶을 영위하는 것이다.

호 상태에서 건강하게 기능을 가지고 독립적인 삶을 영위하는 것이다. 기능에 문제가 있는 장기요양보호노인의 재가·지역사회보호를 위한 의료서비스는 의사중심 방문의료서비스(medical care)와 가정간호서비스(nursing care)가 있을 수 있다.

현재 우리나라에서는 가정간호서비스가 먼저 시작되어 대형병원 중심의 가정간호사업과 보건소 중심의 방문간호사업이 전국적으로 시행되고 있고, 가정전문간호사도 매년 상당수 배출되고 있다. 이에 비해 의사중심 방문의료서비스는 인제대의 서울백병원에서 시행하고 있는 병원중심 방문의료서비스와 뜻 있는 개인의원 몇 군데에서 개인적으로 시행하는 것이 전부이고, 아직까지 노인의학 전문의도 배출이 안되어 포괄적 노인평가가 가능한 의사 및 팀도 없는 형편이다.

저자가 2001년 9월말부터 2002년 8월말까지 약 1년간 가정간호사 1인과 함께 시행한 가정 진료 내용을 살펴보면 모두 20건이었고, 의료보험 소지자이었다. 평균 나이는 75.2 ± 9.7 세(범위: 53~90세), 여자 75%, 남자 25%이었다. 가정방문건수는 1회가 8건(40%), 2회가 4건(20%), 3~10회가 6건(30%), 11회 이상이 2건(10%)이었고, 이 중 8건(40%)이 말기 암, 6건(30%)이 뇌졸중 및 심혈관질환, 4건(20%)이 골절 및 하지 봉직 외염, 치매가 1건(5%), 우울증 및 영양실조가 1건(5%)으로 거의 모든 환자가 외상 상태의 최종증 장애와 호스피스 서비스 대상이었다. 그 결과 5건(25%)은 이미 사망하였고, 2건(10%)은 보호자가 원하여 가정방문을 받았으나 환자 본인이 거절하였고, 3건(15%)은 가족이 경제적 이유로 보호자가 외래로 약만 타가며, 2건(10%)은 경제적 이유로 탈락, 2건(10%)은 입원, 나머지 6건(30%)은 서비스를 지속하고 있다. 결과에서 보는 바와 같이 현재 보험으로 보장이 안되는 우리나라의 의사중심 방문의료서비스는 자가소유의 의료보험 대상자인 중산층 이상 환자 상당수가 경제적으로 부담을 느껴 탈락하였다. 외국의 경우 경증, 중등증, 최종증 장애의 노인이 모두 방문의료서비스 대상인 것에 비해, 우리나라의 경우는 주로 최종증의 외상상태 환자가 방문의료서비스를 신청하고 있다. 이것도 상당부분 경제적 이유가 원인으로 추측되고 있다.

10) 방문의료서비스의 문제점

노인의 포괄적 평가 및 계획안을 수행하기 위해서는 여러 보건전문의료인의 협조가 필수적이거나 이것이 원활히 안 될 경우, 입원 치료보다 좋지 않은 결과를 초래할 수도 있다.

그리고 의사의 가정진료 수행시, 병원진료보다 적은 장비로 상황에 따라 대처하는 불편함이 있고, 환자 1인 진료에 시간이 훨씬 많이 걸리고 이를 진료비로 충분히 보상받기 어려우며, 윤리적 문제가 따르는 경우도 있을 수 있어 이에 대한 법적 뒷받침이 마련되어야 한다. 또한 진료의 질을 확인하기 어렵기 때문에 이에 대비한 정확한 지침도 필요하다.

3. 정책제안

보건복지부에서는 2000년도에 노인장기요양보호정책기획단을 설치하여 장기요양보호노인을 위한 종합대책을 수립하였으나 아직 본격적인 실행에는 이르지 못하고 있다. 2001년도 한국보건사회연구원이 전국 노인요양보호서비스욕구조사를 통하여 기초조사대상노인 및 장기요양보호노인의 실태를 파악한 결과를 보면, 2002년 기준 장기요양보호 필요노인은 78만 8천명으로 추계되었고, 선진국의 선례대로 시설보호보다는 재가 및 지역사회보호 위주의 노인요양제도를 구축함을 원칙으로 하여 장기요양보호시설 입소율을 65세 이상 전체노인의 3% 수준으로 책정하였을 때, 재가 지역사회보호가 필요한 노인이 71만 4천명이고, 시설보호가 필요한 노인이 7만 4천명이다. 원활한 재가 및 지역사회보호 체계를 구축하기 위하여 가족내 수발자를 지원할 수 있는 체계를 구축할 예정으로 있으나 아직까지 시설 및 인력의 infrastructure 구축과 재원 확보가 이루어져 있지 못하다.

재가 지역사회보호 위주의 노인장기요양보호 체계 구축과 의료비 상승을 방지하기 위해서는 의사중심 방문의료서비스의 활성화가 필수적이다.

1) 노인의학 전문의 도입

재가 지역사회보호 위주의 노인장기요양보호 체계 구축과 의료비 상승을 방지하기 위해서는 의사중심 방문의료서비스의 활성화가 필수적이다. 노인 환자를 진료하기 위해서 노화, 노인의 비전형적 질병 발현, 포괄적 평가, 기능 및 삶의 질, 윤리 등 노인의 특수성에 대해 충분히 이해하고, 대처할 노인의학 전문의가 필요하다. 또 노인의학 전문의 수련과정 중 장기요양보호에 가정진료 과정을 필수로 넣어 인력 및 진료

의 질을 확보하여야 한다.

의사뿐 아니라 노인에 대한 전문적 지식을 갖춘 간호 및 간병 인력, 물리치료사, 작업치료사, care manager 등 협력 인력도 양성하여야 한다.

2) 법적 뒷받침과 의료보험 혜택

응급 상황에서 검사 없이 치료를 먼저 시작해야 하는 등 가정 진료의 특수 상황과 윤리적인 측면에 대한 법적 뒷받침이 필요하다. 또한 현재 병원중심 가정간호서비스의 경우 환자 1인당 최고 4회까지 가정방문에 대한 보험지급이 가능하나 의사중심 방문의료서비스의 경우 아직까지 의료보험 혜택을 받지 못하고 있고 검사도 가정간호의 경우 입원에 준한 보험급여를 받지만 의사중심 가정진료의 경우 아직 명문화된 사항이 없다. 서울백병원의 예에서 보듯이 상당수가 현재의 실비 가정진료에도 경제적 부담 때문에 외래진료로 돌리거나 탈락하고 있다. 의사중심 방문의료서비스에 대한 보험혜택이 필요하다.

3) 국가 지원

선진국의 예에서 보듯이 부양의 부담은 장기요양보험형태의 공적 재원을 확보할 필요가 있고, 특히 방문의료서비스는 이동, 장비, 환자진료에 시간과 경비가 많이 들기 때문에 다양한 방법의 지원이 방문의료서비스를 수행하는 의료기관 및 의료인에게 주어져야 한다. 