

노인 건강 및 장기요양정책의 현황과 과제



Policy Issues in Elderly Health and
Long-Term Care Policy

선우덕 | 한국보건사회연구원 연구위원

노인인구의 증가는 사회보장급여 지출의 확대를 유발하기 때문에 적절한 수준에서 비용효율적으로 지출될 수 있도록 정책이 개발되어야 한다. 이를 위한 정책 방향은 고령자의 건강 수준을 가능한 한 장기간 유지할 수 있도록 하고 이를 통해 의료기관 방문을 적절한 수준에서 통제하며 장기요양서비스의 이용 시기를 지연시킴으로써 노인의 의료비 및 장기요양비를 제어하는 데 초점을 맞춰야 한다. 따라서 추진하여야 할 주요 정책과제로는 첫째, 건강검진체계 개선으로 만성질환의 조기 발견 및 조기 치료·관리 서비스가 필요하고, 둘째, 보건소 중심의 만성질환 치료 및 관리 서비스를 보편화하여야 한다. 기능이 상당히 하락한 장기요양 대상자가 자립적이고 존엄성 있는 생활을 유지할 수 있도록 하는 서비스가 개발되어야 한다. 셋째, 하락된 기능력에 대한 단순한 보호 지원 차원에서 벗어나 자신의 잔존 기능을 최대한 활용하며 살아갈 수 있도록 지원하는 서비스가 개발되어야 한다.

1. 들어가며

전 세계의 인구 고령화 현상이 심화되어 가고 있는 가운데 우리나라도 예외는 아니다. 2000년

도에 고령화사회(ageing society)에 접어든 이후 20년이 채 지나지 않은 2017년도에 노인인구 비율이 14%가 되어 고령사회(aged society)에 접어들 것으로 예측된다.¹⁾ 이러한 노인인구의

1) 통계청, 장래인구추계(2011.12.) 자료 참조.

증가는 중장년층의 지속적인 노년기 진입과 함께 기존 노년계층의 수명 연장에 따른 요인에 기인한다고 볼 수 있다. 조만간 전후 베이비붐 세대가 노년기에 접어들기 시작하는 2020년부터 가파르게 노인인구가 늘어나기 시작하여 고령사회 진입 이후 10년 만인 2026년에는 초고령사회(super-aged society)가 될 것으로 예측되기도 한다.

이와 같이 늘어만 가는 노인인구계층에 투입되는 사회보장급여 지출도 아울러 증가하고 있는데, 그중에서 노인 의료비 비율(국민건강보험 진료비 중 노인계층에 의해 지출된 진료 비용이 차지하는 비율)은 2014년도에 35.5%로 나타났다. 특히 사회보장급여 지출을 분야별로 살펴 보면²⁾ 2013년 기준으로 건강보험 비중이 전체의 32.3%, 공적연금(기초연금 포함) 비중이 전체의 30.8%, 기초생활보장 및 보육정책을 비롯한 기타 복지서비스 부문이 32.3%를 차지하고 있어 단일 사회보장제도로는 건강보험 지출 비중이 상당히 높다. 결국 현재 노인 의료비가 전체 사회보장급여 지출에서 차지하는 비중이 작지 않음을 유추할 수 있고, 노인장기요양보험급여 지출을 포함하면 향후 노인 의료 및 장기요양 관련 비용 지출 규모는 상당히 커질 것으로 보인다.

따라서 좁게는 노인 건강 관련 비용 지출, 넓게는 사회보장급여 지출의 안정적인 증가를 유도하기 위해 현행 노인건강보장제도의 효율적

운영이 요구된다. 본고에서 이를 위한 정책적 과제를 제시하고자 한다.

2. 노인 건강 및 장기요양정책의 현황과 문제점

가. 노인의 건강 상태

첫 번째로, 긍정적인(positive) 지표를 통한 노인의 건강 상태는 평균수명으로 살펴볼 수 있는데, 65세의 평균여명 추이를 보면 1970년 12.4년에서 1980년 12.9년, 1990년 14.5년, 2000년 16.6년, 2013년 20.5년으로 매년 증가하고 있으며 1970~2013년에 8.1년이나 늘어났다. 1990년 중반 이후부터 인생 80년 시대에 접어들었고, 지속적인 평균수명의 연장으로 100세 이상의 고령자도 2015년 11월 현재 전국적으로 3159명으로 집계되고 있다.³⁾

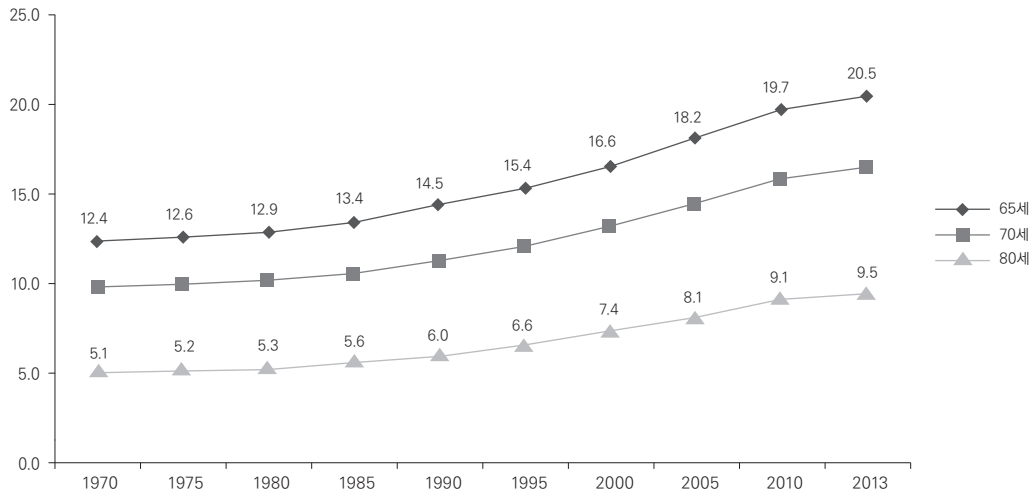
이와 같은 평균수명의 연장은 식생활 개선 및 건강 생활의 실천, 위생 생활의 개선을 비롯하여 의료기술 및 보건의료제도의 발전에 기인한 것이다. 예를 들면 아래 그림에서 볼 수 있듯이 아침 결식률이 낮고 규칙적인 운동 습관이 늘어나고 있는데, 특히 정기적인 건강검진 수검률이 80%에 육박하는 수준까지 올라와 있음을 알 수 있다.

2) 원종욱(2015), 사회보장재정의 현황과 과제, 보건복지포럼, 통권 제219호, 한국보건사회연구원, pp.50-62.

3) 통계청 보도자료(2016.7.25), 100세 이상 고령자 조사 집계 결과.

그림 1. 연령별 기대여명 추이

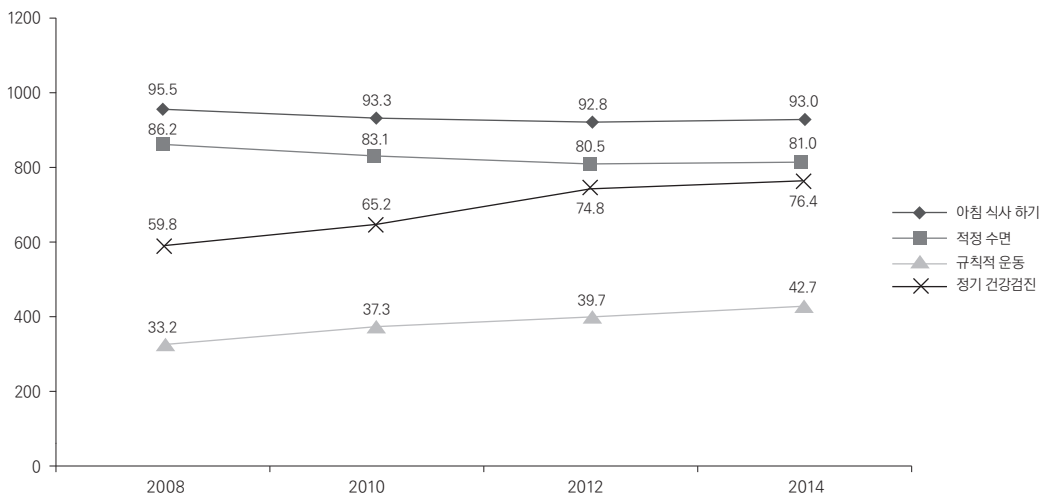
(단위: 년)



자료: 통계청, 생명표, 각 연도.

그림 2. 노인의 건강관리 실천율 추이

(단위: %)



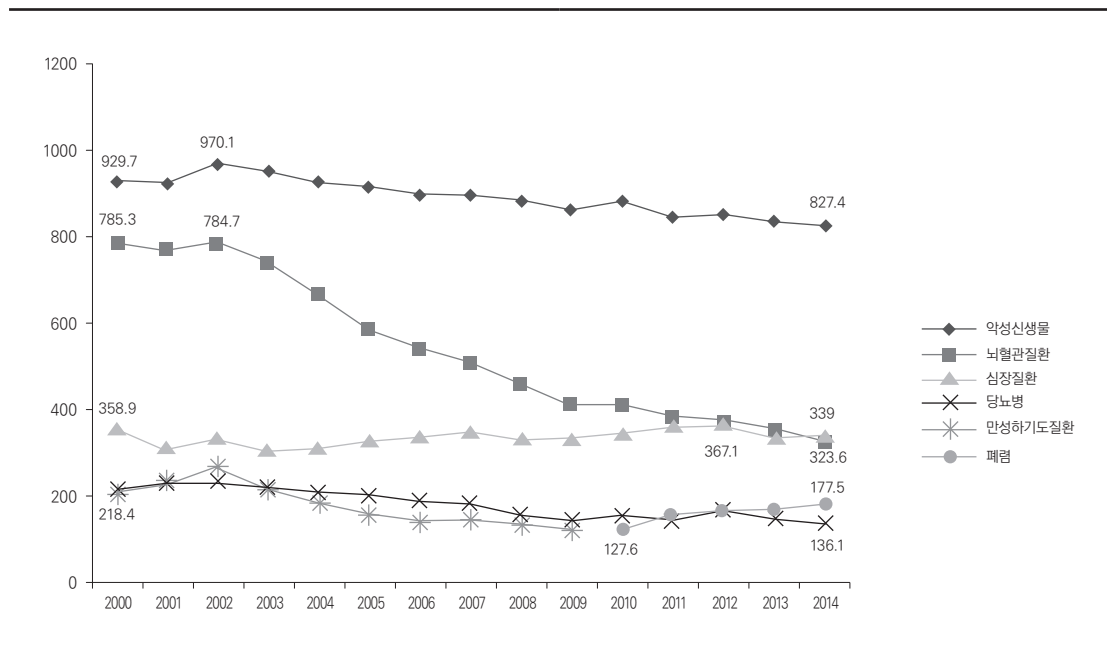
자료: 통계청, 사회조사, 각 연도.

두 번째로, 부정적인(negative) 건강지표에 해당하는 사망 원인별 사망률을 보면 2000년도 이후 악성신생물(암), 심장질환 및 뇌혈관질환 등 3대 질환에 의한 사망이 대부분을 차지한다고 볼 수 있다. 그런데 그 추이를 살펴보면 심장질환과 폐렴을 제외한 만성질환에 의한 사망은 줄어들고 있는데, 특히 뇌졸중(중풍) 등과 같은 뇌혈관질환에 의한 사망률이 대폭 감소한 것으로 나

타나는 반면 심장질환에 의한 사망은 2000년도 이후 증감을 거듭하면서 큰 변화 없이 유지되고 있는 것으로 나타났다. 따라서 노인 건강 유지를 위해서는 심장질환의 선행 질환 관리가 요구되며, 흡서와 흡한으로 인한 신진대사 조절 실패 등에 따른 폐렴으로 사망하는 노인이 급속하게 늘고 있는 것으로 나타나 사전적인 질병 예방 활동도 요구된다.

그림 3. 노인 사망 원인별 사망률(인구 10만 명당 사망자 수) 추이

(단위: 명)



자료: 통계청, 사망원인통계, 각 연도.

세 번째로, 만성질환 이환 여부를 바탕으로 건강 상태를 파악해 볼 수 있는데 2014년도 노인 실태조사 결과에 따르면⁴⁾ 일반 만성질환의 경우 전체 노인의 89.2%(의사 진단 기준)가 1개 이상의 만성질환을 가지고 있고 46.2%는 3개 이상의 만성질환을 가지고 있는 복합유병상태(multi-morbidity)인 것으로 나타났다. 이 외에도 약 3분의 1에 해당하는 노인은 우울증상을 보이는 것으로 조사되었고, 치매 유병률⁵⁾은 2016년 전체 노인의 9.99%로 추정된다.

이상과 같은 노인계층의 건강 상태 결과를 보면 우리나라 노인은 만성질환을 지니고 있으면서 장수를 누리는, 소위 유병장수의 양상을 보인다고 말할 수 있겠다. 이는 질병 치료를 위해 적지 않은 비용을 지출하고 있음을 짐작할 수 있는데, 특히 사망 직전 1년 이내에 많은 치료 비용이 지출되는 암, 심·뇌혈관질환 등으로 대부분 사망한다는 점에서 비용효율적인 건강관리체계가 요구된다.

나. 노인건강정책 부문

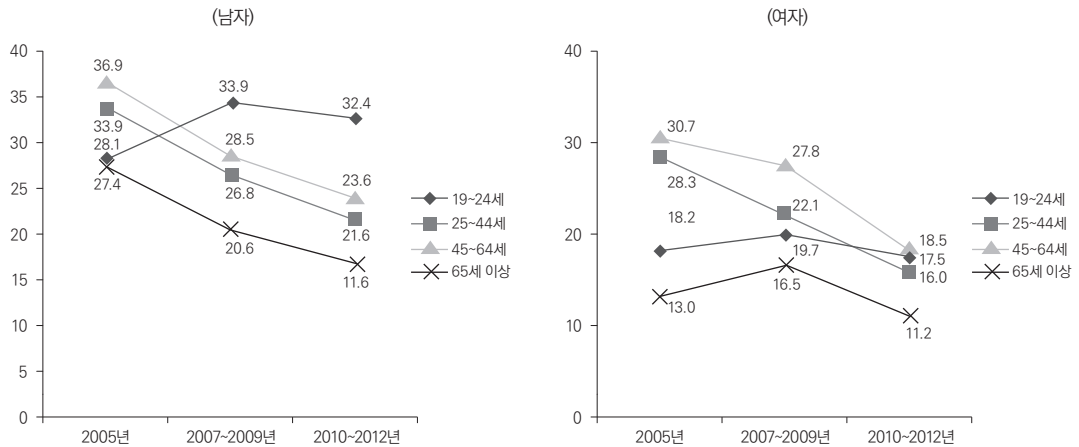
건강보장정책은 크게 질병 예방, 질병 치료 관리 및 장기요양보장으로 나눌 수 있는데, 장기요양보장은 후술하기로 한다. 첫째, 질병 예방을 위한 정책은 건강 증진을 통한 예방과 건강검진을 통한 예방으로 구분할 수 있다. 현재 건강증진사업에는 보건소를 중심으로 한 지역사회통합건강증진사업이 있다. 이 사업 내에 13가지 유형⁶⁾의 세부 사업들이 포함되며 지역 실정에 따라 적절하게 추진하도록 하고 있다. 이 중에서 노인만을 대상으로 하는 건강증진사업은 없고, 다만 대상자의 대부분이 노인계층인 사업으로 만성질환 예방 관리 및 치매 검진 사업이 있다. 순수한 건강증진사업은 금연, 절주, 신체활동 및 영양개선 사업이라 할 수 있겠는데, 고령자의 흡연이나 음주율은 해마다 감소하고 있지만 적극적인 노인 신체활동 사업이 미흡해 여전히 개선의 여지가 많은 실정이다. 즉, 중등도 이상의 신체활동 실천율을 보면 다른 연령층에 비해 낮고 지속적으로 떨어지고 있다.

5) 2012년 전국치매역학조사 자료 참조.

6) 이 사업 중에는 반드시 추진해야 하는 필수 사업이 있는데 이는 금연, 절주, 신체활동 및 영양사업, 대사증후군 등 건강위험군에 대한 만성질환 예방 및 관리 사업, 치매검진사업 등임.

그림 4. 노인의 건강관리 실천율 추이

(단위: %)



자료: 박은자, 차미란(2016), 지표로 보는 한국 여성의 건강행태: 흡연, 음주, 신체활동 실천, 보건복지포럼 통권 제235호, 한국보건사회연구원 [그림 5], [그림 6] 인용, p.30.

그리고 우리나라의 국가건강검진체계를 보면 영유아 및 초·중·고등학생을 위한 검진을 제외한 19세 이상의 전 연령층을 대상으로 하는 성인 건강검진은 국민건강보험 및 의료급여제도를 통해 2년에 한 번씩 이루어지고 있다. 다만, 만 66세에 이르면 생애전환기 건강진단이라는 명목으로 검진이 실시되는데, 이때 신체기능검사와 우울증 및 인지기능검사가 추가로 이뤄진다. 전반적으로 만 66세 생애전환기 건강진단의 수검률은⁷⁾ 2011년 75.7%에서 2014년 78.1%로 해마다 약간씩 늘어나고 있어 사업의 효과성은 있는 것으로 보인다. 그런데, 노인의 기대여명이 늘어나 초고령자가 증가하고 있는 현실에서 비교적

건강하다고 판단되는 만 66세에 일회성으로 끝나는 사업은 그다지 효과적이라고 보기 어렵다.

둘째, 질병치료관리정책에도 노인계층만을 별도로 지원하는 제도는 없는 실정이고, 건강보험 제도권에서 노인을 위한 질병 치료 및 관리가 이루어지고 있다. 즉, 급성기질환은 연령 구분 없이 건강보험제도에서 지원하지만 전술한 바 있듯이 노인의 만성질환 유병률이 높다는 점에서 일선 보건소에서는 고혈압·당뇨병등록관리사업이 주축을 이루고 있다. 하지만, 전국 25개 보건소만이 기존 시범 사업 시기 때부터 지속적으로 등록관리사업을 운영하고 있고, 나머지 보건소에서는 시·도 심·뇌혈관질환 예방관리사업단의 지원으

7) 국민건강보험공단, 건강검진통계연보, 각 연도 참조.

로 예방 관리 관련 홍보사업을 하는 정도이다.

그 외에 2012년도부터 추진되어 온 노인 틀니 비용의 건강보험 적용 확대 사업이 있는데, 당시에는 만 75세 이상 노인에 한정됐으나 2016년도 하반기부터는 65세 이상 노인의 틀니 및 임플란트 시술에 대한 지원으로 확대된 상태이다. 이

와 관련해 저소득층에 해당하는 의료급여수급권자의 본인일부부담금이 소득 수준에 비해 높다는 지적이 있다. 또한 저소득층 노인을 위한 백내장 등의 개안수술과 무릎인공관절 지원 사업이 있지만 이는 정부의 예산 지원 범위 내에서 이루어지는 것인 만큼 보편적인 사업은 아니다.

표 1. 노인 틀니 및 임플란트 가격과 본인부담금 수준(2016년 의원급 기준)

(단위: 원)

	완전틀니(1악당)		부분틀니 (1악당)	치과 임플란트 (1개당)
	레진상	금속상		
가격(수가)	1,071,680	1,242,660	1,303,810	1,235,720*
의료급여 1종수급권자(20%)	214,336	248,532	260,762	247,144
의료급여 2종수급권자(30%)	321,504	372,798	391,143	370,716
건강보험 본인부담금(50%)	535,840	621,330	651,900	617,860

주: 1악당: 상악(위턱) 또는 하악(아래턱), *: 행위료(105만 5720원)+식립 재료(9만 5000~27만 원)
자료: 보건복지부 보도자료(2016.4.5.), 65세 이상 틀니·임플란트 건강보험 적용 등 보장성 확대

한편, 노인 질병 치료 관리 대책 중에는 비교적 큰 규모로 시행되는 치매관리비 지원 사업이 있다. 현재 만 60세 이상이면 본인의 희망에 따라 치매선별검사를 받을 수 있고, 그 결과에 따라 정밀진단 및 감별진단이 후속적으로 이루어지고 있다. 이때 저소득층 치매 노인에게 약제비 등을 포함하여 월 3만 원을 상한으로 지원하고 있지만 부족한 실정이다.

다. 노인장기요양정책 부문

장기요양정책의 목적은 주로 일상생활 동작의 기능을 제한하는 치매나 중풍 같은 중증 만성질환에 의해 일상생활 기능을 상실한 노인에게 신체 수발 및 가사 지원을 제공하는 데 있는데, 일차적으로 일상생활 동작의 기능 제한 노인이 서비스 대상이다. 최근에 실시된 2014년도 노인실태조사 자료를 이용한 분석 결과에 의하면 기능 제한이 없는 노인이 전체의 81.8%이고, 나머

지는 기본적 일상생활 동작이나 수단적 일상생활 동작의 자립적인 수행에 어려움을 느끼는 노인인데, 특히 기본적 일상생활 동작(Basic ADL)에도 제한을 받는 자의 비율은 6.9%이다.⁸⁾

이러한 일상생활 기능의 제한을 지닌 노인에게 서비스를 제공하기 위해 노인장기요양보험제도가 2008년 7월부터 시행되고 있다. 이 제도에 의해 서비스를 받을 수 있는 대상자 수는 2015년 말 기준으로 전체 노인의 7.0%로 나타나고 있

다. 이는 제도 도입 초기의 4%대보다 약 3% 포인트나 증가한 수치이다. 이는 2012년도부터 수급 대상자 범위를 착실하게 확대시켜 왔기 때문인데, 2014년도 하반기부터는 일상생활 기능상 제한이 높지 않은 경증 치매질환자도 장기요양 대상자에 포함시켰다. 이러한 수치를 통해서 보면 노인실태조사에서 나타난 기본적 일상생활 기능 제한자가 상당 부분 포함되어 있는 것으로 보인다.

표 2. 노인장기요양보험제도의 급여 대상자 수(인정자 수) 추이

(단위: 원)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
총대상자 수	214,480	286,907	315,994	324,412	341,788	378,493	424,572	467,752
노인인구 대비율(%)	4.2	5.4	5.8	5.7	5.8	6.1	6.6	7.0

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보, 각 연도.

현행 보험급여의 유형은 크게 시설급여와 재가급여의 현물·서비스형 급여와 특별현금급여로 구분되어 있다. 시설급여는 원칙적으로 장기요양 1등급과 2등급, 그리고 치매질환자 등에게만 제한적으로 제공된다. 그럼에도 불구하고 2015년도 말 통계를 보면 1등급과 2등급자의 비율이 노인요양시설은 38.0%, 노인요양공동생활가정은 36.3% 정도밖에 차지하지 못한 실정이다.⁹⁾

이로 인한 입소 시설들의 사업 수입이 초기에 비해 상당히 축소되었을 가능성이 높다. 그리고 재가급여 중에서 가장 많이 이용되는 것이 방문요양급여서비스인데, 시간대별 이용 양상을 살펴보면 여전히 1회 방문 시 3시간 이상의 서비스를 제공하는 현상이 높아서 비용효율적이지 못한 실정이다.

8) 선우덕(2015), 노인의 기능상태·수발실태와 정책과제, 보건복지포럼, 통권 제223호, 한국보건사회연구원, pp.40~47.

9) 노인장기요양보험통계연보에 집계되어 있는 등급별 급여이용수급자를 단순 합계한 것이기 때문에 중복 계상될 가능성이 있음(국민건강보험공단, 2015 노인장기요양보험통계연보 참조).

한편, 노인장기요양서비스는 신체 수발 및 가사 지원 서비스를 중심으로 하고 있기는 하지만 기능 제한의 발생 원인 대부분이 중증의 만성질환이기 때문에 장기요양 대상자는 질환치료 관리에 대한 욕구(needs)를 기본적으로 지니고 있다고 할 것이다. 그렇기 때문에 시설급여든 재가급여든지 간에 의로서비스와의 연계적 제공이 필수적으로 따라야 한다. 즉, 시설급여 제공을 위한 노인요양시설 등에 대해서는 간호·재활인력

의 배치 및 축탁의 진료를 명시하고 있고,² 재가급여의 내용에는 방문간호서비스가 별도로 마련되어 있다는 것이다. 장기요양기관별 의료 관련 종사자 배치 기준을 보면, 아래 표에서 알 수 있듯이 장기요양기관의 규모에 따라 종사자 배치 기준이 상이하기 때문에 장기요양급여 수급자가 어느 시설에 입소하느냐에 따라 의료적 서비스를 제대로 받을 수 있는지 아닌지가 결정된다고 할 수 있다.

표 3. 노인장기요양서비스의 의료 관련 서비스 인력 실태(2015)

(단위: 명)

	시설 수 (곳)	의료인력 부문 종사자			
		축탁의	간호사	간호조무사	물리(작업)치료사
노인요양시설	2,935	의무적 배치	입소자 25명당 1인*		1인 이상*
노인요양공동생활가정	2,150	임의적 배치	간호(조무)사, 물리(작업)치료사 중 1인 선택		
방문간호기관	574	-	1인 이상		-
주야간보호기관	2,018	-	간호(조무)사, 물리(작업)치료사 중 1인 선택		
단기보호기관	299	-	입소자 25명당 1인**		30명 이상인 경우 1인**
전체	7,976	1,415	2,719	9,099	1,952

주: * 30인 미만 시설의 경우 간호(조무)사는 1인, 물리(작업)치료사는 임의적 배치 가능.

** 10인 미만의 단기보호기관인 경우 간호(조무)사는 1인, 물리(작업)치료사는 배치 기준 없음.

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보, 각 연도.

실제적으로 축탁의의 의무적 배치가 필요한 노인요양시설은 2015년도 말 기준 2935곳이지만 축탁의 수는 1415명으로 나타나고 있고, 간

호사 수는 2719명이나 간호조무사 수는 9099명으로 나타나는 등 결국 의료적 서비스를 제대로 제공하는 장기요양기관이 상당히 부족한 것으로

10) 노인장기요양보험법·노인복지법에 의하면 30인 이상 규모의 노인요양시설에는 입소자 25명당 1인의 간호(조무)사를 두어야 하고, 그 이하 규모 시설에는 최소한 1명은 배치하여야 하며, 물리(작업)치료사의 경우 30인 이상 규모 시설에 한해 의무적 배치 기준을 두고 있음. 또한 모든 노인요양시설에는 축탁의를 두어야 하는 것으로 되어 있음.

보인다. 따라서 장기요양기관 운영자가 의료적 욕구가 높은 수급자를 기피하는 소위 크림 스킴(cream-skimming) 현상이 발생할 가능성이 높다고 하겠다. 의료적 서비스와의 연계 측면에는 노인요양시설과 요양병원 간 장기요양서비스 수급자가 혼재되어 있다는 문제점이 상존해 있

다. 전술한 바 있듯이 노인요양시설에서의 의료적 서비스 제공 체제가 미흡하다 보니 자의든 타의든 간에 요양병원에 입원하게 되는 경우가 있어서 이로 인한 노인요양시설의 공실률이 높은 실정이다.¹¹⁾

표 4. 지역별 노인요양시설의 침상 수 현황(2014)

(단위: 명)

	서울	부산	대구	인천	광주	대전
정원 (A)	11,109	5,750	5,066	8,533	3,182	4,157
현원 (B)	10,274	4,233	4,175	7,156	2,636	3,261
충족률(B/A) (%)	92.5	73.6	82.4	83.9	82.8	78.5
	울산	세종	경기	강원	충북	충남
정원 (A)	1,569	360	35,708	6,910	6,008	7,061
현원 (B)	1,149	254	30,323	5,856	5,271	5,890
충족률(B/A) (%)	73.2	70.6	84.9	84.8	87.7	83.4
	전북	전남	경북	경남	제주	전체
정원 (A)	6,898	7,157	10,323	9,155	3,441	132,387
현원 (B)	5,427	5,908	8,021	7,653	2,992	110,479
충족률(B/A) (%)	78.7	82.6	77.7	83.6	87.0	83.5

자료: 보건복지부(2016), 2015 노인복지시설 현황.

마지막으로, 현행 노인장기요양보장체계는 노인장기요양보험제도와 노인돌봄종합서비스제도로 구성되어 있다고 볼 수 있는데 후자는 등급외자로 인정된 자를 급여 대상으로 하고 있다.¹²⁾

이들에게 제공되는 서비스는 방문요양서비스에 해당하는 신체 수발, 목욕 보조, 가사 지원 서비스, 주야간 보호 서비스 및 치매 가족 휴가 지원 서비스여서 장기요양보험서비스와 다르지 않

11) 2014년 말 현재 요양병원 수는 1304곳이고, 요양병상 수는 21만 3986개로 집계되고 있어서 노인요양시설 침상 수(노인요양공동 생활가정 침상 수 포함)를 합하면 전체 요양병상 수는 36만 5186개로 전체 장기요양인정자 수(2014년)의 86%에 해당하는 수치임.

12) 다만, 최근 2개월 이내 골절(관절증, 척추병증 포함) 또는 중증질환 수술로 인하여 단기간 돌봄이 필요한 자는 등외자가 아니더라도 서비스 수급이 가능함.

며 서비스 제공량에 차이가 있을 뿐이다. 그리고 노인돌봄종합서비스는 재원이 조세이기 때문에 저소득계층에 한하여 서비스가 제공되고 있어서 대상자 수나 서비스의 양 및 내용 측면에서 열악하다고 볼 수 있다.

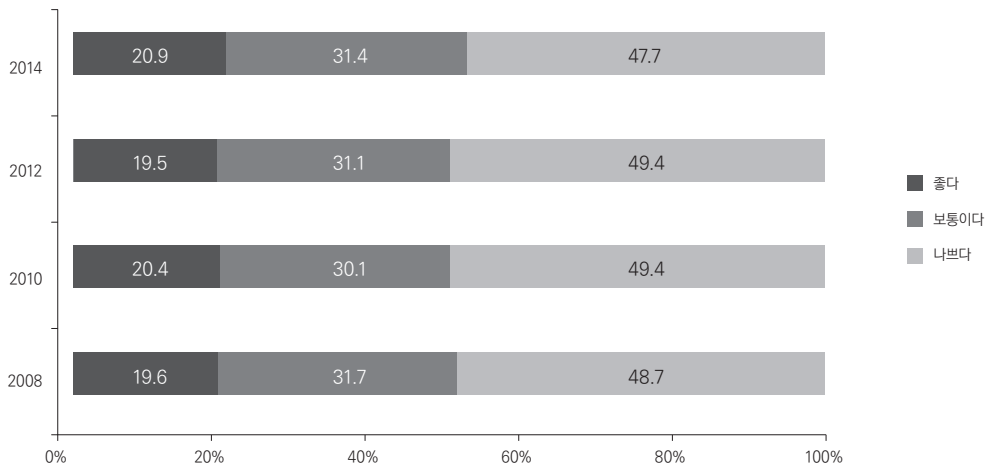
3. 노인의 건강 및 장기요양정책의 추진 과제

우리나라 노인들 스스로가 느끼는 건강 상태를 살펴보면 그다지 양호한 편은 아닌 것으

로 보인다. 통계청의 사회조사 자료를 보면 2008~2014년 양호한 건강 수준을 보인 비율이 20% 내외이고, 보통의 건강 수준 비율이 30%, 나머지 절반가량이 나쁜 건강 수준을 가지고 있는 것으로 인식하고 있다. 참고로 경제협력개발기구(OECD) 국가와 비교해 보면 15세 이상 국민들을 대상으로 조사한 수치이기는 하지만 우리나라가 최하위를 면치 못하고 있다. 이를 보면 양질의 건강 수준을 유지하지 못한 채 수명만 연장되고 있다는 것을 짐작할 수 있다.

그림 5. 노인의 주관적 건강의식 수준 추이

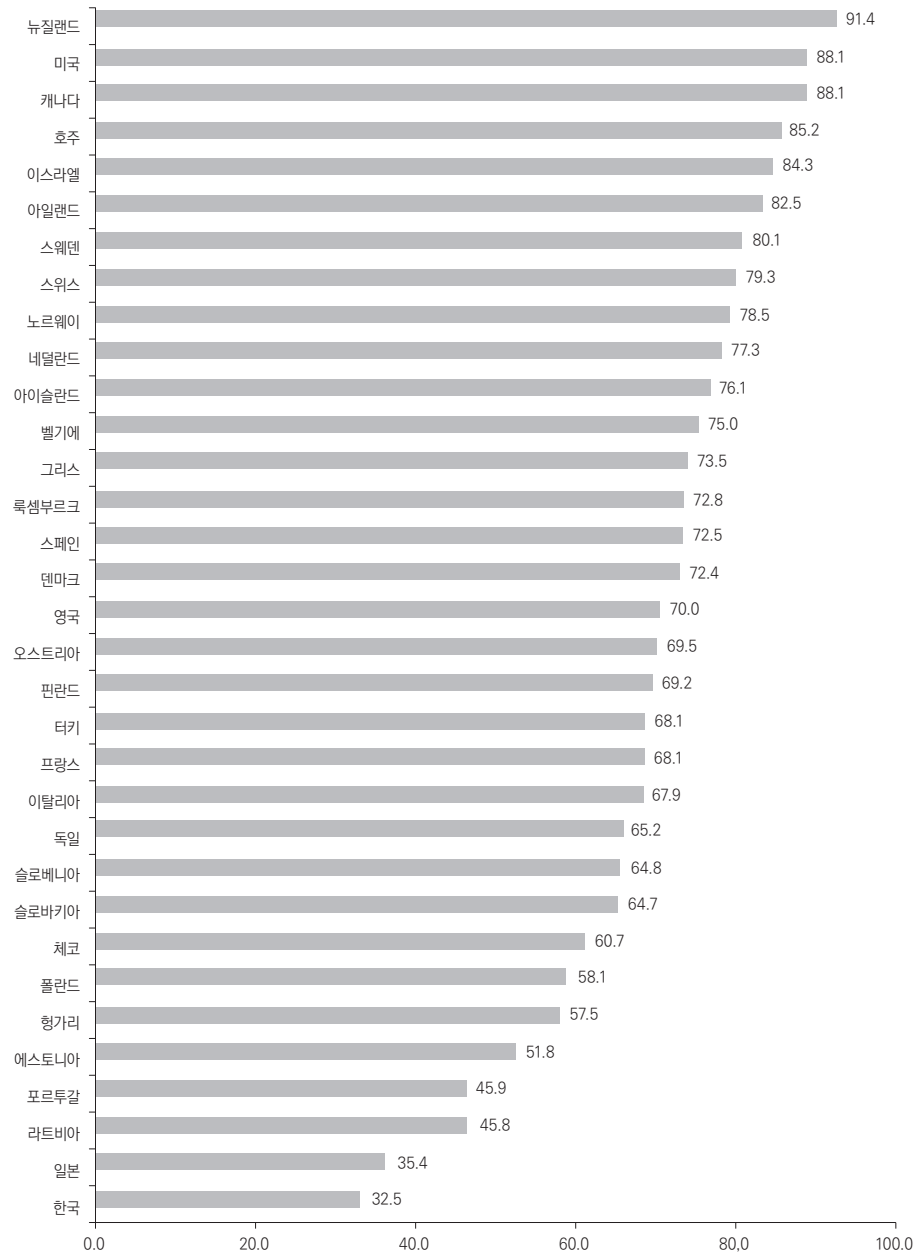
(단위: %)



자료: 통계청, 사회조사, 각 연도.

그림 6. OECD 국가의 양호한 건강의식 비율 비교(2014, 15세 이상 기준)

(단위: %)

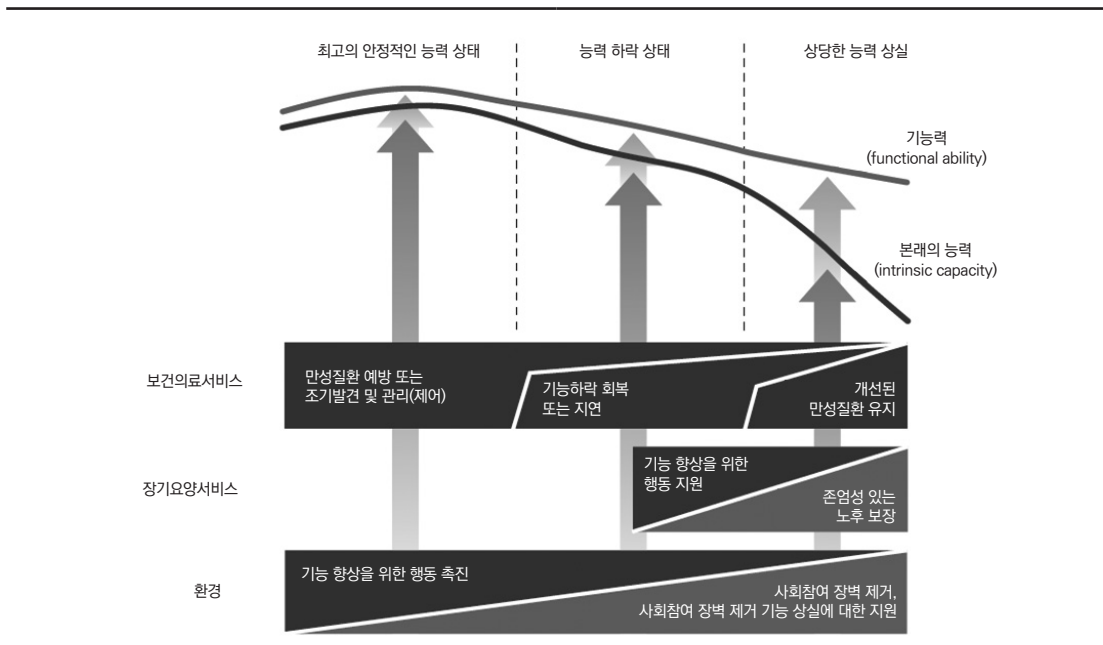


자료: OECD, 2016 Health Statistics 참조.

고령화사회에서 노인 대상 건강정책은 기본 방향을 건강노화(healthy ageing)에 두고 있다. 건강노화를 위한 공중보건 프레임워크를 세계보건기구(WHO)의 보고서를 기초로 정리하면 다음과 같다.¹⁾ 건강노화를 위한 다양한 조치들이 지닌 유일한 목적은 기능력(functional ability)을 향상시키는 것이다. 이를 달성하기 위한 두 가지 방법을 제시하고 있는데, 하나는 개개인이면 누구든지 원초적으로 지니고 있는 본래의 능력(intrinsic capacity)을 생성하고 유지하는 것을 지원함으로써 달성할 수 있고, 또 하나는 기능 능

력(functional capacity)이 저하된 자가 자신에게 적합한 생활을 영위할 수 있게 함으로써 달성할 수 있다는 것이다. 생애주기로 보면 이러한 기능력은 최고의 안정적 상태를 지나면 하락하기 시작하고, 주로 노년기에 발생하는 기능상실시기에 접어든다. 그러나 기능하락시기에 접어들어도 어떠한 서비스 중재가 이루어지느냐에 따라 기능력을 향상시킬 수 있고, 향상된 기능력으로 가능한 한 장기간 건강 상태를 유지하면서 생활할 수 있게 된다.

그림 7. WHO의 건강노화 전략



자료: WHO, World Report on Ageing and Health 2015.

13) WHO(2015), World Report on Ageing and Health, pp.32-34.

이러한 관점에서 추진하여야 할 주요 정책과제를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 만성질환을 예방하고 질병을 조기에 발견하여 조기에 치료·관리하게 하는 서비스가 필요하다는 것이다. 물론 건강 증진 환경을 조성하고 건강 생활 실천을 유도하여 양호한 건강 수준을 유지하게 하는 것도 중요하다. 노인 대상의 신체활동 전략이 적극적으로 이루어질 필요가 있는데, 건강한 고령자 이외에도 근력이나 균형력, 지구력 등이 취약한 허약 노인(the frail elderly)을 대상으로 한 지역보건소 단위의 신체활동 프로그램이 보편화되어야 한다. 그리고 무엇보다도 조기에 질병 및 기능 저하 위험 요인을 발견할 수 있는 건강검진체계가 필요하다. 정부에서는 생애전환기 건강검진이라고 해서 2007년 4월부터 만 40세와 만 66세를 대상으로 한 번 실시하고 있다. 다만, 노년기에 대부분의 기능이 하락하기 때문에 대체적으로 건강한 시기인 만 66세 때 일회성으로 끝낼 것이 아니라 만 76세에 추가로 실시하여 최대한 건강 수준을 유지하도록 하여야 한다.

둘째, 만성질환의 치료 및 관리 서비스가 보편화되어야 한다. 신체적 및 인지적 기능력의 장애를 일으키는 만성질환이 심·뇌혈관질환이라고 볼 수 있는데, 심·뇌혈관질환의 선행 질환부터 치료·관리가 적극적으로 이루어져야 한다. 이를 통해 기능력 하락을 조기에 방지 및 지연시켜야 하기 때문에 그 선행 질환인 고혈압·당뇨병의 등록 관리가 중요하다. 따라서 현재 전국 25개 보건소에서만 추진되고 있는 고혈압·당뇨병의 등

록관리사업을 조기에 전국 보건소, 더 나아가 보건지소 및 보건진료소에서까지 추진될 수 있도록 하여야 한다. 한편으로는 기능력의 하락을 지연시키고 기능력을 회복시키기 위해서는 노인 전문 재활체계가 갖추어져야 한다. 즉, 보건소와 재활의학 전문의 집단과의 협력체계를 구축하여 지역사회 내 허약 노인을 대상으로 특화된 전문 재활 프로그램을 개발, 실시하여야 한다.

셋째, 기능력의 상당한 하락에 기인한 장기요양 대상자를 위해 자립적이고 존엄성 있는 생활을 유지하도록 할 수 있는 서비스가 개발되어야 한다. 하락된 기능력에 대한 단순한 보호 지원 차원에서 벗어나 자신의 잔존 기능을 최대한 활용하며 살아갈 수 있도록 지원하여야 한다. 이를 위해서는 장기요양서비스 내에 기능 상태를 장기간 유지하게 할 수 있는 효과적인 기능훈련 프로그램이 마련되어야 하고, 더 나아가 필요한 기능에 대한 최소한의 강화를 위한 적정 수준의 재활 프로그램도 개발되어야 할 것이다. 병원 입원이나 시설 입소를 통한 재활서비스 이외에 현재 거주하고 있는 생활 터전(샐터)에서의 노화(ageing in place) 이념을 중시하는 선진국에서 이미 보편화되어 있는 재가 노인을 위한 주간 재활 프로그램이나 방문 재활 프로그램의 개발도 시급하다. 아울러 존엄성 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 지원하는 완화의료 서비스 프로그램을 실시하는 의료기관을 확충하는 것은 물론이고, 재가에서의 완화서비스 제공이 보건소에서 적극적으로 제공될 수 있도록 하여야 할 것이다.

4. 나가며

노인의 건강 수준은 이미 중장년시기에 결정된다고 해도 과언이 아니다. 노년기에 접어들면 그 이전에 축적되어 내재된 질병력이 현재화하기 시작하기 때문에 무엇보다도 조기에 위험 요인을 발견하고 치료, 관리하게 하는 것이 가장 중요하겠고, 만성질환으로 나타난 상태에서는 조기에 중증화되는 것을 방지하거나 최대한 지연

시키는 대책이 필요하다. 그래야만 장기요양 기간을 최소화해 노인 자신뿐만 아니라 가족의 부담 부담을 줄일 수 있을 것이다. 조만간 노인인구가 전체 인구의 20%를 차지하게 될 것이기 때문에 사회보장급여 지출의 폭증을 막기 위해서는 건강 노화의 이념 아래 장기간의 자립적 기능을 유지하게 할 수 있는 노인건강보장체계를 구축하여야 할 것이다. ■