



이윤환

아주대학교 의과대학교수

초고령사회와 보건의료대응

최근 우리나라가 경험하고 있는 급속한 인구고령화는 사회적 위기로 인식되어지고 있다. 이는 고령인구의 취약한 건강상태와 이에 따른 의료비 증가가 건강보험 및 장기요양보험 재정과 나아가 국가복지재정 전반에 미칠 악영향이 예상되기 때문이다.

2014년도 노인실태조사 결과 65세 이상 노인의 89%가 한 가지 이상의 만성질환을 지니고 있으며, 두 가지 이상의 복합이환자도 70%에 이르고 있다. 또한 노인의 18%는 사회활동에 제한을 갖고 있으며, 심지어 7%는 기본적인 일상생활수행에도 어려움을 겪고 있는 실정이다. 이에 따라 의료이용률도 높아 평균 5개 이상의 의사처방약을 복용하고 있으며, 78%가 지난 1개월 간 의료기관을 이용하고 18%가 지난 1년간 입원한 경험을 갖고 있다. 노인진료비도 지속적으로 증가하여 2014

년에 전체진료비의 36%를 차지하고 있다. 최고령층의 증가, 높은 만성질환 유병률과 의료이용률, 복합이환자에 대한 비효율적 관리체계, 병원에서의 임종 및 연명치료 등은 의료비의 상승을 초래하고 있다.

이러한 노인의 주요 보건현황을 고려할 때 고령화시대 보건정책의 방향은 예방적 의료, 지역사회 및 재가서비스 중심, 그리고 통합의료를 견지해야 한다. 첫째, 건강증진과 예방관리적 접근이 중요하다. 노인의 취약한 건강상태는 다양한 요인에 의해 결정된다. 건강결정요인은 크게는 환경적 요인, 건강행위, 의료체제로 구분할 수 있다. 환경적 요인은 사회경제적 수준, 물리적 환경, 유전적 소인을 포함한다. 건강행위에는 운동, 흡연, 음주, 영양상태 및 체중관리 등이 있으며, 의료체계는 건강보험 및 장기요양제도와 그 제반 제공체계를 일컫는다.

이 중 조기사망에 가장 큰 영향을 미치는 변경 가능한 요인이 건강행위인 것을 감안할 때 노년기에 건강증진과 예방서비스의 중요성을 인식하게 된다.

그러나 우리나라 65세 이상 연령층의 건강행위를 보면 흡연율 12%, 음주율 28%, 운동실천율 58%, 영양상태 비양호율 49%, 비만율 35%, 건강검진율 84%로 개선의 여지가 많은 것을 볼 수 있다. 다행히 10년 전에 비해 건강행위 지표가 크게 개선된 점은 긍정적으로 평가된다. 특히 규칙적인 운동과 신체활동은 노년기에도 중요한 건강생활습관으로 심혈관질환은 물론 최근에는 인지 기능저하 및 치매 예방에도 어느 정도 효과가 있는 것으로 밝혀지고 있다. 또한 이러한 생활습관은 노년기에 갑자기 형성되었다기보다는 생애 전반에 걸쳐 축적된 결과임을 감안할 때 생애과정(life course) 접근과 생애주기별로 적절한 건강관리가 필요하다.

둘째, 지역사회와 재가 중심의 보건의료서비스 제공을 위한 대책 마련이 필요하다. 대다수 노인은 자신이 익숙한 주거환경인 집과 지역사회에서 지내면서 “Aging in Place”를 희망한다. 이를 위해서는 의료서비스도 가능한 한 재가에서 제공될 수 있어야 한다. 그러나 현재 병원과 시설 중심의 의료 시스템은 급성기 질환과 사고 대응에 맞게 구축된 환경이어서 복합만성질환을 지닌 노인을 위한 지속적인 서비스를 제공하기에는 부적합하다.

이에 따라 일부 선진국에서는 최근 의사 또는 전문간호사가 노인환자의 가정을 정기적으로 방문하여 환자의 건강상태를 모니터링하고 진료하는 왕진의료(Medical house call)를 활성화하여 질

환의 조기발견 및 대처를 통해 불필요한 입원과 응급실 내원을 줄이는데 기여하고 있다. 그 결과 노인환자와 가족의 만족도 증가는 물론 의료비 경감의 효과를 보이고 있다. 또한 일부 중증질환을 지닌 자를 대상으로 집에서 웬만한 입원에 준하는 서비스를 제공하는 재가병원(Hospital at Home)이 하나의 혁신모델로 제시되면서 긍정적인 평가를 받고 있다. 노인에게는 입원 자체만으로도 병원내 감염, 치매, 섬망 등의 위험이 높아지기 때문에 낮은 환경을 피해 가급적 익숙한 집에서 치료를 받는 편이 유리하다. 심지어는 최근 고령인구 증가에 따라 치매환자가 급증하면서 지역사회에서 치매를 가진 노인이 편히 지낼 수 있도록 ‘치매친화마을’(dementia-friendly community) 만들기 사업도 시도되고 있다.

셋째, 환자의 의료필요도에 따라 포괄적인 의료 서비스를 제공하기 위한 통합적 제공체계(integrated care system)가 구축되어야 한다. 노인은 신체적, 정신적, 사회적 기능상태에 따라 건강증진, 예방서비스, 일차의료, 전문진료, 방문간호, 재활, 장기요양, 복지 등의 다양한 서비스를 필요로 하게 된다. 그러나 현재의 의료시스템에서는 각 서비스 제공기관이 분절된 상태로 운영되면서 서비스가 상호배타적으로 제공되고 있어 노인환자에 대한 체계적인 관리가 이루어지지 못하고 있다. 이로 인해 노인과 가족의 미충족 의료필요도는 증가하며, 서비스의 중복과 비효율이 초래되고 있다. 통합적 제공체계는 단일창구를 통한 포괄적 건강상태 평가, 사례관리, 의료정보공유, 다학제팀을 통한 공동치료계획 등의 관리체계를 기반으로 해서 노인에게 적합한 서비스가 적시에 이루어지도록 한다.

건강한 노인에서부터 복합만성질환 및 허약노인, 응급 및 급성기 환자, 재활 및 기능회복, 장기요양, 호스피스 및 완화의료에 필요한 환자에 이르기까지 노인을 위한 의료의 연속체(continuum of care)를 가능케 한다.

통합의료의 대표적인 사례로는 미국의 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)와 캐나다의 Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA)가 있다. 사례관리자가 노인의 필요도를 평가하고, 건강, 의료, 영양, 복지 등의 적절한 지역사회 서비스를 제공받을 수 있도록 연계 및 조정해주고 있다. 이를 통해 허약노인에 대한 불필요한 요양시설 입소를 방지하고 기능저하 초래를 지연시키는 효과가 있는 것으로 알려져 있다. 최근에는 일차의료기관, 전문요양기관, 장기요양기관 등으로 구성된 책임의료기관(Accountable Care Organization, ACO) 설립을 통해 다양한 서비스를 연계제공(coordinated care) 하려는 시도가

있어 주목된다. 한편 지역사회 일차의료 현장을 중심으로 전문간호사를 통해 중증 복합만성질환을 가진 노인을 집중관리하는 미국의 Guided Care 사업도 양질의 의료 제공과 함께 비용절감의 긍정적인 결과를 보이고 있다. 일본에서는 지역포괄지원 센터를 통해 지역사회 허약노인을 관리함으로써 장기요양으로 이행되는 것을 예방하기 위해 노력하고 있으며, 보건, 의료, 장기요양, 생활지원, 주거, 복지 등 각종 서비스를 연계 및 조정하고 있다.

우리나라는 어느덧 도래한 고령사회 속에서 고령인구의 다양한 보건문제에 직면해 있다. 보건의료에 있어 예방과 지역사회 중심의 통합의료 제공 체계의 구축을 위한 대책 수립이 어느 때보다 시급하다. 세계보건기구가 주창한 보건정책의 주요목표인 활동적 노후(active aging)를 노년기에 영위하기 위해서는 의료시스템이 고령친화적으로 재정의되어야 함은 물론 사회적 환경과 제도 마련이 필요하다. 더 나아가 미래 고령인구의 새로운 의료필요에 대비한 선제적 대응이 요구된다. ■