

# 노인의료 관련 정책수립에서 고려해야 할 노인의료의 특성



윤종률 교수  
한림의대 가정의학교실 노인의학

## 1. 들어가며

잘 알려진 바와 같이 우리나라 고령화 속도는 세계 유례없이 너무 급속하다. 1990년에 전체인구수의 5.1%이던 65세 이상 노인인구가 2000년에 7.2%, 2010년에 11.0%를 차지하고 2050년이면 37.4%에 달하게 된다. 이에 따라 1990년 이후 2040년까지 매10년마다 노인인구 비율이 2.1%포인트에서 8.0%포인트 이상으로 더욱 가파른 증가양상을 보이게 된다(표 1).

이러한 급속한 고령인구 증가속도는 1차 베이비부머 세대인 1955-1963년 출생자들과 2차 베이비부머 세대인 1968-1974년 출생자들이 노인인구로 진입하는 2020년 이후 2040년까지 더욱 가파르게 지속된 이후에야 감소될 것으로 추정되고 있다.

따라서 고령화를 일찍 경험하였으나 그 고령화 속도가 느렸던 선진국들에 비해 우리 사회가 노년기 관련 건강이나 복지, 사회 문제에 대응하기 위한 정책을 수립하는데 시간적 여유를 갖지 못하는 근본적 한계가 있다.

그럼에도 불구하고 노인관련 각종 정책이 단기 대응형으로 마련되어서는 안되며, 특히 고령인구 중에서도 평균수명 연장에 따른 80세 이상의 초고령자가 더욱 급속히 증가하는 추세를 감안한다면 복합적인 건강문제와 자립생활을 저해하는 기능장애의 특성을 가지는 후기고령자 관련 대응정책이 장기적으로 모색되어야 한다.

본고에서는 향후 필요한 다양한 노인 관련 정책 중에서 특히 노인의료 정책수립 결정과정에 유의할 사항들을, 노인건강관리를 담당하는 노인의학 측면에서 중요하게 취급되는 핵심 문제 점들을 바탕으로 점검해 보고자 한다.

표 1. 고령인구 추이

(단위: 천명, %)

연도	추계인구 (전체)	50세 미만		50-64세		65세 이상		10년 단위 증가(%p)
		추계인구	(구성비)	추계인구	(구성비)	추계인구	(구성비)	
1990	42,869	35,906	83.8	4,768	11.1	2,195	5.1	
2000	47,008	37,424	79.6	6,189	13.2	3,395	7.2	2.1
2010	49,410	35,080	71.0	8,878	18.0	5,452	11.0	3.8
2015	50,617	33,139	65.5	10,854	21.4	6,624	13.1	
2020	51,435	31,117	60.5	12,234	23.8	8,084	15.7	4.7
2030	52,160	27,313	52.4	12,156	23.3	12,691	24.3	8.6
2040	51,091	23,872	46.7	10,718	21.0	16,501	32.3	8.0
2050	48,121	20,207	42.0	9,923	20.6	17,991	37.4	5.1
2060	43,959	18,372	41.8	7,966	18.1	17,622	40.1	2.7

자료: 통계청. 2015 고령자통계. 2015.

## 2. 우리나라 노인 건강문제의 특성과 문제점

의학적 측면, 즉 질병의 종류와 양상, 건강행태, 질병예방과 치료의 방법 등의 측면에서 소아가 단순히 나이 어린 성인이 아니기 때문에 소아과학이라는 별도의 전문의학 분야가 있듯이 노인 역시 나이 많은 성인으로 취급될 수 없기 때문에 노인의학이라는 전문분야가 있다. 노인의학이 강조하는 노인건강문제에는 다음과 같은 중요한 특성들이 있고, 그에 따라 노인건강관리는 별도의 접근이 필요하다.

### 가. 노화에 따른 생리기능의 저하와 노쇠현상

유전적 영향, 생활습관의 차이 등에 따라 개인적 다양성은 있을 수 있지만, 궁극적으로 연령 증가에 따른 노화현상은 누구도 피할 수 없다.

예를 들면, 심장의 비대화와 심장근육의 약화에 따라 부정맥이나 심부전 발생 위험이 높아지고, 폐의 탄력성이 감소함에 따라 폐기능이 떨어져 산소섭취량이 감소하고 폐렴 발생 위험이 높아지는 것, 노폐물을 걸러내어 주는 신장기능의 감소로 붓기나 약물부작용의 위험성이 증가하고, 뇌 신경세포가 감소하면서 인지기능이 저하되는 것, 혈관내피 세포의 변화에 따라 혈관의 탄력성이나 동맥경화 발생위험이 증가하는 것, 간의 크기가 줄어들면서 신체 독소 처리능력이 감소하는 것, 면역세포와 내분비 계통의 기능이 줄어들어 감염위험성이나 생리조절 현상이 감소하는 것이 모두 노화현상이다. 이런 노화현상은 결과적으로 노인들의 신체 예비능력과 항상성

유지능력(각종 외부 자극에 대해 대처하여 정상으로 되돌아가게 하는 탄력적 기능)을 감소시킨다.

이처럼 외부 스트레스에 대처할 저항력과 예비능력이 감소함에 따라, 질병의 유무를 막론하고 (물론 질병을 가진 노인에게 더 위험성이 높기는 하지만) 건강악화의 가능성이 높아지는 상태를 노쇠(frailty)라고 한다.

이것은 질병이라기보다는 노년기의 기능유지와 기능손실 상태의 중간단계 즉, 건강과 질병의 중간단계에 있는 상태라 할 수 있으며(Fried LP et al., 2001), 노인 건강관리에서 가장 중요한 개념이기도 하다. 미국 노인들의 유병률은 약 7% 정도이지만, 우리나라 지역사회 거주 노인들의 노쇠 유병률은 그보다 두배 가까운 11.7%에 달할 정도로 허약 정도가 심한 편이다(Ma SH et al., 2009).

#### 나. 만성 복합질환(multiple pathology)과 다약제복용(polypharmacy)

노인들은 질병의 누적과 함께 살아간다고 할 정도로 질병이 많다. 그리고 이런 질병들이 대표적인 만성질환, 즉 고혈압이나 당뇨병, 퇴행성관절염, 뇌경색, 치매, 골다공증 등과 같이 쉽게 완치되는 병이 아니라 끝까지 지속되거나 결국은 합병증을 유발하는 난치성 퇴행성 만성병들이다.

실제로 우리나라 전체 노인인구의 89.2%가 1개 이상의 만성질환을 가지고 있으며 3개 이상 복합질환자가 46.2%에 달하는 상황이며(보건복지부·한국보건사회연구원, 2014), 전체 병원 방문 외래 환자의 약 25%가 노인환자이고 입원환자의 경우에는 35%를 넘어서면서 전체인구의 13.1%에 해당하는 노인들에게 소요되는 의료비가 전체 의료비의 35.5%를 상회하고 있는 상황이다(통계청, 2015).

세부전문의 중심의 우리나라 의료체계에서 노인들의 이러한 복합만성 질환에 따라 유발되는 더욱 심각한 문제는 노인들의 다약제복용(하루 6가지 이상의 약물복용) 실태인데, 심평원 내부 자료에 따르면 건강보험심사평가원 환자표본자료(2010-2011년)를 분석한 결과, 65세 이상 노인 외래환자에서 환자 1인당 동시에 6개 이상의 약물을 처방받은 비율은 86.4%, 동시에 11개 이상의 약물을 처방받은 비율은 44.9%, 21개 이상의 약물을 처방받은 비율은 3.0%로 확인된 바 있는데, 이는 선진국에 비해 월등히 높은 수치이다.

노인들의 다약제 복용은 그 자체가 섬망이나 인지기능저하, 낙상, 요실금, 불면증, 식욕저하 등의 노인병증후군을 유발하는 주요 원인이다. 미국의 경우, 노인의 10~35%에서 약물부작용이 발생하며, 노인 입원환자의 1/3이 약물부작용과 관련된 것으로 보고되고 있다(Cooper JW., 1999). 우리나라의 경우, 노인들의 다약제 복용은 노인의학 전문의나 주치의가 부재한 현실과 개별 질병중심의 전문의료만을 강조하는 의료체계에 의해 발생하는 심각한 문제중 하나다.

## 다. 자립생활을 방해하는 일상생활기능의 감퇴(functional impairment)

노인성질환은 대부분 만성질환이고 시간이 갈수록 합병증을 유발할 가능성이 높는데, 이런 합병증의 결과는 결국 노인들의 신체적, 정신적 활동을 위축시키는 기능장애, 예를 들면 보행 및 거동장애, 인지능력 저하, 요실금, 삼킴장애 등을 유발하기 마련이다. 이런 대표적인 질환이 심뇌혈관 질환이거나 골절, 중증 관절질환, 치매 등이지만, 그 외에도 잘 드러나지 않는 노인성 건강문제, 즉 시력이나 청력저하, 만성 폐질환, 우울증 등도 일상생활 기능장애를 가져온다.

특히 우리나라 의료체계에서는 통합의료를 제공하는 노인의학 전문의가 없고 전문의료간의 다학제간 협진체계가 잘 이루어질 수 없기 때문에, 치료할 수 있는 급성질환에 걸리더라도 일단 입원치료를 받게 되는 경우 운동과 영양섭취가 부족해질 가능성이 높아져 질병이 완치된 이후에 오히려 일상생활 능력이 감퇴되는 경우가 많다.

가정에서 생활하는 우리나라 노인들 중 기본적인 일상생활능력(Activities of Daily Living, ADL)이나 수단적 일상생활능력(Instrumental ADL, IADL)에 이미 일부라도 제한을 가진 노인들이 전체 노인들 중 24.7%나 되는데(보건복지부·한국보건사회연구원, 2014), 이들이 질병에 걸려 입원하게 되면 집으로 귀가하지 못하고 요양시설로 전원 될 가능성이 높다.

이런 특성은 노인환자에 대해서는 단순한 질병치료 뿐 만 아니라 그 이후에 필요한 기능재활의 요구도를 비롯한 장기적 건강관리와 케어의 필요성을 점검하고 그에 걸맞는 지속적이고 장기적인 요양요구도 평가와 관리를 제공해야 함을 의미한다.

## 라. 질병의 후유증과 치료 부작용으로 정신심리적 문제 증가

젊은 성인에 비해 노쇠한 노인들이 질병에 걸리면 증상이 위중하거나 치료기간이 길어지는 현상을 보이게 마련이다. 그에 따라 중환자실 치료나 과도한 약제를 투여하는 경우가 많은데, 이런 경우 대부분 흔히 3D(Delirium, Dementia, Depression)라고 부르는 섬망이나 치매 등의 정신 기능 장애 현상이나 우울증이 유발될 가능성이 높다. 이러한 3D 현상의 발생은 기존에 정신심리적 문제를 가지고 있던 노인에게 더욱 그 발생 위험이 높으며, 일단 발생하는 경우 즉각적이고 적절한 대응이 이루어지지 않으면 이후에도 지속적으로 악화되어 장기요양 보호의 가능성을 높일 수 있다.

잘 알려진 것처럼 우리나라 노인들의 자살률은 최근 10년간 세계 60개국 중 가장 높은 상태로 지속되고 있는 바(WHO, 2015), 여기에는 노인빈곤, 사회경제적 박탈감, 만성질환의 고통과 함께 기존의 인지능력 저하나 우울증이 주요원인으로 추정되고 있다.

### 마. 사회환경적 요인과 건강문제의 높은 관련성

노년기 건강문제 악화의 주요 위험요인은 사회경제적 및 환경요인과 밀접한 연관이 있다. 거주환경이 부적절하면 낙상이나 저체온 및 고체온 사고의 위험성은 물론이고, 독거노인이거나 가족들과의 사별이나 갈등, 경제적/신체적/정서적 학대와 방임 등에 의해 심리적 우울증이 발생할 수 있다. 또한, 영양이 불량하면 면역력 저하, 위생환경 악화에 따른 감염병 발생위험이 높아지고, 기존 질병관리의 부적절함 등도 건강악화의 주요한 요인이 될 가능성을 높인다.

2012년 OECD 자료에서 밝혀졌듯이 우리나라 노인 빈곤률이 타의 추종을 불허할 정도로 가장 높은 것은 주지의 사실이다(OECD, 2015). 또한 2015년 고령자 통계에 의하면, 우리나라 고령자 가구(가구주 연령이 65세 이상)는 385만 2천 가구로 전체 가구의 20.6%를 차지하였으며, 2035년에는 40.5%까지 증가할 전망이다(표 2).

또한 2015년 현재 가구주가 65세 이상이면서 혼자 사는 가구는 전체 가구의 7.4%이나, 20년 후인 2035년에는 2배 이상 증가할 것으로 전망되고 있다. 2010년 이후 고령자 가구 중 1인 가구의 비중은 부부만 사는 경우보다 더 높게 나타나고 있는데, 이는 향후 20-30년간 지속 증가 될 것으로 판단되고 있어서, 이들 취약 고령자가구에 대한 특별한 보호조치가 없다면 건강문제 에도 큰 영향을 미칠 가능성이 높다.

결국 노인건강관리는 보건의료 측면 뿐 아니라 종합적 노인보건복지 서비스 측면에서도 접근 하여야 가능하다는 것을 의미한다.

표 2. 고령자 가구 추이

(단위 : 천가구, %)

연도	총가구			고령자 가구 유형					
	전체	고령자가구 <sup>1)</sup>	(구성비) <sup>2)</sup>	부부가구	(구성비) <sup>2)</sup>	부부+자녀	(구성비) <sup>2)</sup>	1인가구 <sup>3)</sup>	(구성비) <sup>2)</sup>
2000	14,507	1,734	11.9	573	3.9	184	1.3	544	3.7
2005	15,971	2,432	15.2	822	5.1	249	1.6	777	4.9
2010	17,359	3,087	17.8	1,038	6.0	297	1.7	1,056	6.1
2015	18,705	3,852	20.6	1,280	6.8	352	1.9	1,379	7.4
2020	19,878	4,772	24.0	1,569	7.9	437	2.2	1,745	8.8
2025	20,937	6,172	29.5	2,028	9.7	587	2.8	2,248	10.7
2030	21,717	7,690	35.4	2,533	11.7	719	3.3	2,820	13.0
2035	22,261	9,025	40.5	2,919	13.1	791	3.6	3,430	15.4

주: 1. 가구주의 연령이 65세 이상인 가구  
 2. 총 가구 중 고령자 가구 유형별 구성비  
 3. 가구주의 연령이 65세 이상이면서 혼자 사는 가구  
 자료: 통계청, 장래가구추계, 2012. 4.

## 바. 노년후기 및 말기의료의 부적절성

복합 만성질환, 기능장애 유발 등을 고려한다면 노인의료는 포괄적, 연속적, 조정적 의료 요구도가 가장 높은 분야이다.

그럼에도 불구하고 우리나라 노인의료는 지역사회 건강증진과 일차의료, 급성기 2,3차 의료, 급성기후 의료, 그리고 장기요양서비스에 이르기까지 연속적 서비스(continuum of care)가 전혀 이루어지지 못하고 있다. 건강검진, 질병에 걸리게 되었을 때의 병원 선택, 병원 입원후의 기능재활, 퇴원후 장기요양서비스(요양병원 치료 또는 요양원 보호) 등이 모두 전적으로 노인이나 가족의 판단과 선택에 의해 이루어진다.

또한, 회복 불가능한 건강상태에 직면하게 된 경우 말기의료 또는 호스피스 관리 역시 심각한 문제점을 보이고 있다. 생애주기별 1인당 의료비 비중을 확인한 연구 결과에 따르면(정영호 등, 2011), 전 생애 의료비 총액 8,000만~1억여 원 중 52.4%를 65세 이후 노년기에 지출하게 되고, 노인 사망자의 마지막 1년간의 월별 진료비를 분석한 다른 연구에 의하면(이지전 등, 2003), 생애 마지막 1개월에 1년간 총의료비의 약 1/3을 지출하는 것으로 확인되어 회복가능성 없는 노인들에 대한 무의미한 과다 또는 집중치료가 문제 되고 있다.

표 3. 우리나라 생애의료비 분포 추정

생애주기	남자	여자
고령노인(85세 이상)	5.9%	8.4%
노인(65~84세)	42.7%	44.0%
중장년(40~64세)	30.2%	28.4%
청년(20~39세)	8.4%	10.0%
영유아, 아동 및 청소년(0~19세)	12.7%	9.2%

주: 남자, 여자 각각 100,000명의 가상코호트 설정 후 추정된 생애 의료비, 2007년기준  
 자료: 정영호, 변루나, 고숙자. 우리나라 생애의료비 분포 추정. 보건사회연구2011;31(1):194-216

## 3. 노인건강문제 특성에 따른 의료정책 설정 방향

### 가. 노인의료의 궁극적 목표 재설정

고령사회에서 보건의료서비스의 궁극적 목표는 단순한 질병관리에 국한되지 않는다. 세계 보건기구에서도 새롭게 규정한 바와 같이 고령사회에 적극적으로 대응하기 위한 보건의료 서비스의 목표는 건강노화(healthy aging) 또는 활기찬 노화(active aging)의 달성이다.

건강노화란 노인들이 성별·연령별 차별없이 자립적이고 행복한 삶을 영위하면서, 활발한 사회활동을 수행할 수 있도록 신체적, 사회적, 정신적 건강을 적절히 유지할 기회를 보장하는 과정을 의미하며(SNIPH, 2006), 활기찬 노화란 나이가 들더라도 높은 삶의 질을 유지할 수 있도록 건강과 사회참여, 안전의 기회를 보장하는 과정으로써, 각 개인과 집단에 공히 적용되어야 함을 의미한다(WHO, 2002). 결국 두가지 모두 노년기에도 자립적이고 행복한 삶의 질을 유지하도록 한다는 점에서 동일한 개념으로 볼 수 있다.

이러한 건강노화 또는 활기찬 노화라는 목표를 달성하기 위해서는 노년기 한 부분에서의 노력으로는 불가능하고 생애주기별 건강관리가 지속적으로 이루어져야 한다.

그럼에도 불구하고 현재의 노년기 건강문제의 특성을 고려하면, 노인의로 부분에서는 각 노인들의 건강상태 또는 특성에 따른 맞춤형 보건의료서비스가 제공될 필요가 있다.

즉, 건강한 노인에게는 더욱 건강하게 건강증진서비스가 강화되고, 질병보유 노인에 대해서는 적극적인 만성병관리와 합병증 예방, 기능장애가 발생하는 단계에서는 지역사회내 방문건강관리를 강화할 필요가 있다. 기능장애가 심해져서 의존적 상태가 된 노인이라도 재가요양 서비스를 강화함으로써 시설입소를 최대한 늦추는 노력이 필요하다.

#### **나. 노화 및 노쇠를 예방하기 위한 건강증진 강화**

초고령화 현상을 겪고 있는 일본의 경우, 노년기 질병관리와 개호서비스를 강화함에도 불구하고 지속적으로 늘어나는 노인질병과 개호(요양)욕구를 감당하는 것이 어려움을 인식하여 2006년 이후 지역사회 노인들에 대한 적극적인 개호예방(노쇠발생 예방)에 중점을 두는 정책을 시행하고 있다(김도훈 등, 2014).

이는 단순한 질병예방 뿐 아니라 노년기 자립생활을 방해하는 각종 생활기능위험성을 미리 파악하고 이에 대한 예방노력을 지역밀착형으로 제공하는 것인바, 이것이 적절한 노년기 건강검진 및 노쇠예방이라는 점을 인식한 것이다.

우리나라에서는 이미 국가차원의 정기 건강검진이 시행되고 있다. 그러나 노년기 건강문제의 특성을 고려하지 못하고 만 40세 이후의 건강검진 항목을 후기 노년기까지 그대로 유지함에 따라 적절한 노인건강관리의 목표를 달성하지 못하고 있다. 단지 66세에 한번 시행하는 생애 전환기검진을 지속적으로 적용하는 것이 필요하다. 더 바람직한 것은 노년기 특성에 맞는 건강문제와 기능장애 문제, 그리고 노쇠 발생여부를 종합적으로 평가하도록 검진항목을 재조정하여 적용하고 그에 따라 각 개인별 특성에 따른 건강증진 프로그램을 제공하는 것이 반드시 필요하다(윤중률 등, 2009; 윤중률 등, 2012)(그림 1).





그림 1. 종합적 노인건강수준 평가에 따른 건강증진프로그램 제공전략

#### 다. 복합만성질환 관리와 다약제복용 감소를 위한 노인주치의 제도 시행

현재의 분절적인 세부전문의 중심의 의료체계에서는 노인건강관리의 측면에서는 매우 부적절한 서비스가 제공될 수밖에 없다. 포괄적이고 지속적인 질병관리와 다학제간 의료서비스를 조정해 주는 역할을 담당할 노인주치의 제도는 반드시 시행되어야 한다.

물론 이러한 역할을 담당할 주치의는 노인의학적 지식과 술기를 가진 노인병 전문의가 가장 적절하기 때문에 장기적으로는 노인병 전문의 양성방안이 필요하지만, 노인의학 전문의 과정이 마련되지 않은 현실에서 우선적으로는 일차의료 인력에 대한 노인병 주치의로서의 소양을 강화할 교육체계가 수반되어야 한다. 이러한 기본자격을 위해서는 정기적인 노인종합평가능력(포괄적 노인평가도구 활용)을 기본으로 하여 주변 보건의로 인력과의 다학제간 협력 및 조정의 책임을 감당할 수 있어야 한다.



## 라. 아급성기 또는 급성기후 의료서비스 마련과 장기요양 연계

본인이 살고 있는 지역사회에서 최대한 독립적인 생활이 가능하도록(aging in place) 하는 것이 건강노화의 궁극적인 목표라면, 질병관리와 함께 일상생활기능이 유지되도록 하는 것이 가장 두드러진 노인특유의 의료서비스이기에 이를 담당할 의료서비스 또는 의료기관이 마련될 필요가 있다.

중증 급성질환이 아닌 만성적인 건강문제와 그에 따르는 합병증이나 기능장애 발생을 관리 하는 것이 아급성기 또는 급성기후 의료 서비스인데, 이 의료서비스에서 가장 중요한 것은 일상 생활기능 재활이라고 할 수 있다. 보행능력 및 근력의 향상, 인지기능의 유지와 향상, 골절 후유증에 따른 근골격계 문제의 해결, 낙상위험성이나 요실금 같은 건강문제의 해결 등이 이곳 에서 이루어져야 하며, 이들 의료서비스의 핵심목표는 허약노인들을 다시 가정으로 복귀시키는 것이다.

이를 위해서는 현재 장기요양 단계 전후상태에 있는 노인들을 보살피고 있는 요양병원이 그 역할을 대폭 강화할 필요가 있다. 동시에 기능상태 회복이 어려우면서 복합질환을 동시에 앓고 있는 노인들을 보살피기 위한 전문요양원(skilled nursing facility)도 필요하다.

이 두 가지 의료서비스가 마련된다면 지금보다 훨씬 부드러운 연속적 노인건강관리(continuous care)가 가능해 질 것이다(그림 2).

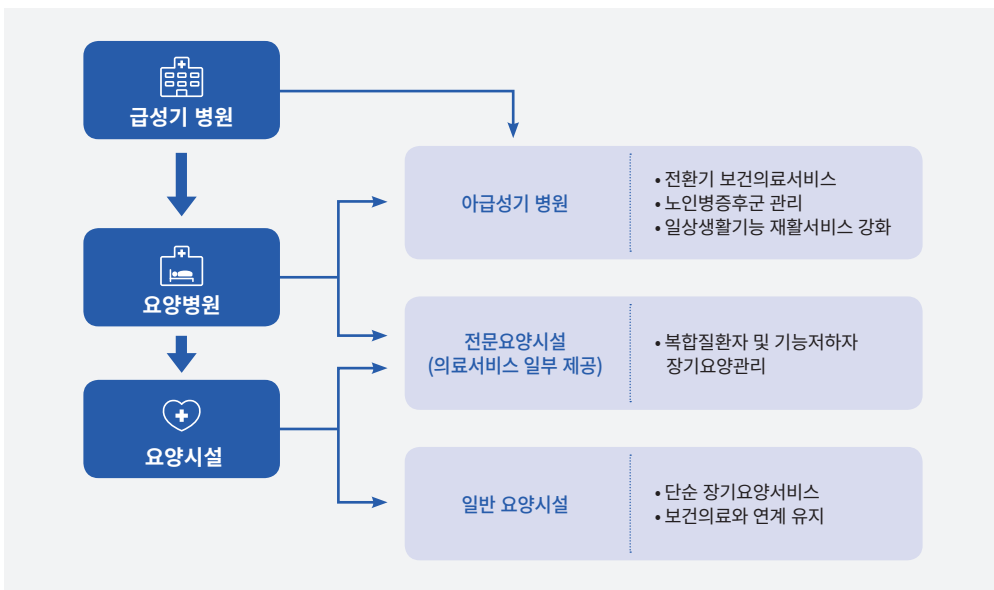


그림 2. 연속적 노인건강관리를 위한 의료서비스체계 변화 모식도

## 마. 말기의료 표준지침 마련

흔히 호스피스의료로 대변되는 말기의료가 지금까지는 말기암 환자에 국한되어 논의되어 왔으나, 고령사회에서는 비암성 노인환자들이 말기의료의 주 대상이 될 가능성이 높다.

현재까지는 회복이 어려운 후기 고령자들의 의료서비스가 주로 중환자실을 비롯한 집중 치료를 받음으로써 존엄한 죽음(well-dying)이 제대로 이루어지지 못하고 엄청난 의료비 손실을 유발하는 원인이 되어왔다.

따라서 노인의료 과정에서는 각 개인의 종말기 의료요구를 반영할 수 있는 사전의료의향서(advance directive)가 적극적으로 활용될 필요가 있다.

현재 ‘호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률’이 제정되고 있는 상황이므로, 향후 노인의료에서 사전의료의향서를 의무적으로 작성토록하는 적극적인 정책이 마련되어야 한다.

## 4. 나가며

노인건강관리의 궁극적 목표는, 아무리 나이가 들더라도 죽는 순간까지 자신이 살고 있는 가정과 지역에서 스스로의 힘으로 자립적인 생활을 영위하며 가족과 주변사회와 관계가 단절되지 않고 편안한 마음으로 생활할 수 있어서 삶의 질이 극대화되는 건강노화의 달성이다.

그럼에도 불구하고 노인들은 다양한 질병과 기능장애에 시달릴 위험이 많고 반복적인 병원 방문이나 입원이 발생하며, 그만큼 의료비 사용이 증가하고 결국에는 기능장애에 따른 요양 보호를 받을 가능성이 높다.

노인의료는 이런 가능성을 최소화하기 위한 적극적인 노력을 경주하여야 하며, 그 결과 모든 노인들의 건강노화까지는 아니라도 신체적, 정신적 안녕감을 극대화하여 삶의 질이 향상될 수 있는 방향으로 마련되고 제공되어야 한다.

이를 위해서는 지역사회 노인들을 위한 적절한 건강증진프로그램이 모든 지역에서 제공되어야 하고, 언제나 수시로 찾을 수 있는 주치의가 있어야 하며, 중증질환에 걸리더라도 모든 급성기 병원에 마련된 노인병센터를 통하여 효율적이고 바람직한 통합적 의료서비스를 제공받음으로써 원래의 생활로 복귀할 수 있어야 할 것이다. 혹시 질병이나 기능장애 때문에 고통을 받는 경우 언제든지 상담과 적절한 서비스 방안을 안내받을 수 있는 원스톱 노인보건복지 창구가 마련되는 것이 필요하고, 의존적 상태가 되더라도 자신의 거주환경에서 벗어나지 않고 의료서비스나 복지서비스를 받을 수 있는 방문진료 및 재가복지서비스를 제공받을 수 있어야 한다. 또한 타인의 도움이 필요한 상황에서도 자신의 집과 유사한 요양시설 또는 보호형 거주시설에서

안락한 죽음을 맞이할 수 있어야 한다. 이런 기본적인 건강노화 개념의 원칙을 유념한다면 향후 노인친화형 의료정책 수립에 큰 도움이 될 수 있을 것으로 보인다. X

## 참고문헌

- 김도훈,권진희,유애정,문용필. 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향: 제5권 일본편. 국민건강보험공단 건강보험정책 연구원. 2014.
- 보건복지부,한국보건사회연구원. 2014 노인실태조사. 2014.
- 윤종률,이윤환,김미영. 건강수명 연장을 위한 지역사회 노인대상 건강증진 프로그램 제공체계 모색. 2012.
- 윤종률,이윤환,조비룡,노용균,김미영,이준영. 노인 건강검진 표준 권고안 연구. 2009.
- 정영호,변루나,고숙자. 우리나라 생애의료비 분포 추정. 보건사회연구 2011;31(1):194-216.
- 통계청. 2015 고령자 통계. 2015.
- Cooper JW. Adverse drug reaction-related hospitalizations of nursing facility patients: a 4-year study. South Med J. 1999;92:485-90.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56:M146-56.
- Ma SH, Jung KY, Hong SH, Shim EY, Yoo SH, Kim MY, Yoon JL. Correlation between Frailty Level and Disability of the Elderly and Frailty Related Factors. Korean J Fam Med 2009;30:588-97.
- OECD. Health at a glance 2015. 2015.
- SNIPH(The Swedish National Institute of Public Health). Healthy Aging: A Challenge for Europe. 2006.
- WHO. World health statistics 2015.
- WHO. Aging and Life-Course Programme. 2002.