

2013-04

기본연구

# 고령사회에 대비한 노인 보건의료서비스 체계 구축 방안

고승한 · 박형근

Pending issue research

Resist research

Commissioned research

Policy research

Jeju Development Institute 제주발전연구원

기본연구 2013-04

# 고령사회에 대비한 노인 보건의료서비스 체계 구축 방안

고 승 한 · 박 형 근



## 발 간 사

우리사회의 고령화 속도가 빠르게 진행되는 가운데 고령사회와 초고령사회의 도래에 따른 다각적 대응 방안들이 중앙 및 지방정부 차원에서 모색되고 있습니다. 특히 새 정부는 맞춤형 복지정책을 국정과제로 채택하여 다양한 복지 분야의 질적 향상을 위한 보다 구체적 정책프로그램을 지원해 나갈 계획입니다. 그런 일환으로 정부는 장기적으로 초고령사회를 대비하기 위해서 행복한 노후를 위한 국가적 지원체계 구축에 힘써 나갈 것입니다.

고령사회에서 모든 노인들이 노후에 건강하고 행복한 삶을 영위해 나가는데 노인건강 증진과 관리는 중요한 필요조건입니다. 정부 혹은 지방자치단체가 노인의 건강한 삶을 보장하기 위한 보건의료서비스의 질을 향상시키려는 정책적 노력은 대단히 중요합니다.

따라서 제주지역의 노인들이 질적으로 나은 보건의료서비스를 제공받기 위해서는 노인보건의료서비스 체계를 잘 구축해 나가는 방안을 심도있게 모색하는 일이 제주특별자치도의 주요한 정책과제일 것입니다.

제주가 국제자유도시로 힘차게 발돋움하여 도민 모두가 진정으로 행복하기 위해서는 제주사회에서도 노인들의 신체적·정신적·정서적으로 건강한 삶을 영위해 나갈 때 가능한 일입니다. 비록 노후생활의 건강증진과 관리를 위한 보건의료서비스 체계 구축이 하루아침에 잘 안될지라도 이에 대한 정책적 실천 의지가 중요하리라 생각합니다.

아무쪼록 본 연구가 제주지역의 노인보건의료서비스 체계를 구축하는데 초석이 되어 제주 노인복지 정책의 질적 향상을 위해 밑거름이 되기를 바랍니다.

2013년 6월

제주발전연구원장 양 영 오



## 연구요약

### 1. 연구의 필요성과 목적

- 급격한 고령화 추세와 고령사회의 도래에 따라 제주지역에서도 노인 돌봄이 가족영역에서 사회적 영역으로 확장되는 추세임
- 그래서 고령사회 대비한 제주노인의 건강증진, 질병 및 사고예방, 그리고 당당한 노화 등에 대한 체계적 관리 체계 구축 필요
- 따라서 제주지역의 노인보건의료서비스 체계를 진단하고 향후 새로운 체계 구축을 위한 정책과제들을 제시하고자 함

### 2. 연구내용

- 고령사회의 주요특성
- 정부 및 지자체의 노인보건의료정책의 주요 내용
- 제주의 노인보건의료서비스 체계 현황과 문제점 분석
- 제주의 노인보건의료서비스 실증조사 및 분석
- 향후 제주지역의 노인보건의료서비스 체계 구축 방안

### 3. 노인보건의료복지의 주요 정책

- 국민건강보험제도와 국민기초생활보장제도
- 노인 건강진단제도, 노인 안 검진 및 개안 수술, 치매예방, 재가 노인복지서비스, 방문간호서비스 등의 정책사업 추진
- 2007년 4월 27일부터 제정된 노인장기요양보험법에 근거하여 노인요양보호 서비스 제공

### 4. 현 단계 노인보건의료서비스 체계의 재편화 방향

- 노인보건의료서비스 체계의 공공성 강화 지속
- 수요자 중심의 보건의료서비스 공급 체계 확산

- 민간 보건의료서비스 체계와의 협력 네트워크 강화
- 노인보건의료서비스 정책과 노인복지정책 연계 강화

## 5. 제주지역의 노인보건의료서비스 체계의 문제점

### 1) 노인보건의료 서비스 정책 목표와 방향의 불명확성

- 중앙정부 차원에서 설정된 사업에 대한 집행과 실무를 담당하다 보니 인력부족과 재정부담 증가로 제주특별자치도의 특성을 반영한 정책 목표와 방향이 명확하게 설정하기 힘든 실정임.

### 2) 노인 보건의료서비스 인프라 불균형

- 노인 건강증진 및 예방 사업 인프라 부족
- 만성질환 관리 사업 확대의 어려움
- 중증 및 응급 노인환자 치료 서비스 질의 상대적 취약성
- 제주특별자치도 산하 의료원 기능 재정립과 서비스 질 미흡
- 재활서비스 체계 구축을 위한 종합적·체계적 계획의 미흡

### 3) 노이 보건의료서비스 프로그램 체계의 운영상 문제

- 노인 건강증진, 예방 및 만성질환 관리 프로그램의 부족
- 도내 보건기관, 의료기관, 복지기관 등 서비스 제공 주체 간 연계 및 조정 부족
- 제주특별자치도 공공보건의료 정책 기획 및 기술지원 조직체계 구축의 미흡
- 제주특별자치도의 중증 및 응급환자 치료 서비스 질 향상 정책의 부족
- 보건의료복지와 노인복지의 연계를 담당할 행정 및 관리 구심체(조직)의 부재

## 6. 제주지역의 노인보건의료서비스 조사 결과 및 해석

### 1) 조사방법

- 구조화된 설문지에 의한 면접조사
- 조사대상 표집방법은 군락표집(cluster sample), 무작위표집(random sample), 그리고 임의표집 방법에 의존하였음.
- 최종 조사 분석대상자는 350명이고 빈도분석 방법을 이용하였음.

### 2) 빈도분석 결과에 따른 시사점

- 건강실천행위
  - 대다수 노인들이 금연하니 건강유지에 기여
  - 1/3 노인은 금주하니 나머지 노인들에 대한 금주 권유 필요
  - 규칙적 식사가 건강유지에 기여
- 건강상태
  - 무릎이 아프거나 쭈시거나 혹은 몸이 불편한 노인 절반 이상 차지
- 병리상태
  - 낙상경험 노인이 1/3 정도 차지하여 낙상 예방교육 및 신속한 치료 권유
- 신체기능 상태
  - 조사대상 노인들의 일상생활 수행행동과 도구적 일상생활 수행행동에서 정상상태를 보임
- 보건의료서비스
  - 노인 질병예방 및 치료 관련 행정기관의 역할은 4대 중증질환에 대한 지원 확충, 의료보험 적용 범위 확대, 노인전문병원 설립, 노인 돌봄 간병인 지원 확대 등에 집중되고 있음

## 7. 고령사회 대비한 노인보건의료서비스 체계 구축 방안

### 1) 노인보건의료서비스의 정책 목표와 전략 설정

- 제주특별자치도의 노인보건의료서비스의 구체적 목표 설정
- 제주특별자치도 노인보건의료서비스의 역할 및 기능 재설정
- 제주특별자치도 노인보건의료서비스 중장기 계획과 전략 수립

### 2) 노인보건의료서비스의 질적 향상

#### ① 보건의료서비스의 인프라 개선

- 보건소·보건지소 그리고 의료원(제주시, 서귀포시)의 의료시설의 첨단화, 제주권역재활병원의 개원 및 운영 지원, 공공보건의료 기획 및 기술지원 조직 신설, 응급환자(도서지역의 위급환자)의 이송체계 인프라 확충 등

#### ② 보건의료서비스 체계 운영을 위한 우수 의료인력 충원

- 은퇴한 전문의료 인력(의사)의 재능기부 활용 프로그램 운영
- 보건소·보건지소에 전문의(의사) 및 전문간호 인력의 충원
- 보건기관 및 공공병원 의사 인력 충원 및 관리체계 마련
- 방문간호사, 사회복지사, 재활치료사, 운동지도사, 영양사 등 단계적 인력 충원 체계 마련

### 3) 보건의료서비스 체계의 운영 개선 및 역량 강화

#### ① 보건·의료·복지·행정기관 등 간의 연계체계 구축

- 읍·면지역의 보건소·보건지소의 운영 개선 지원
- 노인 보건의료 예산 확대 등
- 읍·면·동지역 단위로 (가칭) 방문건강지원센터 개설

**② 건강증진, 예방 및 만성질환 관리 프로그램의 운영**

- 노인 건강증진사업(금연, 절주, 운동, 영양, 비만 등) 수행에 대한 종합계획 수립
- 노인 맞춤형 건강검진 사업과 주기적 건강검진 프로그램 운영
- (가칭) 「제주특별자치도 노인 만성질환 예방과 치료 종합대책 수립」
- 성인 및 노인 대상 만성질환 관리사업 활성화
- 노인 질병 사전예방적 보건의료 프로그램 개발 및 운영
- 관절염 등 근골격계 질환예방 및 관리 프로그램 활성화 등

**③ 독립병원을 노인 보건의료서비스 권역센터로 육성**

- 제주권역재활병원을 중심으로 한 재활서비스 네트워크 구축
- 제주의료원 내 아급성기 및 장기요양서비스 권역센터 설치 등

**4) 지역간 노인보건의료서비스의 균형 발전**

**① 산남과 산북지역의 보건의료서비스 격차 해소**

- 서귀포의료원 신축 사업의 조속 완공
- 서귀포시 지역에 건축 중인 「제주권역재활병원」의 조속 개원 및 지원
- 서귀포시 읍·면 지역의 보건소·보건지소의 시설 및 인력지원 확충 등

**② 농어촌 지역과 도시지역 간의 보건의료서비스의 격차 해소**

- 읍·면지역의 보건소·보건지소 기능과 역할의 재정립
- 읍·면지역 주민들의 맞춤형 건강예방, 관리 및 치료를 위한 관리 시스템 구축 등

## 5) 보건의료기관과 민간병원간의 네트워크 구축

### ① 지역사회 내에 공공 및 민간의료 기관 간 정보교류 협조

- 보건소·보건지소, 의료원(제주시, 서귀포시), 민간 병·의원 간에 업무협약 체결

### ② 지역사회 내에 공공 및 민간의료 기관 간의 인적교류 촉진

- 지역사회 내에 (가칭) 「제주 공공 및 민간의료기관 공동발전협의체」 구성·운영
- 공공 및 민간 병·의원 간의 전문인력 상호교류 사업 추진
- 민간의료기관과 연계된 노인보건의료서비스 운영체계 구축

## 6) 보건의료복지와 노인복지의 연계성 강화

### ① 보건의료서비스 체계와 노인복지의 연계 역할 구심체 지정

- 「제주특별자치도지역사회서비스지원단」의 역할 강화
- 보건의료서비스 담당 부서와 노인복지 담당 부서간의 칸막이 제거하여 협업 모델 구축 등

### ② 제주도내 보건의료복지와 노인복지 통합 모델 구축

- (가칭) 보건의료복지와 노인복지 통합모델 구축 방안 관련 연구사업 추진
- 보건의료복지와 노인복지 총괄하는 통합 부서 설치
- 보건+의료+복지 연계 및 통합 프로그램 개발 등

## 7) 노인 자립생활 지원 서비스 프로그램 운영 모델 구축

### ① 재가보호 및 시설 입소 최대한 지연 전략

- 자립적이고 건강한 재가노인을 대상으로 건강교육, 건강체조, 영

양유지, 스트레스 관리, 정기건강검진 실시

○ 만성질환은 있지만 자립적인 재가노인 대상으로 건강교육, 건강  
체조, 영양유지, 스트레스 조기진단, 조기치료 및 질병관리 실시

② 장기요양시설 입소의 지연 및 장기요양시설 거주 기간 축소

○ 만성질환이 있고 의존적인 노인(경증, 장애재가노인) 대상으로  
재가보호(가정간호, 질병관리, 방문재활, 주간재활) 서비스 제공

○ 만성질환이 있고 의존적인 노인(중증, 장애재가노인) 대상으로  
물리치료, 질병관리, 간병(신체수발) 서비스 제공



# 목 차

<b>제1장 연구의 개요</b> .....	<b>1</b>
1. 연구의 배경 및 필요성 .....	1
2. 연구목적 및 방법 .....	5
3. 연구의 주요내용 .....	6
4. 연구의 기대효과 .....	7
5. 연구의 한계점 .....	7
<b>제2장 고령사회와 노인보건의료복지의 주요 정책</b> .....	<b>8</b>
1. 고령사회의 주요 특성 .....	8
2. 우리나라 노인보건의료복지의 주요 정책 .....	32
3. 일본의 노인보건의료서비스 사례 분석 .....	57
4. 노인보건의료서비스 체계의 재편화 .....	66
<b>제3장 제주지역의 노인보건의료서비스 체계 현황과 문제점</b> .....	<b>71</b>
1. 노인 인구 현황 및 증가 추이 .....	71
2. 노인 보건의료서비스의 범위 .....	76
3. 제주지역 노인의 건강증진 및 예방 서비스 현황과 문제점 .....	80
4. 제주지역 노인의 급성기 의료 서비스 현황 및 문제점 .....	100
5. 제주지역 아급성기 및 재활서비스 현황과 문제점 .....	113
6. 제주지역 노인장기요양 서비스 현황과 문제점 .....	116
7. 제주지역의 노인보건의료서비스 체계의 문제점 .....	126
<b>제4장 제주지역의 노인보건의료서비스 조사결과 및 해석</b> .....	<b>133</b>
1. 조사의 설계 .....	133
2. 제주지역의 노인 대상 조사결과 분석 및 해석 .....	133
3. 빈도분석 결과에 대한 주요내용 요약 및 시사점 .....	163

제5장 향후 제주지역의 노인보건의료서비스 체계 구축 방안 .....	170
1. 기본방향 .....	171
2. 기본원칙 .....	174
3. 기본목표 .....	175
4. 기본내용 .....	175
5. 향후 정책과제 .....	176
□ 참고문헌 .....	191
□ 부    록 1 (설문조사표) .....	195
ABSTRACT .....	207

# 표 목 차

<표 2-1> 인구구조 변동 추이 및 전망 .....	9
<표 2-2> 한국의 65세 이상 고령인구 변화 추이 .....	10
<표 2-3> 전국 시·도별 노인인구 현황 비교 .....	12
<표 2-4> 부양비 및 고령화 지수 .....	13
<표 2-5> 부모 부양에 대한 견해 (65세 이상) .....	15
<표 2-6> 노년층의 주관적 건강상태 .....	17
<표 2-7> 건강보험상 의료비 추이 .....	18
<표 2-8> 받고 싶은 사회서비스 유형 분포 (65세 이상 노인) .....	20
<표 2-9> 경제활동참가율 및 고용률(65세 이상) .....	22
<표 2-10> 취업의사 및 취업 희망 이유(55~79세 고령자층) .....	23
<표 2-11> 과거와 미래 노인의 생활방식 .....	25
<표 2-12> WHO 세계고령친화도시 네트워크 가입 현황 .....	30
<표 2-13> 노인건강검진진단 항목 분포 .....	39
<표 2-14> 치매노인 수 추계 .....	42
<표 2-15> 가정봉사원과견, 방문요양 및 재가노인지원서비스의 비교 .....	52
<표 2-16> 재가노인지원서비스 내용 .....	54
<표 3-1> 제주도 노인인구 변화 추이 .....	71
<표 3-2> 노인(65세 이상)의 일반특성별 평소의 건강상태 .....	72
<표 3-3> 제주도 연령군별 주관적 건강수준 .....	73
<표 3-4> 건강보험 65세이상 노인의료비 증가 추이 .....	75
<표 3-5> 2011년 제주도민 연령대별 건강보험 이용 현황 .....	76
<표 3-6> 노인 보건복지서비스 운영 현황 .....	77
<표 3-7> 제주도 노인 보건의료업 관련 사업체 수 및 종사자 수 현황 .....	82
<표 3-8> 노인(65세 이상)의 성별 건강행위 실천율 .....	83
<표 3-9> 제주지역의 65세 이상 인구의 건강행태 현황 .....	84
<표 3-10> 2012년 지역사회건강조사 주요 건강행태 시도별 결과 비교 .....	84
<표 3-11> 연령군별 고혈압 평생 의사진단 경험률 .....	86
<표 3-12> 연령군별 당뇨병 평생 의사진단 경험률 .....	86

<표 3-13>	2011년 고혈압 환자 급여일수 전국 평균과 제주 평균 비교	87
<표 3-14>	2011년 당뇨병 환자 급여일수 전국 평균과 제주 평균 비교	88
<표 3-15>	제주도 연령군별 만성질환 및 중증질환 평생 의사진단 경험률	90
<표 3-16>	제주도 연령군별 주요 만성질환 및 낙상 경험률	90
<표 3-17>	제주특별자치도 보건의료기관 현황	91
<표 3-18>	제주특별자치도 보건소·보건지소 인력 현황	92
<표 3-19>	제주·서귀포의료원의 인력현황	94
<표 3-20>	제주·서귀포의료원의 운영 현황	94
<표 3-21>	연령군별 연중 보건기관 이용률	95
<표 3-22>	연령군별 최근 1년(365일) 동안 주로 이용한 보건기관	96
<표 3-23>	연령군별 보건기관 이용 서비스 종류	96
<표 3-24>	연령군별 보건기관의 서비스이용 만족도	97
<표 3-25>	연령군별 보건기관을 이용하게 되는 주된 이유	98
<표 3-26>	연령군별 보건기관 질병(고혈압 등)홍보·교육 경험률	98
<표 3-27>	제주도 급성기 의료 인프라 현황	101
<표 3-28>	제주도 급성기 병원 중 공공과 민간 기관수 및 병상수 비교	102
<표 3-29>	인구 10만 명당 병원수	104
<표 3-30>	인구 10만 명당 병상수	104
<표 3-31>	2011년 외래 다빈도 상병 전국과 제주 비교	106
<표 3-32>	2011년 입원 다빈도 상병 전국과 제주 비교	107
<표 3-33>	연령군별 미치료를 분포	108
<표 3-34>	병·의원 이용 및 지출 의료비	109
<표 3-35>	의료서비스 만족도	109
<표 3-36>	의료서비스 불만족 이유 (1순위)	110
<표 3-37>	의료서비스 개선사항	111
<표 3-38>	제주지역의 재활의학과 의원 및 전문의 수 현황(2013년)	115
<표 3-39>	2011년 제주도 노인장기요양보험 등급자 현황	117
<표 3-40>	제주도 장기노인요양보험 등급자 등급별	118
<표 3-41>	제주도 노인장기요양보험 등급자 등급별	119
<표 3-42>	제주지역의 노인장기요양보험 요양급여기관 현황(2011년)	120
<표 3-43>	2011년 제주도민 노인장기요양보험 급여 현황	121
<표 3-44>	제주특별자치도의 보건의료복지 관련 추진 정책	123

<표 4-1> 조사대상자의 일반적 특성 .....	136
<표 4-2> 현재 흡연 여부 .....	139
<표 4-3> 하루에 피는 흡연 양 .....	139
<표 4-4> 금연 시기 .....	140
<표 4-5> 현재 음주 여부 .....	140
<표 4-6> 1주일에 마시는 음주 횟수(일) .....	141
<표 4-7> 금주 시기 .....	141
<표 4-8> 금주에 대한 인식 .....	142
<표 4-9> 음주행위 비난에 대한 귀찮음 인식 .....	142
<표 4-10> 음주로 인한 죄책감 인식 .....	142
<표 4-11> 음주 후 다음날 해장술 여부 .....	143
<표 4-12> 정기적인 운동 여부 .....	143
<표 4-13> 현재 참여 운동 유형 (다중응답) .....	144
<표 4-14> 1주일에 하는 운동 횟수(일) .....	144
<표 4-15> 정기적인 운동 여부 .....	145
<표 4-16> 지난 1주일간 가족·친구·이웃을 만난 경험 여부 .....	145
<표 4-17> 지난 1주일간 가족·친구·이웃을 만난 횟수 .....	145
<표 4-18> 지난 1주일간 가족·친구·이웃의 방문 여부 .....	146
<표 4-19> 지난 1주일간 가족, 친구, 이웃의 방문 횟수 .....	146
<표 4-20> 지난 1주일간 가족·친구·이웃과 전화 통화 경험 .....	147
<표 4-21> 지난 1주일간 가족·친구·이웃과 전화 통화 횟수 .....	147
<표 4-22> 식사 규칙성 .....	148
<표 4-23> 신장 .....	148
<표 4-24> 체중 .....	149
<표 4-25> 건강상태에 대한 주관적 인식 .....	149
<표 4-26> 지난 1년간 경험한 증상 인식 여부 .....	150
<표 4-27> 지난 1년간 넘어진 경험 .....	151
<표 4-28> 크게 넘어진 원인(다중응답) .....	151
<표 4-29> 3개월 이상 앓고 있는 질환 유무 .....	152
<표 4-30> 3개월 이상 앓고 있는 만성질환 증상 유무 .....	152
<표 4-31> 3개월 이상 겪고 있는 질환(추가) .....	153
<표 4-32> 일상생활 수행 행동에 대한 신체기능 상태 .....	154

<표 4-33> 도구적 일상생활 수행 행동에 대한 신체기능 상태 .....	154
<표 4-34> 노인보건의료서비스 개선사항 .....	156
<표 4-35> 지난 2년간 신체검사 및 건강검진 받은 경험 유무 .....	157
<표 4-36> 건강검진 받은 장소 .....	157
<표 4-37> 복용하는 약물 .....	158
<표 4-38> 복용하는 약물(치료약) 종류 수 .....	158
<표 4-39> 복용하는 약물(비치료약) 종류 수 .....	159
<표 4-40> 복약 횟수 .....	159
<표 4-41> 의료기관 이용시 가장 불편한 점 .....	160
<표 4-42> 필요한 진료를 받지 못한 경험 유무 .....	160
<표 4-43> 제때에 진료를 받지 못한 이유 .....	161
<표 4-44> 노인들의 질병예방 및 치료를 위한 행정기관의 도움 .....	162
<표 4-45> 질병 예방을 위해 1차로 이용할 의료기관 유형 .....	162
<표 4-46> 질병 치료를 위해 1차로 이용할 의료기관 유형 .....	163

# 그림 목 차

<그림 2-1> 인구구조의 변화 유형 .....	10
<그림 2-2> 경제활동참가율 및 고용률 .....	22
<그림 2-3> 노인 안검진 및 개안수술 체계도 .....	41
<그림 2-4> 노인장기요양보험제도 운영체계 .....	45
<그림 2-5> 방문요양 서비스 체제의 변화 .....	51
<그림 3-1> 2012년 연령대별 월평균 건강보험 진료비 현황 .....	74
<그림 3-2> 노인 보건의료서비스 범위와 진행과정 .....	80
<그림 5-1> 노인건강관리사업 방향 .....	173
<그림 5-2> 방문건강센터의 네트워크 체제 .....	181
<그림 5-3> 노인 자립생활 지원서비스 프로그램 운영 모델 .....	187



# 제1장 연구의 개요

## 1. 연구의 배경 및 필요성

- 1982년 UN 주관 제1차 세계고령화총회(World Assembly on Ageing)가 비엔나에서 개최되면서 고령화 사회 현상이 주요 선진국의 국정과제로 전면에 등장하게 되었음.
- 그 이후 20년이 지난 2002년 마드리드에서 개최된 제2차 세계고령화총회에서는 고령화 사회 문제가 단순히 선진국뿐만 아니라 개발도상국에서도 중요한 국가적 의제로 인식하게 되었음.
- 한국사회도 지난 2000년에 이미 고령화사회를 넘어 2018년에 고령사회로 그리고 2026년에 초고령사회로 진입할 것으로 예상되고 있음.
- 사실상 우리나라는 급격한 압축경제성장을 거치면서 국민소득의 증가, 보건의료수준의 질적 향상, 식생활 및 영양수준의 개선 등으로 평균수명이 과거보다는 훨씬 늘어났음.
- 아울러 신생아가 앞으로 생존할 것으로 기대되는 기대수명도 과거에 비해 훨씬 길어졌음. 통계청(2012) 발표에 따르면 지난해 태어난 신생아의 평균 기대수명은 81.2년으로 나타났음.
- 이처럼 우리나라는 태어나서 ‘오래 사는 나라’로 자리매김 되면서, 중앙정부뿐만 아니라 지방자치단체 차원에서 고령사회 혹은 초고령사회에 대비한 다양한 사회정책 방안들을 마련하고 있음.
  - 특히 중앙정부는 「제1차 및 제2차 저출산·고령사회 기본계획」을

수립하여 고령사회에 대비한 체계적 준비를 해 오고 있음.

- 이에 따라 지자체들도 정부의 고령사회 정책방향과 대응 과제에 따라 고령사회 대응플랜들을 자체적으로 마련하고 있음.
- 그러나 고령사회 혹은 초고령사회에서 가장 중요한 문제는 노인들이 얼마나 ‘건강하고 활기있는 노후생활’을 행복하게 영위해 나갈 수 있는냐는 문제임. 만일 고령사회에서 노인들이 병들어 치료도 제대로 못 받고, 동시에 경제적으로 어려운 생활을 한다면 고령사회나 초고령사회는 축복이 아닌 재앙이 될 수 있다는 우려들이 제기되고 있음.
- 우리사회에서 급격한 고령화 추세와 고령화의 빠른 속도 진행에 따라 노인들의 만성질환 유병률, 치매환자, 자살, 안전사고 등이 급격히 증가하고 있음. 이에 따라 국가·사회적으로 노인 의료비 부담이 동시에 증가하여 건강보험 재정에도 영향을 주고 있음.
- 2011년 상반기의 건강보험 적용대상 노인인구 비중은 10.3%이며, 65세 이상 노인진료비는 7조 2,697억원으로 전체 진료비의 32.2%를 차지하고 있음(건강보험심사평가원, 2012).
- 그래서 100세 시대를 눈앞에 두고 초고령사회 도래에 대비하는 우리사회가 노인 건강증진, 만성질환 예방 및 치료, 노인문제, 사고, 그리고 당당한 노화(Active ageing) 등을 체계적으로 진단하고 해결하는 법적·제도적 시스템 구축이 사회보건정책 현안으로 부각되고 있음.
- 그래서 고령사회를 대비하여 보건의료 연구 R&D, 보건의료시설의 인프라 구축, 보건의료정책의 변화 등에서 새로운 접근과 전략을 새롭게 수립해야 하는 상황에 처함.

- 사실상, 노인건강은 일반 성인에 비하여 신체적·정신적 그리고 정서적 측면에 취약할 뿐만 아니라 경제적 자립 능력의 현저한 저하, 핵가족화의 팽배와 가족해체에 따른 가족부양의 감소, 그리고 사회구조의 변동에 따른 경로문화의 쇠퇴 등으로 위협받고 있음.
- 그렇기 때문에 노인건강과 질병문제는 개인이나 가족의 영역에서부터 국가 사회적 책임영역으로 넘어서고 있음. 그래서 오늘날 노인복지에서 의료복지는 매우 중요한 구성요소가 되어 버렸음.
- 특히 고령사회 혹은 초고령사회에서는 국가와 사회가 노인건강과 질병 예방 및 치료를 법적·제도적 정책수단을 통해서 건강한 노후생활을 보장해 줄 때 삶의 질을 유지하는 건강한 사회로서 위상을 갖게 됨.
- 이런 맥락에서 2013년 2월 25일 출범한 박근혜 정부는 먼저 급격한 고령화로 인한 노인 돌봄과 건강문제가 향후 사회복지 정책의 중요한 쟁점사항으로 부각될 것으로 인식하고 있음. 그러나 이에 대한 제도적 준비가 미흡하다고 판단하고 있음(보건복지부, 2013).
  - 이러한 문제인식하에 새 정부는 고령사회가 당면할 노인건강 문제를 해결하기 위해서 치매 및 영양필요 노인보호 확대와 노인의료 지원체계를 강화해 나갈 계획을 발표하였음.
- 사실상 국가가 노인의 건강과 질병문제를 공익적 관점에서 대응해 나가려는 정책영역이 바로 노인의 보건의료서비스 체계를 형성하고 유지시켜 나가려는데 있음. 다시 말해서, 국가가 노인에게 보건의료서비스를 제공하는 정책적 목표가 사회적 공익성을 지니고 있기 때문에 공적 영역(public sphere)에서 중요한 정책과제로 강조되고 있음(최정수 외, 2006).
- 그렇기 때문에 노인의 보건의료서비스 문제는 공익적 정책과제로

인식되어 보건의료서비스 체계를 국가와 지방정부에서 잘 구축해 나가려는 정책적 노력을 기울이고 있음.

- 그러나 만일 노후에 노인이 중증질환(특히 암, 중풍, 치매 등)에 걸릴 경우 의료비가 상당한 부담으로 작용하여 의료비 과다지출이 발생하면 노후생활에 상당한 경제적 어려움이 따르고, 심지어는 의료 빈민으로 전락할 가능성이 높음.
- 이런 측면에서 노후에 노인들을 위한 보건의료서비스 정책은 민간 부문의 의료시장에 전적으로 맡기면 노인들의 건강보장은 물론 노후생활의 안정을 담보할 수 없기 때문에 공공보건의료 체계 속에서 노인건강 및 관리에 정책적 관심과 실천을 보이는 것임.
- 오늘날 고령사회의 도래와 더불어 노인의 보건의료 욕구의 다양성과 양적 증대는 보건의료 서비스의 질적 및 양적 확대를 요구하는 상황에 처하게 됨.
- 물론 노인들이 고령사회 혹은 초고령사회에서 건강노화(healthy ageing)를 통해서 신체적·정신적 그리고 정서적으로 건강하고, 자립적 생활을 유지할 수 있으면서 건강문제로 사회적 차별을 받지 않는 노인의 삶의 환경을 조성하는 일이 중요함.<sup>1)</sup>
- 제주지역은 고령화가 타시·도 보다 빠르게 진행되면서 초고령사회로 빨리 진입할 것으로 예상되는 가운데 제주노인들이 ‘건강노화(healthy ageing)’로 인해서 건강상태가 좋아서 독립적이고 자율적 생활을 유지해 나가는 ‘실질적’ 장수인으로 삶을 영위해 나갈 수 있으면 우려되지 않음. 그러나 매년 노인장기요양서비스 이

---

1) 건강노화(healthy ageing)는 “노인이 신체적, 사회적, 정신적으로 건강해서 차별받지 않으면서 사회에 참여하고 독립적 삶과 삶의 질을 유지할 수 있도록 적절한 기회를 제공하는 과정”으로 정의되고 있음(Swedish National Institute of Public Health, 2007, [www.healthageing.nu](http://www.healthageing.nu))

용자, 만성질환 환자, 그리고 치매환자, 노인학대 등도 증가하고 있음.

- 특히 제주지역에 우수한 노인전문병원이 미미하고, 노인들이 수도권  
권의 우수한 병원·의료시설을 이용할 경우 부담되는 높은 의료  
비, 가족부양의 쇠퇴 및 핵가족화로 스스로 건강 돌봄이 어려운  
상황에 이르는 실정임.
- 특히 이미 초고령사회에 접어든 읍·면지역의 제주노인들이 보건  
의료 서비스 질이 좋은 우수한 병원·의료시설을 편리하게 이용  
하는데 어려움이 있음.
- 이와 더불어 제주지역에서도 독거노인이 매년 증가추세를 보이고  
있는 상황에서 독거노인들의 건강 및 질병발생에 적절히 대응하  
는 맞춤형 보건의료서비스 체계 구축이 미흡한 실정임.
- 고령사회에서 노인인구의 보건 및 의료서비스 욕구가 급격히 증  
가할 것을 예상한다면 미리 제주노인들의 노화, 질병, 사고 등에  
대한 예방 및 치유를 위한 노인보건의료서비스 체계 구축이 무엇  
보다도 필요함.
- 본 연구에서는 제주지역 노인들이 ‘건강노화(healthy ageing)’를  
할 수 있고, 아울러 보건의료서비스의 질적 개선을 위해서 보건  
의료서비스 체계 구축 방안을 모색하여 제주노인들의 노후생활의  
건강 증진과 삶의 질적 향상에 기여하고자 함.

## 2. 연구목적 및 방법

- 본 연구는 고령사회를 대비하여 제주지역 노인이 당면한 보건의료  
서비스의 질적 개선을 위해 노인보건의료서비스 체계 구축 방안을

모색하고자 함. 구체적 연구목적은 다음과 같음.

- 첫째, 노인보건의료복지 정책의 주요 내용을 파악하여 제주지역의 노인보건의료 서비스 체계의 재편화에 대한 시사점을 얻고자 함.
- 둘째, 제주지역 노인들의 보건의료서비스에 대한 인식, 욕구 그리고 개선 방안 등에 대한 실증조사를 통해서 현 단계 제주의 보건의료서비스 체계 현황과 문제점을 파악하고자 함.
- 셋째, 향후 건강노화를 위해서 제주지역 노인보건의료서비스 체계를 진단하고 새로운 체계 구축을 위한 방안을 모색하고자 함.

○ 본 연구의 연구방법은 다음과 같음.

- 문헌조사에 의한 선행연구 고찰
- 정부 및 지방자치단체 발간 통계자료 분석
- 구조화된 설문지에 의한 면접조사 및 자기기입식 설문조사
- 전문가 포럼을 통한 전문가 의견수렴

### 3. 연구의 주요내용

- 고령사회의 도래와 노인보건의료복지의 중요성
- 중앙정부 및 지방자치단체의 노인보건의료복지정책의 주요 내용
- 제주지역의 노인보건의료서비스 체계 구축 현황과 문제점
- 제주지역의 노인보건의료서비스 실증조사 및 분석
- 향후 제주지역의 노인보건의료서비스 체계 구축 방안

#### 4. 연구의 기대효과

- 고령사회 대비 노인보건의료서비스 정책의 이해 증진
- 노인보건의료서비스 체계의 질적 개선을 위한 정책 자료 제공
- 제주특별자치도 노인보건의료 정책의 효율화와 실효성 제고
- 노인보건의료서비스 체계 구축에 대한 사회적 관심 확산 계기 제공
- 제주지역 노인복지 수준과 노인의 삶의 질 향상
- 제주도내 노인보건의료서비스 분야 학술적 연구에 기여

#### 5. 연구의 한계점

- 본 연구는 제주지역에 거주하는 노인층을 대상으로 1:1 면접조사를 하였지만 조사 불가능한 대상자들에 대해서는 조사하지 못하였음.
- 노인보건의료서비스 이용실태 조사가 설문조사에 의존하기 때문에 참여관찰에 의한 노인보건의료서비스 체계의 운영에 대한 구체적 과정들에 대한 깊이 있는 조사 결과를 얻지 못하는 한계가 있음.
- 이와 더불어 노인보건의료서비스 체계 구축의 범위를 공공보건의료기관에 집중되어서 민간의료기관에 대한 내용들을 많이 다루지 못하여 노인보건의료서비스 체계를 종합적으로 분석하는데 한계가 있음.
- 따라서 향후 제주가 고령사회를 대비하여 노인들이 노후생활을 건강하고 보낼 수 있는 종합적 개선 방안에는 공공 및 민간의료시설에 대한 질적 조사방법으로써 참여관찰(participant observation)의 조사결과에 기초한 개선방안들이 보완되어져야 할 것임.

## 제2장 고령사회와 노인보건의료복지의 주요 정책

- 우리나라는 고령사회 혹은 초고령사회를 겪어 보지 않았지만 다양한 분야에서 새로운 특성과 변화들이 일어나고 동시에 그런 결과들은 정치, 경제, 사회, 문화 등의 영역에 파급효과를 창출할 것임.
- 여기에서는 고령사회(혹은 초고령사회)에서 나타나는 주요 특성과 파급효과들을 살펴보고, 아울러 노인보건의료복지의 개념 및 주요 정책 내용들을 파악하고자 함.

### 1. 고령사회의 주요특성

#### 가. 고령인구의 증가

- 고령사회 (혹은 초고령사회)에서 가장 주요한 특성은 인구의 고령화가 전체 사회에 급속히 확산되고 있다는 점임. 특히 우리나라와 같이 저출산·고령화를 심하게 겪고있는<sup>2)</sup> 국가에서 인구구조의 고령화는 결국 경제, 산업, 노동, 교육, 여가 등에 새로운 변화를 초래할 것임.
- 고령사회에서 가장 뚜렷하게 나타나는 특성이 고령인구가 급격히 증가하는 인구구조를 보이고 있음(표 2-1. 참고). 그래서 고령사회

---

2) 저출산 현상은 세계적으로 확산 추세에 있지만, 우리나라는 짧은 기간 동안에 급격한 변화를 보이고 있어서 세대간 급격한 단절현상으로 나타나고 있음. 우리나라는 1960년에 출산율이 6.0명이었으나 2010년에 1.23으로 급격 감소하였고, 동시에 1.3명 미만의 초저출산 수준이 10년 동안 장기화되고 있다는 점임. 더구나 우리나라 합계출산율이 OECD 평균에 비하여 0.5명 낮으며, OECD 국가 중 가장 낮은 수준에 머물러 있음. 반면에 우리나라는 2000년에 고령화 사회로 접어들었고, 다른 선진국(일본, 독일, 미국, 프랑스)보다 가장 짧은 기간(18년)에 고령사회에 도달할 전망이다.

에서 인구구성이 고령층으로 편중되고, 반면에 유소년 인구는 적어지는 역피라미드 형태로 변화할 것으로 예상되고 있음(그림 2-1. 참고).

- 현재의 저출산·고령화 현상이 지속적으로 진행될 경우에 2030년에는 노인인구가 전체 인구 가운데 24.3%를 차지하게 되어 노인층 인구가 전체 인구의 약 1/4를 차지할 것임.

<표 2-1> 인구구조 변동 추이 및 전망

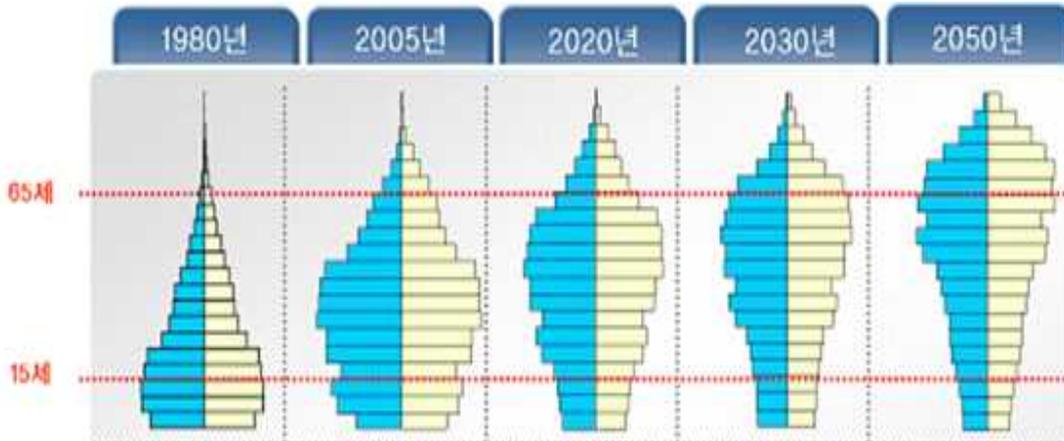
(단위 : 만 명, %)

내용 \ 년도	1980년	2010년	2020년	2030년	2050년
총인구 (A)	3,812	4,941	4,933	4,864	4,234
생산가능인구(B)	2,372	3,598	3,551	3,130	2,242
노인인구 (C)	146	545	770	1,181	1,616
C/A	(3.8)	(11.0)	(15.6)	(24.3)	(38.2)
유소년인구(D)	1,295	797	612	553	376
D/A	(34.0)	(16.1)	(12.4)	(11.4)	(8.9)

자료 : 통계청 「장래인구추계」 2012. 12.

- 저출산·고령화로 인해서 고령사회 혹은 초고령사회에서 생산가능인구가 감소할 것으로 전망되어 사회보장부담 증가와 경제성장의 둔화가 초래될 것으로 판단함.
- 고령사회와 초고령사회에서는 65세 이상 노인인구가 현재의 유소년 인구보다 거의 4배 이상 커질 것으로 예상되어 현재의 인구구조와는 상반된 형태를 보일 것으로 예측되고 있음.

<그림 2-1> 인구구조의 변화 유형



자료 : 통계청 「장래인구추계」 2006. 11.

- 우리나라에서 65세 이상의 고령인구 비율이 2026년에는 20.0%로 전망되어 초고령사회로 진입할 것으로 전망되고 있음(표 2-2. 참고).

<표 2-2> 한국의 65세 이상 고령인구 변화 추이

(단위 : 천명, %)

연도 \ 내용	2000년	2010년	2019년	2020년	2026년	2030년
총인구	47,008	49,594	50,619	50,650	50,610	50,296
65세 이상 인구	3,395	5,302	7,314	7,667	10,113	11,604
구성 비율	7.2	10.7	14.4	15.1	20.0	23.1

자료 : 통계청 「장래인구추계」 2001.

- 우리나라는 이미 2000년에 고령화사회로 진입하였고, 2018년에 고령사회로, 그리고 2050년에는 고령인구 비율은 세계 최고수준인 38.2%로 전망되고 있음.

- 이처럼 선진국들이 겪어 온 고령화 속도와는 달리 짧은 시기에 급격한 고령화로 인해서 향후 우리사회의 금융, 산업, 고용, 교육, 보건, 의료, 여가, 문화, 가족 등의 다양한 분야에서 변화들이 급격하게 일어날 것으로 전망되고 있음.
- 전국 시·도별 65세 이상 노인인구 비율 변화를 보면(표 2-3. 참고), 지난 10년 동안 노인인구 비율은 4.21%p 증가하였고, 80세 이상 노인은 약 3%p 증가, 그리고 85세 이상 노인은 1.6%p 증가 하였음.
  - 2011년 12월 말 기준으로 65세 이상 노인인구 비율이 가장 높은 지역은 전남, 경북, 전북, 강원, 충남 등의 순으로 나타남. 이들 지역들은 모두 이미 고령사회로 진입하였음을 알 수 있음.
  - 제주는 노인인구 비율이 12.6%를 차지하여 아직 고령사회로는 진입하지 않았으나 제주의 읍·면지역은 이미 초고령사회로 진입하였음(제주특별자치도, 2012).
  - 65세 이상 노인인구 가운데 80세 이상 노인층이 차지하는 비율이 높은 지역은 전남, 전북, 제주, 충남, 경북, 경남 등의 순으로 나타남.
  - 그러나 65세 이상 노인인구 가운데 85세 이상 인구 비율이 높은 지역은 제주, 강원, 전남, 충남, 경북, 전북 등의 순으로 나타남. 이러한 지역은 장수노인들이 많이 거주하는 장수지역으로 인식할 수 있음.<sup>3)</sup>
- 향후 우리나라는 고령화 속도가 더욱 빨리 진행될 것으로 전망되면 특히 농촌지역은 초고령사회로 더욱 빨리 진입할 것으로 예상되어 농촌지역의 다양한 문제(예컨대, 농업의 재생산, 가족농 계

3) 우리나라에서는 일반적으로 장수노인의 연령은 85세 이상 노인으로 일컬어지고 있음. 특히 인구 10만명당 100세 장수노인 비율은 제주지역이 15.0명으로 가장 많으며, 다음으로 전남 9.4명, 전북 8.0명, 그리고 강원과 충남이 각각 5.6명 순으로 나타남(통계청, 2010).

승, 농업인력의 고령화 및 충원, 농촌학교 폐교 등)가 발생할 것을 예상되기 때문에 이에 대한 국가 차원의 종합대책 수립이 요구됨.

<표 2-3> 전국 시·도별 노인인구 현황 비교

(단위 : 명)

구분	총인구(A)		65세 이상 인구(B)		80세 이상 인구(C)		85세 이상 인구(D)	
			B/A (%)		C/B (%)		D/B (%)	
	2000년	2011년	2000년	2011년	2000년	2011년	2000년	2011년
전국	47,732,558	50,734,972	7.03	11.24	15.12	18.11	5.67	7.26
서울	10,311,314	10,249,679	5.42	10.19	15.60	16.53	5.91	7.06
부산	3,796,506	3,550,963	6.03	11.77	12.46	15.71	4.55	5.99
인천	2,545,769	2,801,274	5.43	8.94	14.82	18.28	5.29	7.46
대구	2,524,253	2,507,271	5.90	10.37	13.78	16.19	4.97	6.06
광주	1,371,909	1,463,464	5.64	9.32	16.37	17.86	6.52	7.12
대전	1,385,606	1,515,603	5.47	8.96	15.56	17.94	5.82	7.17
울산	1,040,225	1,135,494	4.05	7.09	15.27	16.77	5.69	6.62
경기	9,219,343	11,937,415	5.69	8.98	14.87	17.79	5.53	7.26
강원	1,554,688	1,536,448	9.26	15.18	16.87	18.94	6.15	7.96
충북	1,497,513	1,562,903	9.09	13.4	15.70	18.76	5.89	7.41
충남	1,921,604	2,101,284	11.19	14.99	15.20	19.99	5.76	7.89
전북	1,999,255	1,874,031	10.29	15.58	15.63	20.04	5.89	7.66
전남	2,130,614	1,914,339	11.94	18.61	15.55	20.35	6.16	7.91
경북	2,797,178	2,699,195	10.75	15.72	16.09	19.83	5.80	7.83
경남	3,094,413	3,308,765	8.44	12.07	13.36	19.22	4.89	7.14
제주	<b>542,368</b>	<b>576,156</b>	<b>7.99</b>	<b>12.6</b>	<b>19.18</b>	<b>20.03</b>	<b>8.88</b>	<b>9.12</b>

자료: 통계청 국가통계포털(KOSIS), 「전국주민등록인구통계」 각년도.

## 나. 노인 부양비의 증가

- 고령사회에서 노인부양 문제는 사회보장 부담과 밀접한 관련성을 가지고 있기 때문에 중요함. 과거 전통사회에서 노인부양은 가족 구성원의 책임으로 전가되었으나 현대사회의 핵가족화 체제 하에서는 사회적 부양으로 변화하였음.
- 고령사회에 노인부양은 국가 재정 부담에 영향을 줄 뿐만 아니라 가족 구성원 간에 돌봄문제에 대한 새로운 가족문제로 중요하게 부각되는 쟁점 사항임.

<표 2-4> 부양비 및 고령화 지수

연도	65세 이상 인구구 성비	총 부양비	유년 부양비	노년 부양비	고령화 지수	노인 1명당 생산가능인구 (명)
2010	11.0	37.2	22.2	15.0	67.7	6.6
2020	15.6	38.9	17.2	21.7	125.9	4.6
2030	24.3	55.4	17.7	37.7	213.8	2.7
2040	32.5	74.7	18.0	56.7	314.8	1.8
2050	38.2	88.8	16.8	72.0	429.3	1.4

자료 : 통계청, 「자료인구추계」 2006 ; 통계청 「2011 고령자 통계표」

주) 유년부양비=(14세이하 인구/15~64세인구) x 100

노년부양비=(65세이상 인구/15~64세인구) x 100

노령화지수=(65세이상 인구/0~14세인구) x 100

노인 1명당 생산가능인구=15~64세 인구/65세이상 인구

\*부양비:생산가능인구(15~64세)가 부양해야 할 유년인구(0~14세), 노년인구(65세 이상)의 비율

- <표 2-4>에 나타나고 있듯이, 노인인구의 증가 추세에 따라 총 노인 부양비가 급격하게 증가하고 있음을 알 수 있음. 이는 고령화 지수가 향후 20년 동안에 거의 2~3배 증가하는 것으로 나타나 노년 부양비도 2배 이상 증가하고 있음을 알 수 있음.
- 이와 더불어 우리나라는 2010년에는 노인 1인당 생산가능인구가 6.6명이나 2020년 고령사회에서는 4.6명, 그리고 2030년 초고령사회에서는 2.7명으로 나타나 그 만큼 노인을 부양할 생산가능인구가 감소하고 있음을 보여주고 있음.
- 다른 한편으로, 저출산 현상의 확산되면서 유소년 인구의 감소로 유년 부양비는 2010년 이후 감소 혹은 둔화·정체 수준을 보이고 있음.
- 이처럼 고령사회(혹은 초고령사회)에는 생산가능인구의 감소와 노인인구의 급증으로 인해서 국가가 노인부양의 재정적 부담을 떠안게 되지만 모든 비용을 감당할 수 없음.
- 그렇기 때문에 고령사회 혹은 초고령사회로 진입한 일부 선진국의 경우에 국가의 노인부양 부담을 가능한 줄이기 위해서 정년연장제도 혹은 계속고용제도 등을 도입하고 있음. 특히 일본은 2005년 4월 1일부터 65세까지 정년연장 및 계속고용제도 도입을 법적으로 의무화하여 노인고용정책을 초고령사회에 걸맞도록 재편화하였음(고승한 외. 2012).
- 이런 측면에서 선진국들은 고령사회에서 노인부양의 경제적 재정 부담을 완화시켜 나가기 위한 중요한 정책 조치사항으로 노인고용정책을 근로연계 노인복지정책으로 변화시켜 나가고 있음.
- 고령자(혹은 노인) 고용정책을 정년연장이나 계속고용제도를 통해서 고령자 고용확보 조치들을 취해 나가고 있음. 이러한 정책 변

화는 노인복지가 근로연계(work-to-welfare)형 패러다임으로 변하고 있으며, 동시에 노후생활 안정을 위한 노후소득보장 일환으로 노인일자리 및 고용을 통한 노인부양의 경제적 부담을 경감하려는 정책적 노력이 반영된 결과임.

- 그럼에도 불구하고 아직까지 우리나라 노인들은 가족부양을 선호하며, 아울러 가족규범과 문화를 고려할 때 노인부양을 전적으로 사회적 부양에 의존하는 것은 비용만 가중시킬 개연성이 있음(한경혜, 2007).
- 그러나 노인들의 가족부양에 대한 주관적 인식 정도는 계속 감소 추세에 있고(표 2-5. 참고), 반면에 부모 스스로 해결하거나 혹은 가족과 정부·사회가 공동으로 해결해야 한다는 비율은 늘어나고 있음.
  - 2010년에 65세 이상 고령자는 부모 부양에 대하여 ‘가족이 돌보아야 한다(38.3%)’ ‘가족과 정부·사회 공동(37.8%)’ ‘스스로 해결(18.4%)’ 순으로 나타남.
  - 지난 5년 동안에 노인들이 부모 부양에 대한 주관적 인식은 가족 부양에서 본인 스스로 해결 혹은 가족과 정부·사회 공동에 의한 부양으로 변하고 있음.

<표 2-5> 부모 부양에 대한 견해 (65세 이상)

단위 : %

연도	계	부모 스스로 해결	가족	가족과 정부,사회	정부,사회	기타
2006	100.0	13.7	67.3	14.9	4.0	0.1
2008	100.0	16.5	48.1	29.9	5.5	0.0
2010	100.0	18.4	38.3	37.8	5.5	0.1

자료 : 통계청 「사회조사」 각 년도

## 다. 노인 의료비의 증가

- 현대사회에서 보건의료기술의 비약적 발전과 식량 및 영양수준의 질적 향상 등으로 사망률 감소와 평균수명의 연장은 자연스레 노인인구의 증가로 연계됨.
- 사실상 노인의 고령화가 진전됨에 따라 신체적·정신적·정서적 기능과 질병에 대한 저항력이 점차 저하되고 건강상태가 악화되어 노년기에는 각종 노인성 질환에 대한 유병률이 높게 나타나는 경향을 엿 볼 수 있음.
- 특히 우리나라 노인들은 대개 당뇨, 고혈압, 빈혈, 결핵, 고지혈증, 간질환, 심장병신장질환, 안질환(특히 백내장, 녹내장), 신경통, 관절통, 관절염, 골다공증, 뇌졸중, 안면심경마비, 천식, 위암, 치매(알츠하이머) 등의 질환에 걸리기 쉽고 이에 대한 검진, 예방 및 치료를 적절한 시기에 받지 않으면 중증으로 진전되거나 혹은 사망에 이르게 됨(고승한 외. 2008).
- 노인층의 건강상태는 연령, 계층, 성별, 지역 등에 따라 달리 나타날 수 있을 것임. 예컨대, 도시지역에서 경제적으로 부유한 젊은 노인은 그렇지 않은 경우보다 건강상의 위험에 덜 노출될 가능성이 있을 것임. 이런 측면에서 우리나라 노인들의 주관적 건강상태가 <표 2-6>에 나타나 있음.
  - 남성 노인(46.1%)이 여성 노인(29.7%)보다 건강이 더 좋은 것으로 인식하고 있음.
  - 60~64세의 노년층(39.2%)이 75세 이상의 노년층(25.6%) 보다 더 건강하다는 주관적 인식을 보여주고 있음.

&lt;표 2-6&gt; 노년층의 주관적 건강상태

구분	매우 좋다	좋다	보통	나쁘다	매우 나쁘다
남성	10.8	35.3	21.3	20.8	11.6
여성	3.3	26.4	19.2	33.1	18.1
60~64세	6.7	32.5	22.9	27.4	10.4
65~69세	6.6	32.4	18.5	27.9	14.6
70~74세	6.3	30.0	20.3	28.6	14.8
75세 이상	4.7	20.9	16.2	30.0	28.1

자료 : 김귀환 외, 「노인복지론」 2006. p: 42.

- 따라서 고령사회 혹은 초고령사회에서 노인층의 건강을 잘 유지·관리 그리고 각종 질환의 예방·치료를 위해서는 노인들에게 질 좋은 보건의료서비스를 제공할 필요가 있음.
- 우리나라는 2000년 7월 1일에 국민건강보험제도가 출범하면서 노인들도 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활 등과 관련된 의료서비스를 법적으로 받을 수 있는 계기를 마련하게 됨.<sup>4)</sup>
- 그렇지만 고령화의 급속한 진행과 확산은 결국 국민건강보험에서 지불하는 노인의료비 부담액뿐만 아니라 개별 노인의 의료비 증가를 촉발시켜 오고 있음.
- <표 2-7>은 2005년 이후 건강보험상 전체 의료비 가운데 노인(65세 이상)들의 의료비 지출 추인을 보여주고 있음.

4) 국민건강보험의 적용대상은 모든 국민으로 직장가입자와 지역가입자로 구분됨. 직장가입자는 크게 일반 근로자 사업장(상시 1인 이상의 근로자를 사업장에 고용된 근로자와 사용자)과 공·교 사업장(공무원, 교직원으로 임용 또는 채용된 자)로 구성되어 있음. 반면에, 지역가입자는 지역가입자와 그 피부양자 및 의료보호 대상자를 제외한 사람을 포함하고 있음.

<표 2-7> 건강보험상 의료비 추이

연도	전체의료비	(단위 : 억원, %)	
		65세 이상	구성비(%)
2005	247,968	60,556	24.4
2006	285,580	73,931	25.9
2007	322,590	90,813	28.2
2008	350,366	104,904	29.9
2009	394,296	120,391	30.5
2010	436,570	137,847	31.6
2011	460,760	148,384	32.2

자료 : 건강보험심사평가원. 「2003년 건강보험심사평가통계연보」, 「2004년 건강보험심사통계지표」 「2005년~2007년 건강보험통계지표」, 「2008~2011년 진료비통계지표」 통계청, KOSIS 「2012 고령자 통계」

주) 의료비는 심사실적 기준의 요양급여비임

- 2005년에 전체 의료비 가운데 노인의료비 지출액이 차지하는 비율이 24.4% 이었으나, 6년이 지난 2011년에 32.2%를 구성하여 32.0%p 증가한 것으로 나타남.

○ 고령사회(혹은 초고령사회)의 도래와 더불어 노인의료비는 꾸준히 증가할 것이고, 동시에 우리나라 전체 의료비 가운데 노인의료비 비중은 현재 보다 더욱 클 것으로 예상됨.

## 라. 노인 사회서비스의 수요 증가

○ 우리나라는 사회경제적 여건 변화에 따라 사회서비스의 수요가 급증해 왔음. 그러나 사회서비스의 공급은 수요에 충족할 만큼 충분하지 못하여 부족하였음.5)

5) 사회서비스는 광의로는 공공행정, 국방, 의료서비스, 교육서비스, 사회복지

- 사실상, 우리나라의 공공 복지체계가 주로 소득보장정책에 초점을 맞추어 그런 정책의 범위와 내용이 확대되어 온데 비하여 상대적으로 보편적 사회서비스 지원정책의 확대는 저조하였음.
- 특히 노인 보건의료분야에서도 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 보편적 서비스를 제공하는 계기가 마련되었으나 민간서비스 시장에 의한 요양 치료 중심의 접근에 머물러 고령화 및 만성질환 증가에 대응하는 사전 예방적 투자는 부진한 실정임(남진열, 2007: 15). 그래서 민간시장에서 제공되기 어려운 방문보건 정신건강, 만성질환 관리 등의 노인 공공보건의료 서비스 분야에 대한 투자와 정책적 관심과 인식이 부족하였음.
- 더구나 고령사회에서는 노인에게 공급되는 다양한 사회서비스 수요가 증가할 것으로 예상됨. 그래서 절대 대다수의 노인들이 정부로부터 사회서비스를 받기를 원하는 것으로 나타남(표 2-8. 참고).
  - 2009년도에 65세 이상 노인의 81.7%가 정부 등으로부터 사회서비스를 받기를 원하고, 특히 ‘건강검진’ 과 ‘간병서비스’ 를 가장 많이 선호하는 것으로 나타남.
  - 2011년도에는 65세 이상 노인들 가운데 94.9%가 정부로부터 사회서비스를 받기를 희망하고 있고, 특히 ‘건강검진’ 과 ‘간병서비스’ 를 가장 많이 선호하는 것으로 나타남.
  - 남성 노인은 여성노인 보다 건강검진과 취업알선을 더 원하고 있고, 반면에 여성노인은 남성노인에 비하여 간병서비스를 더 희망하고

---

서비스를 포함하는 개념이며, 협의로는 사회적 보호와 유사한 개념으로 지역사회에 거주하는 장애, 질병 혹은 취약성을 가진 사람들에 대한 원조를 말하는 것으로 이해되고 있음(정경희 외, 2006). 더구나 정부의 사회서비스 지원 정책을 기획한 부서(기획예산처 사회서비스향상기획단, 2006)에서는 사회서비스란 개인 또는 사회전체의 복지 증진 및 삶의 질 제고를 위해 사회적으로 제공하는 서비스라고 정의되고 있음.

있음을 알 수 있음.

- 연령별로 노인들의 사회서비스 희망 유형을 보면, 연령이 많을수록 사회서비스를 더 희망하고 있으며, 그 가운데 간병서비스, 목욕서비스, 가사서비스, 이야기상대 등을 더 원하고 있음. 한편, 연령이 높을수록 건강검진과 정보화 등의 교육서비스를 덜 원하고 있음.

<표 2-8> 받고 싶은 사회서비스 유형 분포 (65세 이상 노인)

구분	계	(단위 : %)											
		받고 싶음	소계	간병 서비스	목욕 서비스	가사 서비스	식사 제공	이야 기상 대	취업 알선	건강 검진	취미 프로그램	정보 화 각 종 교 육	기타
2009년	100.0	81.7	100.0	26.0	1.8	14.2	4.0	2.8	8.1	35.4	6.1	1.1	0.5
남 자	100.0	79.6	100.0	24.6	1.5	10.1	3.4	1.8	12.6	36.7	7.0	1.7	0.5
여 자	100.0	83.2	100.0	27.0	2.0	16.8	4.4	3.5	5.2	34.5	5.4	0.6	0.5
65~69세	100.0	79.7	100.0	20.1	1.2	12.6	3.1	1.9	13.2	38.6	7.1	1.9	0.3
70~79세	100.0	82.5	100.0	27.2	2.1	14.6	3.9	2.9	6.4	35.5	6.1	0.7	0.6
80세 이상	100.0	84.4	100.0	36.9	2.7	16.4	6.7	5.0	1.9	26.7	3.1	0.1	0.4
2011년	100.0	94.9	100.0	28.5	2.3	15.9	3.8	1.9	7.8	33.3	5.2	1.0	0.4
남 자	100.0	94.1	100.0	26.9	2.0	10.3	3.2	1.3	11.3	36.5	6.3	1.6	0.4
여 자	100.0	95.5	100.0	29.6	2.5	19.7	4.2	2.2	5.5	31.0	4.4	0.6	0.3
65~69세	100.0	94.4	100.0	24.5	1.4	12.8	2.4	1.2	13.2	36.1	6.5	1.6	0.2
70~79세	100.0	94.9	100.0	28.2	2.0	17.2	4.0	1.5	6.7	34.1	4.8	0.9	0.5
80세 이상	100.0	96.0	100.0	36.0	4.6	17.7	5.6	3.9	1.4	26.0	3.8	0.5	0.4

자료 : 통계청, 「사회조사」 각 년도.

- 노인들은 2년 전보다 사회서비스를 정부로부터 받고 싶어하는 비중이 무려 13.2%p 증가하였음. 이러한 급격한 증가 추세는 노인들이

그 만큼 정부로 부터의 다양한 사회서비스 제공이 노후생활 유지에 더욱 절실히 필요하다는 것을 반영하고 있음.

- 특히 고령화 속도가 더욱 빠르게 진행되어 노인층 인구가 급격히 증가하는 농촌지역 노인들의 사회서비스 수요 증가가 급격히 일어날 것으로 예상되기 때문에 이에 대한 대책을 강구할 필요가 있음.

#### 마. 사회참여 활동의 증가

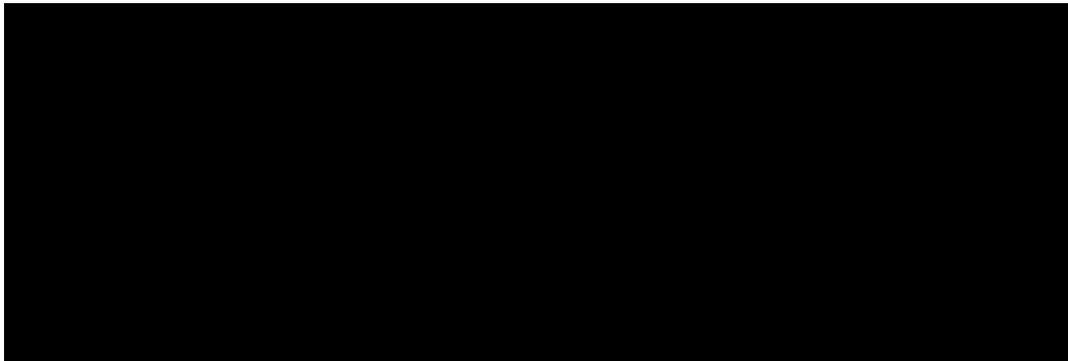
- 과거 전통사회에서 우리나라 노인들은 은퇴 후에 거의 사회활동에 참여하지 않고 집에서 손·자녀를 돌보면서 집안에 머무르는 경향이 강하였음. 그러나 고령사회에서 노인들은 기존의 가치와 생활 방식에서 벗어나 사회참여에 적극 관심을 보이고 있음.
- 그래서 은퇴 후 노년기에 사회활동 참여는 노후생활의 여러 분야에 긍정적 영향을 주고 있음(김욱, 2007; 이윤환, 2007). 노년기에 사회활동 참여는 노인의 건강과 생활만족도, 자아실현의 욕구 충족, 노인문제(빈곤, 소외, 등) 해결, 그리고 사회통합과 지역사회 발전에 도움을 주고 있음.
- 특히 최근에는 평균수명이 과거보다 훨씬 연장되고,<sup>6)</sup> 그리고 직장 생활에서 은퇴 후에도 건강하면 사회활동(특히 경제활동 및 취업)에 적극적으로 참여하는 실정임.
- 우리나라의 65세 이상 노인들의 경제활동참가율은 2010년에 29.4%

6) 한국인의 평균수명 연도별 추이를 보면, 1970년도 남자 58.6세, 여자 65.5세, 1980년도 남자 61.7세, 여자 70.0세, 1990년도에 남자 67.2세, 여자 75.5세, 2000년 남자 72.2세, 여자 79.6세, 2010년도 남자 77.2세, 여자 84.0세, 그리고 2011년도 남자 77.6세, 여자 84.5세로 나타남(통계청, 2012). 그래서 2012년 기준으로 한국인의 평균수명은 81.2세로 보고되고 있음.

로 전년도의 30.1%에 비해 다소 감소하였으나, OECD 국가 가운데 아이슬란드(32.2%)에 이어 두 번째로 높은 수준임.

- 우리나라의 노인인구의 경제활동참가율을 살펴보면(표 2-9. 참고), 2000년도 이후 하락하여 2003년에 28.7%로 가장 낮았던 이래 2007년에 31.1%까지 계속 증가하다가 2008년부터 다시 하락하기 시작함.

<그림 2-2> 경제활동참가율 및 고용률



<표 2-9> 경제활동참가율 및 고용률(65세 이상)

(단위 : %)

구 분	전 체		남 자		여 자	
	경제활동참가율	고용률	경제활동참가율	고용률	경제활동참가율	고용률
2000	29.6	29.4	40.7	40.3	22.8	22.7
2003	28.7	28.6	39.8	39.6	21.5	21.5
2005	30.0	29.8	41.2	40.8	22.4	22.4
2007	31.3	31.1	42.8	42.5	23.3	23.3
2008	30.6	30.3	41.8	41.4	22.9	22.8
2009	30.1	29.7	41.5	40.8	22.2	22.1
2010	29.4	28.7	40.6	39.5	21.7	21.2

자료 : 통계청, 「경제활동인구연보」 각 년도

- 2000년 이후 노인(65세 이상)들의 경제활동참여율과 고용률이 거의 30%대 수준이고, 그리고 남성 노인들의 경제활동참가율과 고용률은 거의 40% 수준이고, 여성 노인들은 거의 20% 수준을 보이고 있음.
- 노인들이 취업할 수 있는 노동시장 여건이 좋지 않음에도 불구하고 고령자층(55세~79세)의 취업 희망자 비율은 2011년에 58.5%를 차지하여 전년 60.1%에 비해 1.6%p 감소하였으나 아직까지 절반 이상의 노인들이 장래에 취업을 원하는 것으로 나타남(표 2-10. 참고).

<표 2-10> 취업의사 및 취업 희망 이유(55~79세 고령자층)

	계	장래 근로 원함	(단위 : %)						
			소계	일하는 즐거움	생활비 보탬	사회가 필요로 함	건강 유지	무료 혜서	기타
2009.5	100.0	57.6	100.0	33.6	56.6	1.9	2.6	5.0	0.2
2010.5	100.0	60.1	100.0	33.5	56.8	2.4	2.2	4.9	0.3
2011.5	<b>100.0</b>	<b>58.5</b>	<b>100.0</b>	<b>35.5</b>	<b>54.9</b>	<b>2.4</b>	<b>2.2</b>	<b>4.8</b>	<b>0.3</b>
남 자	100.0	72.0	100.0	39.6	<b>50.4</b>	3.4	2.3	4.1	0.1
여 자	100.0	46.8	100.0	30.0	<b>60.8</b>	1.0	2.2	5.6	0.4

자료 : 통계청, 「경제활동인구조사 부가조사(고령층)」 각년도

- 이처럼 취업을 희망하는 고령층(55~59세)이 일하기를 원하는 주요 이유는 ‘생활비에 보탬이 되어서(54.9%)’가 가장 높았고, 다음은 ‘일하는 즐거움 때문(35.5%)’으로 나타남.
- 성별로는 남자의 취업 희망 비율(72.0%)이 여자(46.8%)보다 훨씬 높았으며, 특히 여자 취업희망자의 60.8%가 ‘생활비에 보탬이 되기 때문’에 일하기를 희망하고 있음.
- 우리나라의 노인 사회참여 활동(특히 취업 및 고용) 활성화를 위해서는 노인일자리 사업의 활성화와 연계되어야 할 것임.

## 바. 새로운 노인문화 형성

- 고령사회는 우리가 겪어보지 않은 사회이기 때문에 노인들의 생활방식이 과거 혹은 현재와는 많이 달라질 것임. 우리사회의 다양한 분야(가치, 의식, 인구, 경제, 산업, 교육, 가족, 의료, 주거, 여가, 문화 등)에서 새로운 변화가 예상되기 때문에 이런 변화에 따른 노인문화가 새롭게 태동될 것임.
- 고령사회에서 가족구조가 기존의 핵가족 구조에서 벗어나 새로운 가족 모습을 띠는 것이고 가족을 중심으로 한 생애주기 비중이 크게 높아질 것으로 기대되고 이와 더불어 가족생활 자체도 변화할 것임(한국여성정책연구원, 2011).
  - 다양한 혼인 형태가 존재할 것이고 배우자 관계에서도 재혼, 삼혼 증가 등으로 가족 구성에 복잡성과 다양성의 변화가 올 것임.
  - 은퇴기간의 증가로 말미암아 사회참여하는 가족 구성원들이 많아질 것임.
  - 다양한 삶의 형태가 존재하여 함께 살지는 않지만 실질적 배우자 관계를 형성하여 생활하는 사람들이 상당수 증가할 것으로 예상됨.
  - 인생의 후반기가 연장되어 노인 부부가구 혹은 노인 단독가구가 증가하여 노인생활의 내용과 세계가 새롭게 전개될 것임. 특히 노인들 스스로 자족적 혹은 자립적 생활이 가능하도록 일과 주거환경 여건이 새롭게 조성될 것임.
  - 또한 대가족이나 직계가족 형태는 감소하고 반면에 부부가족 혹은 1인 가구가 증가할 것임.
  - 가족의 규범적 구속력이 현재보다 더욱 약화될 것이고 그것에 따라 결혼률도 동시에 감소할 것임. 그래서 독신가구(혹은 1인 가구)들도 증가할 것이고, 이들 소비자층을 대상으로 하는 다양한 상품

개발과 마케팅 전략들이 새롭게 등장할 것임.

- 전홍택 외. (2011)에 따르면, 우리사회의 모든 제도와 시스템이 여전히 ‘80세 시대’에 맞추어져 있음. 다시 말해서, 개인이 일생을 살아가는 과정이 출생, 교육, 취업, 결혼, 가족생활, 정년퇴직, 은퇴생활 및 사망과 관련되어 있음.
- 80세 시대에는 노인층 대상으로 국가가 노인의 소득, 건강·의료, 주거, 노동, 주거, 여가 등을 주요 정책영역으로 삼아 다양한 정책 지원 사업을 추진하였음.

<표 2-11> 과거와 미래 노인의 생활방식

분야	과거의 노인층	미래의 노인층
심신상태	병약, 어둡고, 고집 센	건강, 밝고, 유연함
생활의식	보수적, 비관적인 인생관	합리적, 미래지향적 인생관
노년기의 인식	인생의 종말기	자기실현의 기회, 제 3의 인생
삶의 태도	검약, 소박, 무 취미	여유, 즐김, 개성있는 다양한 취미
독립성	자녀의 의지, 독립성 약함	배우자/사회시스템의 의지, 독립성 강함
노후설계	자녀세대에 의존	계획적인 노후설계, 독립세대유지
가치관	노인은 노인답게	나이와 젊음은 별개
레저생활	여가는 수단	여가자체의 가치부여
자산처분	자손에게 상속	자기를 위해 사용
여행행태	친목단체 등 단체여행	여유있는 부부여행
취미생활	게이트볼 등 노인끼리 교류	취미의 다양화, 다른 세대와 교류
생활스타일	한국전통식 생활	타문화 교류적 생활
유행감각	둔함, 후기 추종자	예민, 초기 수용자

자료 : 고승한 외. 「장수이미지 브랜드 구축을 위한 장수인 분포 조사」 2009. p. 14. 재인용.

- 초고령사회에서 노인세대는 과거의 노인생활과는 달리 역동적이고 자기실현의 기회를 가져 제2의 인생을 설계하여 생활해 가려는 경향이 있음(고승한 외. 2009: 재인용). 우리사회에서도 앞으로 과거 노인과는 달리 새로운 노인상과 노인생활 모습이 나타날 것으로 전망되고 있음(표 2-11. 참고).
- 고령사회(혹은 초고령사회)의 노인들은 과거 전통적 노인들과는 달리 개방적이고, 건강하고, 밝고 그리고 유연한 태도를 가지고 자유롭고 독립적 생활을 할 것임.
- 과거 노인들은 은퇴를 하면 바로 인생의 종말기로 인식하여 죽음을 맞이하는 시기로 노년기를 인식하였으나 고령사회에서 노인들은 보다 역동적이고 새로운 일을 하는 생활관이나 세계관을 가질 것임.
- 특히 노인들이 노후설계를 젊은 시절부터 잘 계획하여 노년에 여가 문화생활을 즐기고 자신을 위한 취미, 유행, 여행 등에 더욱 관심을 가질 것임.
- 과거 전통적 생활에 익숙한 노인은 노인답게 생활하고 행동해야 한다는 고정관념을 갖고 있지만 고령사회의 노인들은 나이와 젊음은 별개의 것으로 인식하여 당당하고 건강하게 생활하게 됨.
- 과거의 노인 세대들은 죽음에 대한 준비를 자녀 혹은 자손들에게 맡기는 경향이 있지만, 고령사회에서 노인들은 자신의 죽음에 대해 보다 체계적 준비를 하는 경향이 강함. 따라서 노인의 죽음에 따른 장례문제가 가족의 영역에서 국가 혹은 사회의 영역으로 변화할 것임.

#### 사. 새로운 성장동력산업의 등장

- 고령사회 혹은 초고령사회는 새로운 성장동력을 추동할 산업군을 태동시키는 사회경제적 여건을 갖추고 있음. 왜냐하면 고령사회의

노인들은 새로운 소비층을 형성할 것이기 때문임.

- 이와 더불어 새로운 노인층들의 소비욕구를 충족시켜 주기 위한 제품이나 서비스를 생산하는 새로운 경제·산업 활동이 고령사회의 경제활동과 성장에 영향을 줄 것임.
- 바로 그러한 신성장동력 산업이 바로 고령친화산업인데 우리나라는 아직 고령사회도 아직 도래하지 않았지만 고령친화산업에 대한 파급효과에 대한 전망을 내놓고 있음(이건직, 2012).
  - 고령친화산업(예, 요양, 기기, 정보, 여가, 금융, 주택, 한방, 농업 등)의 시장규모가 2002년에 12.8조원에서 2010년에 43.9조원, 그리고 2020년에 148.6조원에 이를 것으로 전망되고 있음.
  - 고령친화산업 발전에 따른 취업유발효과계수에 의한 고용인력은 2002년에 23만명, 2010년 45만명 그리고 2020년에 69만명으로 증가할 것으로 전망되었음.
- 초고령사회에서 고령친화산업이 새로운 성장동력산업으로써 기능과 역할을 제대로 할 경우 경제성장과 고용효과 증가에 기여할 것이라는 것임. 그런 맥락에서 중앙정부는 2007년에 「고령친화산업육성법」을 발효시켜 14개 산업분야(요양, 기기, 정보, 금융, 주택, 한방, 농업, 교통, 식품, 의료, 교육 등)에 34개 품목에 대한 육성과 지원을 해 오고 있음. 더 나아가 고령친화산업의 육성은 박근혜 정부에서도 국정과제로 채택되어 향후 다양한 정책지원 사업들이 추진될 것임.
- 우리나라가 고령사회에서 새로운 성장동력산업으로서 고령친화산업을 발전시켜 나가는 데는 강점과 약점 그리고 기회와 위협요소를 동시에 갖고 있음(현외성, 2007).
  - 강점요인 : 세계최고의 IT기반 시설, 전자 반도체 산업의 경쟁력 보유, 우수한 제조기술 및 기반 보유

- 약점요인 : 전문실무 인력 부족, 영세한 고령친화산업체 현황, 관련 법령 미비, 표준 및 소비자 보호체계 미비, 제도적 지원 미비
  - 기회요인 : 고령인구 급증 국민소득 향상 및 건강에 관한 관심 증대, 고령친화산업 활성화를 위한 정부의 지원의지 확대
  - 위협요인 : 선진국 고가 제품과 중국 등의 저가 공세, 선진국의 고령친화산업 관련 정책적 지원 및 투자 선행, 국내 의료복지 서비스 시장 개방정책
- 고령친화산업은 기존 산업과 전혀 다른 새로운 산업 분야는 아니고 그 동안에도 있어 왔지만 고령사회(혹은 초고령사회)에서 과거보다 훨씬 증가한 고령자의 소비층을 대상으로 하는 제품과 서비스 생산·유통·판매 활동이 과거 보다 확장된 산업 분야로 이해할 수 있음.

#### 아. 고령친화도시의 조성

- 고령사회 혹은 초고령사회에서 도시발전은 고령친화적 특성을 고려한 도시계획이나 주거환경 조성과의 밀접한 관계를 가질 것임. 왜냐하면 정주지역에서 노인인구의 증가는 생활환경의 변화를 초래하기 때문임.
- 고령친화도시(Ageing Friendly City, AFC)는 인구의 고령화가 세계적 추세로 나타나 이에 세계가 함께 대응해야 할 국제적 정책의제로 인식되었고, 동시에 고령사회(혹은 초고령사회)에서 고령친화도시 조성에 대한 논의는 자연스런 사회정책적 관심사로 변화하였음(WHO, 2006; 임병우, 2010b).
- 그래서 고령친화도시의 출현 배경은 선진국들이 고령사회 혹은 초

고령사회로 진입함에 따라 노인인구의 증가와 도시화에서 기인하고 있음. 더구나 앞으로 개발도상국의 노인인구 비율과 도시화 확산은 고령친화도시 조성에 영향을 주고 있음(김선자, 2010; 서울시 복지재단, 2010b).<sup>7)</sup>

- 60세 이상 노인의 비율은 2006년 11%에서 2050년에는 22%로 증가할 것으로 전망함. 특히 개발도상국의 노인인구 비율은 60%에서 80%까지 육박할 것으로 예상됨.
  - 지구촌의 60세 이상 인구구성비는 2006년 11%에서 2050년 22%까지 증가할 것으로 전망함.
  - 특히, 개발도상국의 고령화에 주목함. 아시아와 라틴아메리카의 경우 2006년 9%이던 노인인구가 2050년에는 24%로 증가할 것으로 예측함.
  - 인구가 천만 이상인 도시를 메가시티라고 함. 20세기에는 이러한 메가시티가 2개이었으나 21세기로 진입하면서 20개로 늘어남.
- 그러나 고령사회에서 고령친화도시는 ‘노인들이 많이 모여서 거주하는 도시’가 아니고 다양한 거주환경 여건(외부공간, 건물, 교통, 주택, 사회참여, 사회통합, 시민참여, 고용, 의사소통, 정보 지역사회 보건 등) 속에서 나이가 드는 것이 불편하지 않는 도시, 연령에 상관없이 누구나 살기 좋은 도시, 평생을 살고 싶은 도시 등의 의미로 인식되고 있음(고승한·임병우, 2011).
- 세계보건기구(World Health Organization, 이후 WHO)가 주도하는 세계 고령친화도시(Global Ageing-Friendly City) 네트워크에 가입한 국가는 2012년 2월말 기준으로 전 세계의 15개국에 46개 도시임(표 2-12. 참고).

---

7) 고령친화도시의 출현 배경에 대한 내용은 고승한·임병우(2011)를 참고할 것.

<표 2-12> WHO 세계고령친화도시 네트워크 가입 현황

(2012. 2. 기준)

	개별 도시	국가		개별 도시	국가
1	라 플라타	아르헨티나	24	세투발	포르투갈
2	캔버라	호주	25	포르토	포르투갈
3	멜빌	호주	26	바르셀로나	스페인
4	워넘블 (빅토리아주)	호주	27	도노스티아-산세바스티안	스페인
5	브뤼셀	벨기에	28	만레사	스페인
6	에드몬튼	캐나다	29	빅토리아-가스테인즈	스페인
7	웰랜드 (온타리오주)	캐나다	30	사라고사	스페인
8	런던 (온타리오주)	캐나다	31	빌바오	스페인
9	사니치	캐나다	32	제네바	스위스
10	워털루	캐나다	33	뉴욕 (뉴욕주)	미국
11	치치하얼	중국	34	포틀랜드 (오레간주)	미국
12	맨체스터	영국	35	디모인 (아이오와주)	미국
13	양제	프랑스	36	로스알토스시 (캘리포니아)	미국
14	바레독	프랑스	37	로스알토스힐즈타운 (캘리포니아주)	미국
15	베이	프랑스	38	썬더베이 (온타리오주)	캐나다
16	까흐끄푸	프랑스	39	오타와 (온타리오주)	캐나다
17	릴	프랑스	40	아키타	일본
18	리모네스뜨	프랑스	41	탐페레	핀란드
19	리옹	프랑스	42	필라델피아 (펜실베이니아주)	미국
20	콰첸하임	프랑스	43	빅	스페인
21	렌	프랑스	44	킹스톤 (온타리오주)	캐나다
22	브장송	프랑스	45	보룬다라	호주
23	리스본	포르투갈	46	빌르뇌브호로	프랑스

자료 : 이상철 “서울시 WHO 세계고령친화도시 가입 추진성과와 기대효과.”

「제3회 제주장수문화포럼 초청 강연」 발표자료집. p. 24.

- 아시아 국가 가운데 WHO 세계고령친화도시 네트워크에 가입된 국가는 중국(치이하얼시)과 일본(아키타시) 2개국뿐이고 서울특별시가 가입을 위한 준비를 하고 있음.
- 우리나라도 고령사회 혹은 초고령사회로 진입하는 과정에서 지방자치단체들이 WHO 세계고령친화도시 네트워크 가입에 큰 관심과 실천을 보일 것이고, 이를 통해 ‘누구에게나 살기 좋은 정주환경을 갖춘 도시’를 조성함으로써 지역경쟁력을 세계적으로 확산하는 효과를 창출할 것임.
- 따라서 앞으로 고령사회 혹은 초고령사회의 도시발전은 고령친화도시의 특성을 갖춘 생활정주환경의 조성 여부에 영향을 받을 것이고, 동시에 다른 연령층이나 사회적 집단(특히 아동, 여성, 장애인 등)의 사회적 약자들에게도 주거복지의 질적 개선을 위해서도 긍정적 파급효과를 미칠 것임.

## 2. 우리나라 노인보건의료복지의 주요 정책

- 고령사회의 도래는 우리나라의 사회복지정책 전반에 변화를 미칠 것임. 특히 노인복지정책은 고령사회에서 노인들의 삶의 질적 변화를 위해 소득보장, 의료보장, 고용보장, 주거보장 그리고 재가노인복지서비스 분야 등의 정책적 변화를 해 왔음.
- 중앙 및 지방정부가 고령사회에서 노인들의 건강관리 및 질병 예방·치료와 관련된 공공보건의료복지 정책을 어떻게 수립하여 실천해 나가느냐에 따라 노인뿐만 아니라 일반 국민의 삶의 질적 개선과 밀접한 관계가 있음.
- 현재의 노인의 보건의료복지 정책은 과거의 다양한 의료보장 및 재가복지서비스 정책 변화와 연계 발전되어 왔고 앞으로 발전 가능성을 함의하고 있음.
- 여기서는 노인 보건의료복지의 의의 및 필요성 그리고 주요 추진 정책 내용을 중심으로 살펴보고자 함.

### 가. 노인보건의료복지의 의의 및 개념

- 고령사회 (혹은 초고령사회) 혹은 초고령사회에서 고령층 인구는 젊은층에 비하여 신체적·정신적·정서적으로 더 허약하여 각종 만성질환을 앓고 있거나 혹은 다른 질환에 감염될 가능성도 크다고 인식됨.
- 노인층 생애주기별로 건강관리와 질병 예방 정도에 따라 노인들의 건강상태가 달리 나타나겠지만 대체로 연령이 높을수록 독거노인, 낙상노인, 와상노인, 만성질환 노인 그리고 치매증의 요보

호 노인이 되기 쉬움.

- 노인들의 노화에 의한 신체적 허약 혹은 각종 사고 혹은 질환 등으로 사망할 때 까지 다른 사람의 도움 그리고 공공 보건의료체계로부터 보호를 받을 필요가 있음.
- 노인보건의료복지 정책은 노인의 건강권 유지와 의료보장의 최소한의 권리 차원에서 중앙 및 지방정부에 의해 제공되어야 하는 정책임.
- 아울러 노인보건의료복지 정책은 노인의 부양문제 해결, 노인 진료비의 감소, 노인빈곤문제 해결, 세대통합 및 사회통합 등에도 영향을 주기 때문에 사회·경제적 의미성을 가지고 있음.
- 노인보건의료복지는 노인층이 당면한 보건·의료문제의 해결을 통해서 노인의 건강한 삶을 유지·발전시키는데 요구되는 총체적인 보건의료보장 및 보건의료서비스로 이해할 수 있음.
- 그래서 노인보건의료복지 정책은 노화에 따른 신체적 기능쇠퇴와 질병으로부터 빈부차별 없이 치유하고, 건강한 생명을 유지하기 위해서 적시에 보건의료서비스를 받을 수 있도록 하는 정책을 말함(곽은주, 2009).
- 그렇기 때문에 노인보건의료복지는 광의의 사회보장 정책과 협의의 의료보장정책의 실현 차원에서 접근되어야 하는 전제하에 국가가 노인에 대한 건강권 확보와 빈부차별 없는 질병 예방·치료를 위한 보건의료서비스를 제공해야 할 당위성을 갖게 되는 것임.
- 특히 노인들은 자연적 노화뿐만 아니라 고혈압, 당뇨, 관절염, 뇌졸중(중풍) 등의 각종 만성질환과 치매 정신질환 등으로 인해서 일상적 생활에 어려움을 겪기 때문에 노인보건의료서비스 제공은 노인 자신의 행복 추구권 뿐만 아니라 지역사회의 건강성을 가늠하는 중요한 사회지지(Social support) 프로그램으로서 기능을 수

행한다고 할 수 있음.

- 고령사회(혹은 초고령사회)에서 노인보건의료복지 정책은 노년기의 건강유지를 위한 건강관리, 노인성 질환의 조기발견 및 예방, 노인의 기능장애(일상생활 수행 행동, 도구적 일상생활 행동) 검진·예방·치유 등과 관련된 다양한 노인보호 프로그램을 개발 및 운영할 필요성이 있음.
- 이처럼 노인보건의료복지는 노인보건, 노인의료, 그리고 노인복지 분야를 상호 연계하여 통합적 접근에 의한 정책 수립과 집행이 요구됨.
- 우리사회가 다양하고 복잡한 사회적 관계를 형성하고 있기 때문에 노인의 삶의 질적 수준을 유지하고 개선해 나가기 위해서는 노인의 다양성과 특수적 상황(예, 건강 노인, 기능장애 노인, 만성 질환 노인, 와상노인, 치매노인 등)에 따른 맞춤형 노인보건의료 복지 체계를 갖추어 나갈 필요성이 있음.

#### 나. 노인보건의료복지의 필요성

- 고령사회에서 노인보건의료복지 정책이 노인의 사회보장(특히 의료보장) 정책으로 간주하여 노인의 기본권과 행복추구권을 보장하는 의미에서 중요함.
- 그렇다면 왜 노인에 대한 의료보장을 사회보장 측면에서 접근되어야 하는 이유에 대하여 곽은주(2009: 9~10)는 다음과 같이 지적하고 있음.
  - 첫째, 노인 건강보호를 위한 보건의료 서비스는 노인의 삶의 질과 수명에 가장 직접적으로 영향을 미치고 있음.
  - 둘째, 완치 힘든 질병과 불의의 사고에 따른 과중한 의료비 부담

이 노인 개인에게 감당하기에 힘들.

- 셋째, 노인의 건강한 삶의 유지는 일상생활의 만족감 향상과 사회 관계망(동네, 이웃, 지역사회, 국가 등)에 대한 통합·연대감을 촉발시킴.
- 이와 더불어 노인보건의료복지는 노인인구의 절대적 그리고 상대적 증가에 의한 정책 수요 대상자의 증가, 노인의 사회적 부양문제의 사회 쟁점화, 보건의료체계 정비의 필요, 그리고 노인의료비 증가에 따른 사회 가용자원의 효율적 배분 등과 문제들을 잘 해결하기 위한 정책적 노력이 절실히 필요함(이정애, 2007).
- 그러므로 노인이 건강하고 행복한 노후생활을 안정적으로 유지하고 당당하게 나이 들어가고(당당한 노화) 또한 고령사회(Ageing society)를 넘어 장수사회(Longevity society)로 변화해 나가기 위해서는 북구형(스웨덴, 노르웨이)의 국가 중심 사회복지 지원체계 보다는 지역사회 내에서 이웃과 함께 더불어 살아가는 지원체계가 필요하다는 것임(박상철, 2011).
- 따라서 노인들이 일상생활을 영위하는 지역사회 속에서 신체적·정신적·정서적·사회적 건강을 유지하면서 사망할 때 까지 인간으로서 존엄성과 자존감(Self-esteem)을 가져 생활해 나갈 수 있도록 고령사회의 도래를 앞둔 우리사회에 노인보건의료복지의 질적 발전이 절실히 필요함.
- 이런 측면에서 중앙정부가 노인보건의료복지 정책을 기획하여 지자체로 하여금 집행하도록 하여 지역사회에서 노인들이 실제로 실감할 수 있는 보건의료복지 서비스를 받는 문제가 더욱 중요한 문제로 부각됨. 다시 말해서 노인 보건의료복지 서비스의 전달체계의 효율성과 실효성 제고에 정책적 노력이 요구됨.

#### 다. 노인의 보건의료복지와 보건의료서비스 관계

- 노인의 보건의료복지는 노인보건, 노인의료, 그리고 노인복지 분야 전체를 포괄하는 보다 넓은 범위에서 제시되는 정책 내용을 함의하고 있으며, 반면에 보건의료서비스는 노인의 건강증진과 예방, 그리고 건강관리 등과 관련한 정책(예, 건강보험, 노인장기요양보험 등)과 밀접한 관계를 맺고 있음.
- 다시 말해서, 노인보건의료복지는 중앙정부와 지방정부에서 정책사업으로 추진되는 국민건강보험 및 의료급여제도, 노인장기요양보험을 포함한 건강보장, 직업지원, 주거보장, 사회서비스 등을 내포하고 있음.
- 다른 한편으로, 노인의 보건의료서비스는 주로 건강증진, 예방서비스와 관련된 제도, 그리고 정책 프로그램과 밀접한 관계를 맺고 있음. 예컨대, 보건의료서비스의 궁극적 목적은 질병의 예방 및 치료 그리고 장애 및 사망의 위험을 감소시키며, 동시에 노인의 자립생활을 유도하는데 있음.
- 특별히 보건의료서비스 관련된 정책사업들은 치매예방 및 검진, 노인장기요양서비스, 건강진단, 안 검진 및 개안수술, 틀니지원사업, 방문간호사업 등이 있음.
- 노인을 대상으로 제공되는 보건의료서비스 정책들이 질적으로 개선되면 결국 노인의 보건의료복지도 연동되어 개선될 것임. 그렇지만 보건의료서비스 정책 사업들이 보건의료복지와 연계되어 시너지 효과를 창출해 나가려면 통합적 접근이 필요함.
- 노인의 보건의료서비스와 보건의료복지를 관장하는 부서들이 칸막이 행정을 없애고 통합적 지원체제로 나가는 것이 바람직함.

## 라. 노인보건의료복지의 주요 정책

- 고령사회에서 노인보건의료복지의 주요 정책은 노인보건, 노인의료 그리고 노인복지 분야로 구분될 수 있고 이는 노인의 건강관리, 질병의 예방 및 치료, 그리고 노인돌봄 서비스와 관련된 정책 사업을 포함하고 있음.
- 그래서 노인보건의료복지는 의료보장제도의 기반 하에 국가 및 지방자치단체에 의해서 다양한 제도 및 정책사업들이 추진되어 왔음.

### 1) 국민건강보험제도

- 우리나라에서 노인보건의료복지 정책이 구체적으로 실현될 수 있는 법적 근거는 기본적으로 국민건강보험법에 있음.<sup>8)</sup> 국민건강보험법은 모든 국민을 대상으로 사회보험의 성격을 가지고 국민보건 향상과 사회보장 증진에 기본적 목적을 두고 있음.
- 따라서 국민건강보험제도에 의해서 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시하고 있음.

### 2) 의료급여제도

- 의료급여제도는 의료보험을 받을 수 없는 저소득층에게 공공부조

---

8) 우리나라 의료보험제도는 1963년 의료보험법이 제정된 후 1977년 처음으로 시행하여 12년 만인 1989년에 전 국민을 대상으로 의료보험을 적용하게 됨. 그러다가 3원화된 의료보험체제(공무원 및 사립학교 교직원 의료보험, 지역 의료보험, 직장의료보험)가 통합될 필요성이 제기되었음. 그래서 국민건강보험법은 1998년 2월 8일 제정되어 지역조합과 의료보험관리공단이 통합되고, 2000년 7월 1일에 국민건강보험제도가 본격 시행되었음. 2001년에 다시 직장조합과 통합되어 국민건강보험공단으로 단일화 체제를 갖추게 됨.

로서의 의료서비스를 제공하는 것임. 의료급여제도의 법적 근거는 2000년 10월부터 시행된 국민기초생활보장법에 두고 있음. 그래서 생활보호대상자로서 저소득층 기초생활수급자가 급여 대상자임.

- 정부는 의료급여 사례관리 사업을 추진하여 생활이 어려운 저소득층 취약계층(특히 기초생활수급자)에게 적절한 의료서비스를 제공해 오고 있음.
- 그러나 정부는 의료기관에서 2년 이상 임상 경험이 있는 간호사를 채용하여 의료서비스 과다이용 수급자에게는 적정진료를 유도하고, 동시에 과소 의료이용자에게는 의료접근성을 더욱 보장·강화하는 방향으로 유도하고 있음(<http://www.mw.go.kr>).

### 3) 건강진단체도

- 1983년부터 추진되어 온 노인건강진단사업은 노인들의 질병의 조기 발견과 조기 치료를 목적으로 하고 있음. 또한 노인건강진단은 노인건강수준 향상, 노인의료서비스의 질적 향상 및 노인복지 증진을 목적으로 실시하게 됨.
- 노인건강진단사업은 노인복지법상 규정된 보건의료서비스로 65세 이상 노인에게 대하여 건강진단과 보건교육을 실시할 수 있게 되어 있음.)
  - 시·군·구 관할 구역 내 거주하는 65세 이상 국민기초생활수급자 노인 또는 실제 소득이 최저생계비 100분의 120 미만인 차상위 노인 중 노인건강진단 희망자를 대상으로 실시하고 있으나 전년 진단자 중 건강한 노인은 진단 대상에서 제외함.

---

9) 노인건강진단사업의 실시계획, 건강진단 항목 및 수가, 검진방법, 검진절차, 그리고 판정기준에 대한 상세한 내용은 장세철·강인 외(2006:125-129)를 참조할 것.

- 노인건강검진사업은 매년 3월부터 11월 30일까지 9개월간 지자체 책임하에 세부계획을 수립하여 실시되고 있으며, 검진기관은 기초

&lt;표 2-13&gt; 노인건강검진진단 항목 분포

구분		진단항목	
1차	기본진료	1. 진찰(시진, 청진, 촉진, 문진) 2. 체위검사(신장, 체중, 근거리 및 원거리 시력, 청력, 혈압) 3. 치과검사(우식증, 결손치, 치주질환)	
	혈액검사	1. 혈색소 2. 총콜레스테롤 3. 혈청지오티 4. 혈청지피티 5. 혈당 6. 매독 <sup>주1)</sup>	
	기타검사	1. 요검사(요당, 요단백, 요잠혈, 임질, 클라미디아감염증 <sup>주2)</sup> ) 2. 안검사(정밀안저검사, 양측) 3. 간이인지기능검사(MMSE) 4. 흉부 X선 간접촬영	
2차	기본진료	1. 진찰(시진, 청진, 촉진, 문진)	
	흉부질환기타 흉부질환	1. 흉부X선 직접촬영 2. 결핵균 집균도말검사	
	순환계 질환	고혈압	1. 혈압, 2.정밀 안저 검사(양측) 3. 심전도 검사
		고지혈증	1. 혈압, 2.트리그리세라이드 3. HDL 콜레스테롤
	간질환	1. 총단백 2. 알부민 3. 알카라인포스파타제 4. 총빌리루빈(총·직접) 5. 유산탈수효소(LDH) 6. 알파황토단백	
	신장질환	1. 요침사 현미경 검사 2. 요산 3. 크레아티닌 4. 요소·질소	
	빈혈	1. 헤마토크리트 2. 백혈구수 3. 적혈구수	
	당뇨질환	1. 식전혈당(FBS) 2. 식후 혈당(PPS)	
	안질환	1. 안압검사 2.각막곡률 검사 3. 굴절 및 조절검사	
	치매	1. 치매척도검사(GDS 또는 CDR)	
	골다공증검사	1. 양방사선(광자) 골밀도검사	
	낙상검사	1. 하지기능, 평형성	

주1) 매독, 임질, 클라미디아감염증의 경우 희망자에 한해 실시

주2) 임질과 클라미디아감염증의 경우 소변검체 검사가 가능한 보건소에서 실시

자료 : 보건복지부, 「2012 노인보건복지사업 안내」 2012.

자치단체장의해 선정·공고하며, 인력시설 및 장비 구비 요건은 국민건강보험법 시행령이 전한 규정에 따르고 있음.

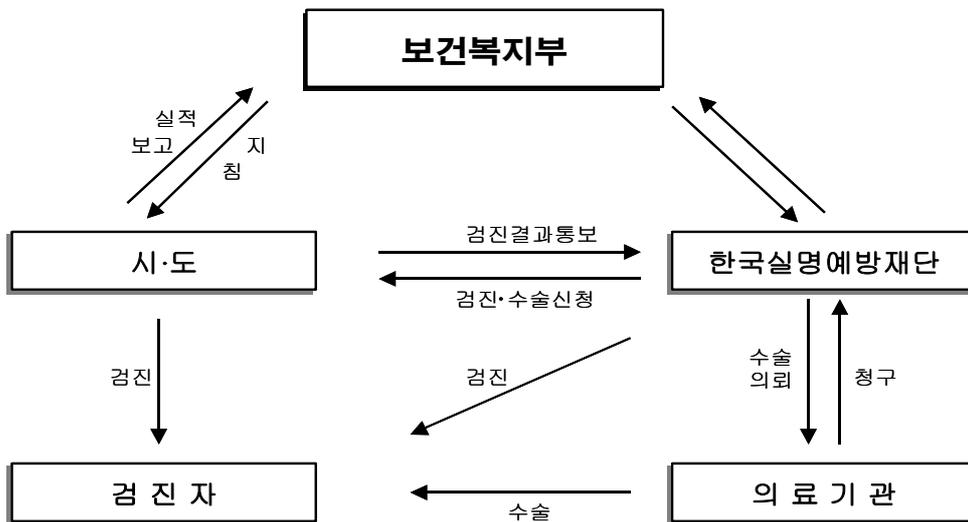
- 노인건강검진사업은 12개 항목에 한하여 1차로 검진하고, 만약에 1차 검진에서 이상이 발견된 노인 대상으로 30개 항목의 2차 검진을 받도록 하고 있으며 지역특성에 따라 검진항목을 조정할 수 있도록 하고 있음(표 2-13, 참고).
- 1차 건강검진 혹은 2차 건강검진 결과에 따라 치료를 받고자 하는 노인들의 이중 검사를 방지하고 비용부담을 줄이기 위해서 노인들이 원하는 경우에는 검진대상 노인을 검진한 의료기관에 연계하여 치료를 받도록 함.
- 따라서 1차와 2차 건강검진 후 유질환자는 보건소의 등록관리 및 공공의료 기관과의 연계에 의한 방문보건 또는 의료서비스를 체계적으로 제공하여 노인병의 예방과 치료에 힘쓰고 있음(보건복지부, 2012).

#### 4) 노인 안 검진 및 개안수술 사업

- 정부는 2003년부터 저소득층 노인에게 대한 정밀 안 검진을 실시하여 안질환을 조기 발견·적기에 치료함으로써 노인들의 실명을 예방하고 일상생활이 가능한 시력을 유지하도록 지원해 오고 있음(보건복지부, 2012).
- 또한 안 검진 결과 안경이나 돋보기가 필요한 노인에게는 안경을 기증하고, 백내장 등 개안수술이 필요한 노인에게는 수술비 지원을 통한 노인 및 가족의 의료비 부담을 경감하고, 더 나아가 개안수술 대상자를 단계적으로 확대하여 노인건강을 체계적으로 보장하는데 사업의 궁극적 목적을 두고 있음.

- 노인 안 검진 및 개안수술 지원사업 대상자는 60세 이상의 국민기초생활보장 수급권자 및 저소득층 노인에 한정하여 시행되고 있음.
- 노인 안 검진 및 개안수술 지원사업은 보건복지부가 주최가 되고 시·도에서 추진하는 과정에서 한국실명예방재단과 의료기관이 상호 협력하여 추진되고 있음(그림 2-3. 참고).

<그림 2-3> 노인 안검진 및 개안수술 체계도



- 2011년도 노인 안 검진 및 개안수술 실적을 보면(보건복지부, 2012), 검진인원이 12,718명이고, 진단결과 안 질환자로 판명 난 사람은 12,146명에 이르고, 정상인은 572명에 불과하여 전체 검진인원 가운데 4.5%를 차지하였음.
- 더구나 안 검진 결과 개안수술을 받은 백내장 환자는 2,684명이고, 망막질환 등 기타 개안수술 환자는 315명으로 나타남.

## 5) 치매예방관리 사업

- 고령사회 혹은 초고령사회에서 노인인구의 증가는 치매노인 수의 증가에도 영향을 줄 것임. 사실상, 치매는 치매노인 자신뿐만 아니라 가족 구성원들에게 육체적·정신적·경제적으로 고통과 경제적 부담을 안겨주고 있음.<sup>10)</sup>
- 보건복지부(2009)에 의하면, 우리나라 치매노인 수는 계속 증가할 것으로 예상되고 있음(표 2-12. 참고). 2009년에 65세 이상 노인인구의 8.6%인 445천명의 치매노인은 10년 후 2020년에는 노인인구 가운데 9.7%인 750천명으로 증가할 것임. 따라서 향후 10년 동안 치매노인 수는 12.8%p 증가할 것임.

<표 2-14> 치매노인 수 추계

구분	2009	2010	2011	2012	2015	2020
65세 이상 노인수(%)	5,193 (10.7)	5,357 (11.0)	5,537 (11.3)	5,741 (11.7)	6,380 (12.9)	7,701 (15.6)
치매노인수 (천명)	445	469	495	522	578	750
치매유병률 (%)	8.6	8.8	8.9	9.1	9.4	9.7

자료 : 보건복지부, 「2008년 치매노인 유병률 조사」 2009.

- 정부는 치매예방·관리의 중요성과 심각성을 인식하여 치매치료·관리 전반에 대해 국가적 관리체계를 수립해 나가기 위해서 2011년 8월에 「치매관리법」을 제정하였음.
  - 치매관리법은 치매관리종합계획의 수립, 국가치매관리위원회의 구성과 운영, 중앙 치매센터 지정, 치매검진사업, 의료비 지원 등의

10) 우리나라의 치매환자로 인한 국가적 재정적 비용은 약 8조7천억원(의료비용 및 조호비용 포함)으로 추정되고 있고, 그리고 실제로 2010년 건강보험 의료비 중 8,102억원을 치매로 인해 사용되었음(보건복지부, 2012b).

내용을 포함하고 있음.

- 정부는 「치매관리법」을 제정한 이후 치매의 조기발견 및 예방 강화, 종합적 체계적 치료관리 지원, 가족부양 부담 경감, 치매의 부정적 인식·편견 개선, 효과적 치매관리사업 추진을 위한 인프라 구축 등의 사업을 추진해 왔음.
- 또한 정부는 전국 보건소 치매상담센터에 치매상담 전문요원을 배치하여 치매환자의 등록, 상담, 교육, 방문지도, 치료 및 관리에 대한 각종 정보를 제공하고 있음.
- 2006년부터 시작된 치매조기검진사업은 참여 보건소를 단계적으로 확대하여 2010년에는 전국 보건소(253개소)에서 무료로 치매선별검사 및 진단검사를 받을 수 있게 하였음(보건복지부, 2012b).
  - 치매조기검진사업에서 발견된 치매환자들은 치매상담센터에 등록하도록 하여 지역사회 자원 및 필요한 서비스가 연계되어 지원받을 수 있도록 하고 있음.
- 2010년 4월부터는 치매 진단을 받고 치료제를 복용 중인 환자들에게 월 3만원 상한의 치료관리비를 지원하기 시작하면서 치매등록환자가 급증하여 2011년 현재 약 156천명의 환자가 보건소 치매상담센터에 등록되어 있음.
- 따라서 치매 치료관리비 지원사업은 치매를 조기에, 지속적으로 치료 관리함으로써 효과적으로 치매증상을 호전시키거나 증상 심화를 방지하여 노후생활의 삶의 질 제고 및 사회경제적 비용 절감에 기여하는데 의의가 있음(보건복지부, 2012b).

## 6) 노인장기요양보험제도<sup>11)</sup>

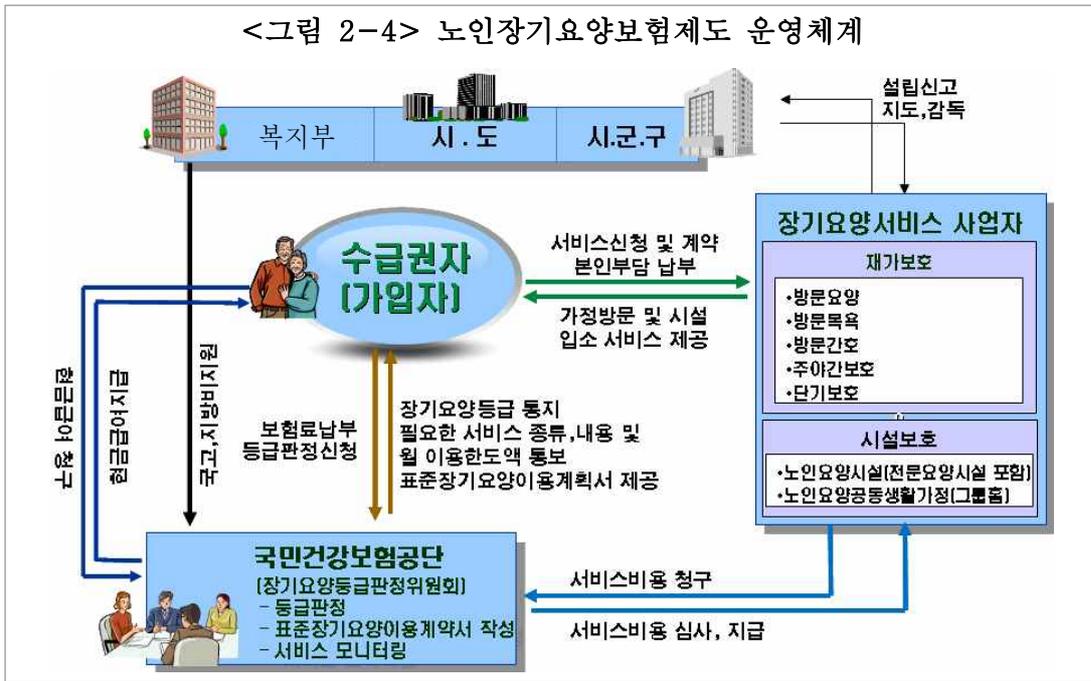
- 우리나라에 노인장기요양보험제도가 도입되게 된 배경은 인구의 고령화, 가족의 부양기능 약화, 요양욕구의 증가와 변화, 노인의료비의 증가 등에 두고 있음(이광재, 2007).
- 1997년에 일본에서 개호보험이 제정되면서 우리나라에서도 ‘장기요양보호’라는 용어가 처음으로 학계에 등장하였고, 정부차원에서는 2000년부터 본격적 논의가 시작되었음.
- 이러한 논의는 1997년에 노인복지법이 다시 개정되면서 장기요양보험제도 도입과 관련된 논의는 학계, 전문가, 관련 단체, 국회 등에서 끊임없이 지속되었고, 전국적으로 8개 지역에서 시범사업도 시행되었음.
- 그 결과 2007년 4월 27일에 국회에서 「노인장기요양보험법」이 제정·공포되어 2008년 7월 1일부터 시행되기에 이르렀음. 노인장기요양제도의 운영체계는 <그림 2-4>에 잘 나타나 있음(보건복지부, 2012a).
- 노인장기요양보험법에 따르면 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어 줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 하고 있음.
- 장기요양급여 대상자는 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매, 중풍, 파킨슨병 등과 같은 뇌혈관성질환 등 노인성 질병을 가진 자이고, 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어

---

11) 노인장기요양보험제도에 관한 내용은 고승한·김진영(2008:25-27)을 인용·서술하였음을 밝혀둠.

럽다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 상응하는 현금을 지급함.

- 장기요양급여는 노인 등의 심신상태·생활환경과 노인 등 및 그 가족의 욕구·선택을 종합적으로 고려하여 필요한 범위 안에서 적정하게 제공하여야 함. 또한 노인 등이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 받는 재가급여를 우선적으로 제공하여야 함.



- 장기요양급여는 노인 등의 심신상태나 건강 등이 악화되지 않도록 의료서비스와 연계하여 이를 제공하여야 함.
- 장기요양급여는 재가급여, 시설급여와 특별현금급여로 구분됨. 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간 보호, 단기보호 등이 있으며, 시설급여는 장기요양기관이 운영하는 노인의료복지

시설 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 것임. 그리고 특별현금급여는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비를 지급하는 경우를 말함.

- 장기요양급여 절차는 우선 장기요양인정신청 및 방문조사, 장기요양등급판정위원회의 등급판정, 장기요양인정서 및 표준장기요양이용계획서 송부, 그리고 이용계약 및 급여 실시
- 국가 및 지방자치단체는 노인이 일상생활을 혼자서 수행할 수 있는 온전한 심신상태를 유지하는데 필요한 사업(노인성질환예방사업)을 실시하여야 함.
- 국가는 노인성질환예방사업을 수행하는 지방자치단체 또는 국민건강보험법에 따른 국민건강보험공단에 대하여 이에 소요되는 비용을 지원할 수 있음.
- 국가 및 지방자치단체는 노인인구 및 지역특성을 고려하여 장기요양급여가 원활하게 제공될 수 있도록 충분한 수의 장기요양기관을 확충하고 장기요양기관의 설립을 지원하여야 함.
- 따라서 노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등으로 목욕이나 집안일 등 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 사람들에게 신체활동·가시지원 등의 서비스를 제공하여 노후생활의 안정과 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 사회보험제도라 일컬어지고 있음(보건복지부, 2012: 215).
- 노인장기요양보험제도의 기대효과를 보면(이광재, 2007:155-156),
  - 첫째, 장기요양등급 판정을 받은 장기요양급여 대상자에 대한 체계적·전문적 돌봄서비스를 제공함으로써 노인의 삶이 질적으로 크게 향상될 것임.

- 둘째, 요양시설 이용비용이나 재가요양 서비스에 따른 비용을 크게 경감시켜 가족의 부양부담을 크게 감소시켜 줄 것임.
  - 셋째, 가정 내 여성 등 비공식적 수발자의 수발노동으로부터 벗어나 경제활동이 증가되어 경제적 편익이 증가할 것임.
  - 넷째, 서비스 일자리가 크게 확대되어 2010년경에 요양관리요원 2천4백여 명, 그리고 장기요양요원이 5만2천 명 등 일자리가 창출될 것임.
  - 다섯째, 복지용구, 재활용품 등 고령친화산업이 활성화되고 지역 요양시설의 확충으로 지역경제가 활성화될 것임.
  - 끝으로 노인의 사회적 입원이 줄어들 것이고, 병원의 병상체제에서 요양병원·요양서비스 체제가 전환하면 급증하는 노인의료비의 사용이 효율성을 기대할 수 있음.
- 이처럼 노인장기요양보험제도가 실시된지 지난 5년 동안 긍정적 효과를 창출하였음에도 불구하고 몇 가지 문제점을 양산하고 있음. 예컨대, 우수 요양시설의 부족, 요양보호사의 이직 증가, 요양보호사에 대한 처우개선 미흡, 장기요양등급자의 무리한 요구, 우수 요양보호사의 양성 어려움 등의 문제점이 초래되고 있음.
- 그렇기 때문에 앞으로 노인장기요양보험제도가 질적으로 더욱 개선되려면 중앙정부 차원에서 법적·제도적 변화들이 전제되어야 할 것임.
- 첫째로 노후화된 요양시설들을 리모델링하고 동시에 시설 내 다양한 프로그램들이 운영될 수 있도록 시설 개선이 우선 필요함. 그리고 요양병원 및 재가복지서비스 등 시설 인프라의 질적 개선이 요구됨. 특히 치매고령자나 독거생활 고령자가 가능한 정든 거주지역에서 계속 생활할 수 있도록(ageing in place) 지역밀착형 서비스의 신설 및 돌봄 제도를 적극 도입해 나가야 할 것임(이광

재, 2007).

- 둘째, 열악한 노동환경에서 낮은 임금을 받는 요양보호사들의 처우개선이 요구됨. 현재 요양보호사들은 계약직 시간제 근무 형태로 일을 하고 있으며 비정규직에 임금이 낮기 때문에 이직이 증가하는 편임. 특히 사회적으로 요양보호사에 대한 직업적 지위에 대한 인식도 낮아 요양보호사로서 자긍심을 떨어뜨리는 측면도 있음.
- 셋째, 장기요양 등급자(수혜자)들이 요양보호사에 대한 지나친 서비스 제공을 요구하는 사례들이 발생하여 요양보호사와 장기요양수혜자 간의 마찰이 발생하는 경우가 증가하고 있음. 왜냐하면 요양보호사가 제공하는 서비스 이외의 다른 서비스까지 요구하기 때문에 요양보호사들이 일을 그만두거나, 다른 요양등급자로 이동하거나 혹은 아예 다른 직업으로 이직하는 경우가 늘고 있음. 따라서 요양보호사의 업무과중과 인권문제를 해결해 나가야 할 것임.
- 넷째, 요양기관의 시설 운영 측면에서 시설과 시설, 시설과 재가복지시설, 법인시설과 개인시설 등 간에 과당경쟁이 발생하고 있기 때문에 선의적 경쟁시스템 정착이 요구됨. 그래서 시설들간에 과당경쟁이 가능한 발생하지 않도록 시설의 차별화 및 다양화 전략을 마련하여 요양보호서비스를 제공해 나가야 할 것임(고수희, 2012).
- 다섯째, 우수 요양보호사들이 양성될 수 있도록 제도적 개선이 필요함. 사실상, 우수 요양보호사를 채용하는데 어려움이 발생하고 있는데 특히 안전사고 부담에 따른 요양보호 업무 기피와 인건비 비중의 증가, 교육과정의 한계 등에 기인하고 있음. 따라서 요양기관들이 안전사고에 대한 책임을 개별 요양보호사에게 지우기 보다는 안전사고 대비 사회보험에 가입하는 제도적 보완이 요구됨. 다른 한편으로 요양보호사 양성 기관에서 일정한 교육과정을

이수하면 자격증을 수여하는 제도로는 다양한 요양수요자들의 욕구 충족을 제공하는데 한계가 있음. 그렇기 때문에 교육과정의 질적 개선을 통해 우수 요양보호사가 양성될 수 있는 인력 인프라의 확충이 우선되어야 할 것임.

- 여섯째, 장기요양서비스의 질적 개선을 위해 장기요양기관에 대한 평가가 국민건강보험공단에 의해 수행되고 있음. 시설평가와 재가평가가 격년제로 실시되고 있는데 시설평가의 목적이 요양서비스 수준의 상향평준화에 있다면 평가제 보다는 인증제 도입을 적극 검토할 필요가 있음(고수희, 2012). 따라서 장기요양기관에 대한 평가는 보다 올바른 지표와 우수 평가 인력에 의한 평가가 이루어질 때 평가에 대한 신뢰를 잃고 평가를 위한 평가로 전락하기 쉽상임. 그래서 중·장기적으로 인증제 제도를 도입하여 질적 수준 이하의 장기요양기관들이 퇴출될 수 있도록 하는 방안도 검토해 볼만 함.

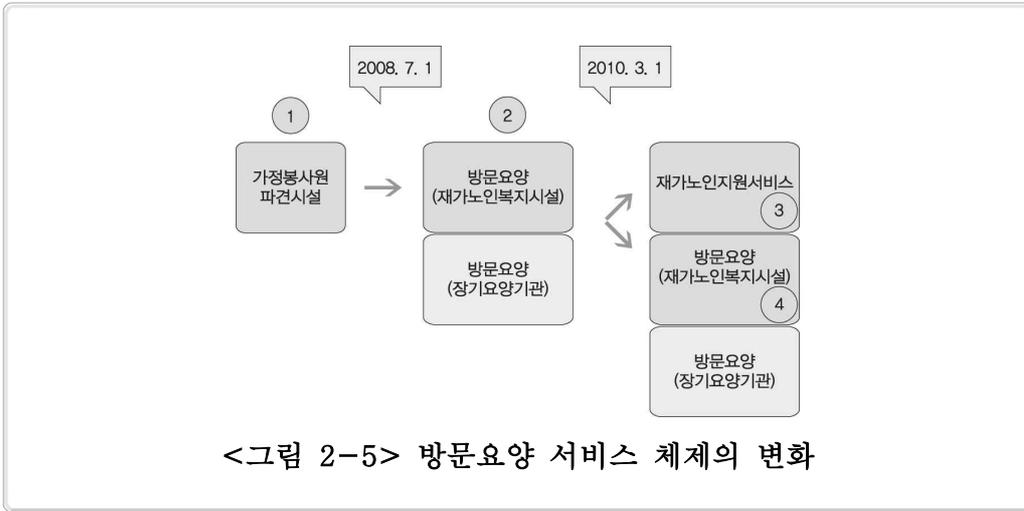
## 7) 재가보건의료서비스

- 서구의 선진 국가에서 노인복지를 질적으로 발전시켜 나가기 위해서 노인보호의 탈시설화에 의한 지역사회보호가 새로운 대안으로 등장하였음.
- 이에 따라 우리나라에서도 노인이 시설에 입소하지 않고 대부분의 노인들이 자신의 집에서 생활하면서 필요한 다양한 서비스를 지원 제공받거나 혹은 지역사회 내 노인복지시설을 이용하여 정상적인 일상생활을 유지하도록 지원하는 지역사회보호 서비스를 재가보건의료서비스 제도임(장세철·강인 외, 2006: 222).
- 재가보건의료서비스는 노인복지법에 의해 재가복지시설에서 제공되는 재가노인복지서비스(가정봉사원서비스, 주간보호 및 단기보

호 서비스) 그리고 의료법 또는 지역보건법에 의해 주로 보건소, 병원, 간호협회 등에서 제공되는 방문간호서비스로 분류되어 있음 (박차상·김옥희 외. 2007: 110-112).

### 가) 재가노인복지서비스

- 방문요양서비스는 신체적·정신적 장애로 어려움을 겪고 있는 노인에게 지역사회 안에서 건전하고 안정된 노후를 영위하도록 장기요양요원(요양보호사)이 가정을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등 필요한 각종 서비스를 제공해 줌(보건복지부, 2012a).
- 재가노인을 위해서 간병, 진료, 병원 안내, 거동부축, 동행보호, 청소, 잔심부름 등 일상생활 전반에 대한 각종 생활편의 서비스를 제공해 줌.
- 2008년 7월 1일부터 가정봉사원 파견시설에서 방문요양(재가노인복지시설)로 전환되었고 서비스 내용은 그대로 유지되었으나 서비스 대상 및 인력기준은 변경되었음.
- 2010년 3월 1일부터 방문요양(재가노인복지시설)과 재가노인지원서비스(신설)로 분리되어 서비스내용도 분리되었으며 인력기준도 변경되었음(그림 2-5. 참고).
- 따라서 2008년 4월 4일 이후 가정봉사원파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설을 모두 통일하여 재가노인복지시설로 부르게 되었고, 다만 서비스 종류로 구분하여 방문요양서비스, 주야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스로 나뉘었음.



- 방문목욕서비스는 목욕장비를 갖추고 재가 노인을 방문하여 목욕 서비스를 제공하는 것임.
- 주·야간보호서비스는 부득이한 사유(부양가족의 질병, 출장 등)로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애노인을 주간 또는 야간 동안 보호시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하는 제도임.
- 재가노인지원서비스는 경제적·정신적·신체적인 이유로 독립적인 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 복지 사각지대 노인들에게 방문요양 일상생활지원을 비롯한 각종 필요서비스를 제공함으로써 지역사회 내에서 건강한 생활을 영위하는 데에 어려움이 없도록, 예방적 복지 실현 및 사회 안전망 구축을 목적으로 함(보건복지부, 2012a:130).
- <표 2-15>는 가정봉사원과파견시설, 방문요양서비스, 그리고 재가노인지원서비스 간의 주요 특성별 내용을 비교 설명해 주고 있음.

<표 2-15> 가정봉사 원파견시설, 방문요양 및 재가노인지원서비스의 비교

구분	가정봉사원파견시설<08. 7.1 이전>	방문요양 (재가노인복지시설) <08. 7.1 이후>	재가노인지원서비스 <10. 3.1. 이후>	방문요양 (장기요양기관)
서비스 대상	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 일상생활 수행능력에 장애가 있는 자</li> <li>② 노인성질환 또는 노쇠로 심신의 장애가 있는 자</li> <li>③ 일반질환으로 일시적인 서비스가 필요한 자</li> <li>④ 독거노인으로 일상생활 서비스가 필요한 자</li> <li>⑤ 기타 복지시설기관장이 서비스가 필요하다고 인정한 자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 장기요양급여 수급자</li> <li>② 장기요양급여수급자 이외의 자 중(등급외자) 기초수급권자 및 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 재가서비스 제공이 필요한 자 (시군구청장이 의뢰한 자)</li> <li>③ '08.7.1이전 운영비를 지원받는 시설을 이용하고 있는 등급외자 중 기초수급권자 및 실비이용자</li> <li>④ 이용자 본인이 전액 부담하는 자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 장기요양급여 수급자</li> <li>② 장기요양급여수급자 이외의 자 중 기초수급권자 및 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 서비스 제공이 필요한 자 (시군구청장이 의뢰한 자)</li> <li>③ '08.7.1이전 운영비를 지원받는 시설을 이용하고 있는 등급외자 중 기초수급권자 및 실비이용자</li> <li>④ 기타 자연재해 등으로 긴급지원이 필요한 노인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 장기요양급여 수급자</li> <li>② 이용자 본인이 전액 부담하는 자</li> </ul>
서비스 내용	신체수발, 일상생활 지원, 노화·질병 및 장애관리, 상담 및 교육, 복지자원 발굴 및 네트워크 구축 (결연사업, 봉사자 발굴 등)	방문요양, 상담 및 교육, 노인결연 등 <'10.3.1 이후> 방문요양만 제공(신체수발, 일상생활 지원, 정서지원 등)	일상생활 지원, 노인 생활 및 신상에 관한 상담, 재가노인 및 보호자의 교육, 무의탁 노인 후원을 위한 결연 및 연계지원, 여가 활동지원, 주거환경 개선 지원	신체수발, 일상생활 지원, 정서지원 등
인력 기준	시설장 1인 사회복지사 1인 사무원 1인 보조원 또는 운전기사 1인 무급봉사원 및 유급봉사원	시설장 1인 사회복지사 1인 요양보호사 3인 사무원, 보조원 또는 운전사는 필요수 <'10.2.24이후> 시설장 1인 요양보호사 15인 사무원, 보조원 또는 운전사는 필요수	시설장 1인 사회복지사 1인 사무원 1인	시설장 1인 요양보호사 3인 사무원, 보조원 또는 운전사는 필요수  <'10.2.24이후> 시설장 1인 요양보호사 15인 사무원, 보조원 또는 운전사는 필요수

<표 2-15> 가정봉사원과견시설, 방문요양 및 재가노인지원서비스의 비교(계속)

운영비 지원 (등급 외자)	'08년 상 반 기 : 67,850천원	'08년하반기 : 50,000천원 '09년 : 100,000천원 '10년 : 지자체에서 결정	지자체에서 결정	없음.
-------------------------	--------------------------	---	----------	-----

출처 : 보건복지부, 「2012 노인보건복지 사업안내」 p. 136

- 특히 재가노인지원서비스는 2010년도에 새로 신설되었는데 장기요양급여 수급자(방문요양, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호서비스 외의 서비스를 필요로 하는 자) 그리고 장기요양급여 수급자외의 자 중 기초수급권자 및 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 대상자들로 하여금 혼자서 일상생활을 수행하기 어려워 서비스를 제공하는 경우임.
- <표 2-16>이 보여주듯이, 경제적·정신적·신체적인 이유로 독립적 일상생활 영위가 힘든 노인과 복지사각지대의 노인들로 하여금 지역사회 내에서 건강한 생활을 할 수 있도록 다양한 서비스가 제공되고 있음.
- 특히 주목할 내용은 사업이 예방적 사업(직접서비스)과 사회안전망 구축사업(간접서비스), 그리고 긴급지원사업(긴급서비스)으로 분류하였음.
  - 예방적 사업에서는 일상생활, 정서, 주거, 여가활동, 상담 등의 지원분야에 다양한 서비스 프로그램들을 제공하고 있음.
  - 사회안전망 구축사업에는 연계지원, 교육지원, 지역사회네트워크 지원 등이 있고 이에 따라 각종 간접서비스 프로그램들이 제공되고 있음.
  - 긴급지원사업에는 긴급지원(위기지원, 응급호출, 무선페이징, 화재, 가스유출감시 등) 서비스가 제공되고 있음.

<표 2-16> 재가노인지원서비스 내용

사업	프로그램	서비스
	일상생활지원 (※방문요양 서비스 내용 제외)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 무료급식 및 밑반찬서비스</li> <li>● 이·미용서비스</li> <li>● 행정지원서비스</li> <li>● 명절·생신서비스</li> <li>● 김장서비스</li> <li>● 차량이송서비스</li> <li>● 장보기서비스</li> </ul>
예방적 사업 (직접서비스)	정서지원	● 심리지지서비스
	주거환경 개선지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 도배서비스</li> <li>● 보일러수리서비스</li> <li>● 장판교체서비스</li> <li>● 변기수리서비스</li> <li>● 전기수리서비스</li> <li>● 편의시설개보수(문턱 제거 등)</li> <li>● 방역서비스</li> <li>● 집수리서비스</li> </ul>
	여가활동지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 나들이서비스</li> <li>● 문화체험서비스</li> </ul>
	상담지원	● 상담서비스
	지역사회자원개발	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 후원·결연서비스</li> <li>● 자원연계서비스</li> </ul>
사회안전망 구축사업 (간접서비스)	연계지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 안전확인서비스</li> <li>● 생활교육서비스</li> <li>● 노-노케어서비스</li> <li>● 개안수술서비스</li> <li>● 건강검진서비스</li> <li>● 보청기, 틀니제작 의뢰서비스</li> <li>● 의료연계서비스</li> <li>● 전·월세자금지원서비스</li> <li>● 장수사진서비스</li> <li>● 노인돌봄기본</li> <li>● 노인장기요양보험</li> <li>● 노인돌봄종합</li> </ul>
	교육지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 임종교육</li> <li>● 사기예방</li> <li>● 보호자교육</li> <li>● 대인관계기술</li> <li>● 응급처치교육</li> <li>● 자살예방</li> <li>● 낙상예방</li> <li>● 치매예방</li> <li>● 이성교육</li> </ul>
	지역사회 네트워크지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 지역재가협의체구성</li> <li>● 사례관리</li> </ul>
긴급지원사업 (긴급서비스)	긴급지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 위기지원서비스</li> <li>● 응급호출서비스</li> <li>● 무선페이징서비스</li> <li>● 화재, 가스유출감시서비스</li> </ul>

출처 : 보건복지부, 「2012 노인보건복지 사업안내」 p. 133

## 나) 방문간호서비스

- 노인장기요양보험법에 따른 장기요양수급자에게 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여 서비스를 말함 (보건복지부, 2012a).
- 다시 말해서, 방문간호서비스는 간호사가 가족원의 건강육구, 기본간호, 간단한 진료서비스(욕창, 단순 상처치료), 그리고 간호가족의 문제상담 등에 대한 필요한 처치 및 간호서비스(주사, 투약, 처치, 가검물 채취, 상담 및 교육 등)를 제공함.

## 8) 박근혜 정부의 노인 보건의료복지 정책의 핵심과제<sup>12)</sup>

- 새 정부는 건강보험 보장률이 60%대 수준으로 떨어지고, 만성질환 유병률의 증가, 의료기관 종별 기능의 미분화, 수요자 중심의 서비스 미흡, 국민의료비 급증에 따른 대책 부족 등을 정책 상황으로 인식하여 4가지 주요 핵심정책과제를 추진할 계획임.

### 가) 의료보장성 강화로 국민부담 경감

- 4대 중증질환에 대한 의료비 국가 부담
  - 4대 중증질환 등 중기(2014~2018년) 보장성 계획을 수립하고, 4대 중증 질환 초음파 급여화를 연내 우선 시행할 것임.
  - 고부담 중증질환은 재정상황을 고려하여 단계적으로 급여화 추진

---

12) 박근혜 정부의 노인 보건의료복지 정책과 관련된 핵심 정책과제들은 제18대 대통령인수위원회(2013. 2)의 「박근혜정부 국정비전 및 국정목표」 그리고 보건복지부(2013. 3)의 2013년 업무계획인 「국민행복을 향한 맞춤형 - 주요정책 추진방향」 내용들을 요약·정리하였음을 밝혀 둠.

- 3대 비급여 환자부담 완화방안 마련
  - 환자 부담이 큰 3대 비급여(상급병실, 선택진료비, 간병비)에 대해 실태조사 및 환자부담 완화를 위한 종합대책 마련함.
  - 「국민행복의료기획단」을 구성하여 연내 실천적 제도개선 방안 마련
- 본인부담 제도개선 등을 통한 부담 경감
  - 상한제를 세분화하되 저소득층 상한액은 낮추고 고소득층 상한액은 높여 부담의 형평성 제고
  - 노인들니 급여를 부분들니까지 확대하고 노인 임플란트 보장성 계획 수립

#### 나) 예방적 건강관리체계 구축

- 담배·술 등 건강위협요인에 대한 종합적 관리
  - 금연정책 강화(건강증진법 개정 추진)
  - 공중이용시설에서 주류판매 및 음주금지, 대중교통시설·학교 주변 등의 주류 광고 제한
- 예방적 보건의료 인프라 강화
  - 각종 검진사업을 「생애주기별 맞춤건강검진」 사업으로 통합 운영
  - 보건소 기능을 질병 예방 및 지역사회 건강증진 중심으로 개편하고 지자체 건강증진 포괄보조금 확대 추진
- 4대 중독문제(알코올, 마약, 도박, 인터넷)에 대한 종합적 대응
  - (가칭) 「중독 예방 관리 및 치료에 관한 법률」 제정 추진
  - 정부의 범부처 중독대책 논의기구(가칭, 4대중독대책위원회) 설치
  - 종합적인 중독예방 및 관리체계 구축

### 다) 보건의료의 지속가능성과 형평성 제고

- 건강보험 수가 및 지불제도 개선
  - 종합병원 이상 의료기관에 7개 질병군 포괄수가제 확대 시행
- 보건의료 자원의 적정수급 및 질 향상 추진
  - 농어촌 등 의료취약지 및 공공의료기관에 종사할 공공의료인력 양성방안 수립
- 건강보험료 부과체계의 형평성 제고
  - 연금소득 4천만원 초과자는 직장가입자 피부양자에서 제외
  - 실직 은퇴로 직장가입자가 지역가입자로 전환되는 경우 보험료 부담 경감을 위해서 임의계속가입 적용기간을 연장함.

## 3. 일본의 노인 보건의료서비스 사례 분석

### 가. 일본 노인보건의료제도 추진 경과

#### 1) 노인복지법 제정(1963년)

- 점차 심각해지고 있는 노인 관련 문제에 대응하기 위하여 노인복지 부분을 기존 생활보호법에서 분리하여 법제화하였음.

#### 2) 노인복지법 개정을 통해 노인의료비 무효화 정책 추진(1973년)

- 1950년부터 1970년에 이르는 기간 동안 연 10%에 이르는 고도 성장의 성과를 이어받아 1973년에 복지원년이라고 불릴 정도로 획기적인 복지확대정책이 추진되었음
- 1973년에 추진된 주요 복지확대 정책은 다음과 같음(현외성 등, 1992).

- 생활보호에서 생활부조 인상
  - 노령복지연금 43% 증가
  - 가족수당, 아동수당 발족
  - 70세 이상 노인의 의료비 무료화: 이를 위한 국고보조 약 110억엔
  - 건강보험을 중심으로 한 의료보험 개정
  - 후생연금을 중심으로 한 연금보험 개선
  - 실업보험의 개정에 의한 고용보험 발족
  - 노인복지 확대하여 노인복지비 53.7% 증가
- 1973년 노인복지법 개정을 통해서 70세 이상 노인에 대한 의료비 무료화가 이루어졌음
- 일본은 의료보험 관리체계상 조합주의 체계를 유지하고 있는데, 노인들이 가입하고 있는 지역의료보험조합에 대한 국고보조를 통해서 70세 이상 노인에 대한 의료비 무료화 정책을 제도화하였음

### 3) 노인보건법 제정(1982년)

- 1973년 노인의료비 무료화 정책 시행 이후에 퇴직 후 노인의 가입률이 높은 지역의료보험조합의 재정압박이 증가하고 있었고, 노인을 대상으로 한 건강증진 및 예방에서 재활 및 기능회복에 이르는 보건의료서비스 연속성(continuity of care)을 통합하고 조정할 수 있는 시스템이 부재한 것에 대한 문제제기가 지속되었음
- 이러한 문제에 대한 대응방안으로 ① 노인의 건강상태에 따라 건강교육, 건강진단과 검사, 보건지도, 치료, 기능회복 훈련, 가정간호지도 등을 일관해서 실시할 수 있도록 종합적 포괄적 보건의료제도를 확립해야 할 것, ② 노인의료비의 보장에 관해서는 현행

제도의 문제가 개선되면 노인의 의료비 일부를 부담하는 것이 당연하다는 것, ③ 기초자치단체가 주체가 되어 노인의 보건의료에 관한 시책을 강구해야 하는 것 등이 제안되었음(정기혜 외, 2012; 한국보건사회연구원, 2012).

- 노인보건법에 의해 시행되고 있는 서비스는 노인보건제도와 장수 의료제도임.
  - 노인보건의료제도는 장년기 이후 40세 이상자를 대상으로 다양한 보건사업을 총괄하고 노인의료와 연계시킴으로써 종합적인 보건의료서비스를 제공하고 필요한 비용은 국민이 공평하게 부담하는 것을 목표로 함(선우덕 외, 2009).
  - 노인보건의료제도에 의해 제공되는 서비스는 시정촌이 주체가 되어 건강수첩의 교부, 건강교육, 건강상담, 건강검진, 의료, 기능훈련, 방문지도이며, 일상생활기능의 자립을 위한 기능훈련서비스가 제공되고 있음(선우덕 외, 2009).
  - 장수의료제도는 75세 이상 후기 고령자에 대한 의료만을 별도 대상으로 보험료부담방식을 새롭게 한 노인의료보험제도를 운영하고 있음. 시(市)·정(町)·촌(村)이 가입하는 후기고령자 의료광역연합조합을 만들고 보험료는 피보험자인 고령자 개개인이 부담하고, 환자의 의료비부담은 10%로 하되 소득수준에 따라 차등 부담하는 방식으로 제도화되어 있음(선우덕 외, 2009).

#### 4) 고령자 보건복지 추진 10개년 전략(1989년) 및 신골드플랜(1994년)

- 일본의 고도경제성장이 끝나고 경제 불황이 이어지는 시점에서 노인복지정책 추진에 소요되는 재원확보를 위하여 직접세로서 모든 유통 물자에 대하여 3%의 소비세를 도입함.

- 이 제도 시행의 여파로 집권 자민당은 1989년 참의원 선거에서 참패하였고, 선거 패배 후 1989년 고령자보건복지 추진 10개년 전략(골드플랜)을 발표하였음.

#### 5) 개호보험제도 시행(2000년)

- 급속한 고령화와 핵가족화의 여파로 인해서 노인 간병수발에 대한 사회적 대책 수립 필요성이 제기되면서 1994년 후생성 내에 개호보험제도 준비팀이 구성되면서부터 본격적으로 제도 검토에 들어가서 2000년 4월부터 제도 시행에 들어갔음.
- 개호보험제도 시행 이전에는 가족 간병이나 의료보험제도에 의해서 간병비 부담이 이루어져왔으나 가족 간병의 부담 증가, 간병수발이 필요한 노인에 의한 의료보험 재정 부담 악화의 문제가 제기되어 왔으며 2000년 개호보험제도 시행을 통해 노인 간병수발을 사회적 지원체제로 구축하게 됨.

#### 6) 2000년 이후 제도 개혁 동향

- 2006년 노인의료 관련 건강보험법 개정 사항(정기혜 외. 2012)
  - 75세 이상의 고령자가 가입하는 후기고령자의료제도와 65세부터 74세까지의 전기고령자에 있어서의 재정조정제도 도입(2008. 4).
  - 검진·보건지도 등을 중심으로 하는 예방활동의 전개, 의료병상의 재편성·전환을 축으로하는 평균 재원일수의 단축 등에 관한 전국·광역자치단체 의료비의 적정화 계획의 책정 의무화
  - 현역수준의 소득이 있는 고령자의 의료비 부담을 30%로 설정하는 등 이용자 부담 증가와 급여범위 수정

- 개호보험법에는 5년마다 제도전반에 대한 재검토를 통해 개혁을 제도화하고 있으며, 2006년 4월에 개혁 내용이 반영된 개정법이 시행에 들어갔음. 개호보험제도 개정의 기본방향은 다음과 같음 (정기혜 외, 2012).
  - 경증자가 크게 증가함에 따라 예방중시형 시스템 확립
  - 재가와 시설 급여부담의 형평성을 제고하기 위해 시설급여 축소
  - 인지중고령자나 독거노인 증가에 따라 지역차원에서 포괄적인 케어시스템 구축하고 중증대상자에 대한 지원을 강화하기 위한 새로운 서비스 체계 확립
  - 서비스 질에 대한 과제 극복과 서비스 이용자에 의한 선택과 전문성을 향상시키기 위한 조치 강구
  - 저소득자에 대한 배려와 공평·공정한 요개호 인정, 보험자 기능을 향상시키기 위해 부담 및 제도운영에 관한 개선 도모

## 나. 일본의 노인 보건사업의 주요 내용

- 일본에서 제공되고 있는 노인 대상 서비스는 시(市)·정(町)·촌(村)이 중심이 되어 제공하는 건강증진사업, 건강증진사업, 의료적 지원사업, 기능훈련사업으로 나누어볼 수 있음(선우덕 외, 2009).

### 1) 건강증진사업

- 노인 대상 건강증진사업의 주 내용은 운동 및 영양개선이 핵심이며 운동사업의 경우 건강한 노인뿐만 아니라 허약한 노인에 맞는 다양한 운동프로그램을 제공하고 있음(선우덕 외, 2009).
  - 의료보험법에 의해 제공되는 사업 이외에 치주질환검진, 골다공증

검진, 간염바이러스검진, 건강수첩 교부, 건강교육, 건강상담, 기능훈련, 방문지도 등의 사업 제공

## 2) 건강검진 사업

- 2008년부터 생활습관병의 조기발견 및 조기관리 필요성이 높아지면서 의료보험자에게 40-74세의 비보험자 및 피부양자에 대한 생활습관병의 예방에 중점을 둔 특정건강검진 및 특정보건지도의 실시를 의무화하였음.

## 3) 의료적 지원사업

- 후기고령자의료제도를 통해서 질병의 치료 및 재활치료서비스 제공
- 요양급여, 입원시 식사요양비 지급, 입원시 생활요양비 지급 보험 외 병원요양비 지급, 이송비 지급, 고액요양비 지급, 고액 개호 합산요양비 지급 등의 서비스가 제공됨.
- 담당의사의 지시에 따라서 노인방문간호스테이션에서 간호사가 방문하여 병상의 관찰 및 욕창치료, 기능훈련, 몸뚱기 등의 서비스가 제공됨.

## 4) 기능훈련서비스

- 뇌졸중 후유증이나 골절 등에 의해 심신의 기능이 저하되어 있는 40세 이상을 대상으로 의료기관에서 재활이 종료된 후 기능 유지 및 회복을 도모하고 일상생활의 자립을 지원할 목적으로 시행함.

## 다. 일본제도의 시사점

- 일본의 노인 보건의료서비스 고찰을 통해서 제주특별자치도 차원에서 다음과 같은 시사점을 도출할 수 있음.

### 1) 노인보건의료서비스 목표와 방향 설정

- 일본은 노인보건의료서비스의 목표를 ‘일상생활기능의 자립’에 초점을 맞추고 있음. 제주특별자치도의 경우에도 노인보건의료서비스의 목표를 분명히 설정하고 목표를 실현하기 위한 정책 수립이 무엇보다 중요할 것임.

### 2) 기초자치단체(시·정·촌) 차원의 서비스 제공과 조정 역할 강조

- 중앙정부와 광역정부 차원의 제도 설계와 정책 수립도 중요함. 그러나 실제로 서비스를 필요로 하는 노인의 필요(needs)를 평가하고, 서비스 과정을 계획·제공하면서 서비스 전 과정에서 여러 치료자와 서비스 제공자 간에 조정역할을 수행해 나가기 위해서는 기초자치단체의 역할을 강화하고 지자체 상황에 적합한 방식으로 서비스가 조율될 수 있어야 함.
- 우리나라에서도 기초자치단체 수준에서 적절한 서비스 제공과 조정이 가능하도록 재정 및 기술 지원이 확충되고 보다 많은 인력을 확보하면서 기초자치단체 차원의 자율성을 강화해 나아갈 필요가 있음.

### 3) 공공기관과 지역 내 민간 의료기관 간 연계 활성화

- 일본에서는 지역사회 의료기관에서 환자를 진료하는 의사에 의해 추가적인 서비스가 필요하다고 판단될 때 지역 내 노인방문간호스테이션을 통해서 방문간호사가 방문하여 환자의 상태를 평가하

고 필요한 서비스를 제공하거나 연계하는 활동을 펼치고 있음.

- 노인보건의료서비스에 있어서 의사와 의료기관의 역할이 매우 중요함에도 불구하고 우리나라의 경우에는 의사의 진료와 지역사회 보건복지서비스가 상호 단절되어 있어서 서비스 연계와 통합에 큰 장애가 되고 있는 실정임.
- 지역사회에 소재하는 병·의원과 연계된 보건의료서비스 제공과 복지서비스와의 연계를 모색할 필요가 있으며 중앙정부 차원에서 예산지원과 사업지침을 통해 이루어지고 있는 방문간호사업의 경우에도 지역사회 소재 병의원과 연계된 형태로 사업 변화를 모색할 필요가 있으며 필요할 경우 일정기간 시범사업 전개와 모델 개발이 필요하며 지역 내 의료기관과 연계 및 네트워크 구축이 필수적일 것임.
- 더 나아가 사회복지사 충원을 전제로 의료기관 및 보건기관에서 제공하고 있는 복지서비스와 연계하여 대상자에게 필요한 서비스를 계획하고 조정하면서 필요한 서비스를 제공받을 수 있도록 하는 방향으로 나아갈 필요가 있음.

#### 4) 건강증진 및 예방에 대한 강조

- 일본에서는 현재 노인에 대한 건강증진 및 예방 사업 이외에도 빠른 고령화 속도에 대처하기 위해서 40대 이상 중년층부터 생활습관병 예방을 위한 건강증진, 조기발견 및 조기관리를 강화하고 있음. 40-74세 인구를 대상으로 건강증진 사업과 생활습관병 조기발견을 위하여 연계하여 의료보험제도에 의해 시행되는 건강검진 결과를 기초로 특정보건지도의 실시를 의무화 하고 있음
- 우리나라의 경우에도 보건기관을 통해서 건강증진 및 예방 사업이 진행되고 있으며, 일반 국민들의 건강에 대한 관심이 높아지면

서 개인적으로 다양한 실천 활동을 벌이고 있음.

- 그러나 보건의료기관과 여러 단체나 조직들에서 수행되고 있는 건강증진 사업이나 예방 프로그램이 단절적이고, 연계되지 못하고 있으며 제공되는 프로그램 또한 보다 세분화되고 체계화될 필요가 있는 상황임.
- 특히 보건기관이 대상으로 하고 있는 건강증진 및 예방 사업의 경우 특정 계층이나 일부 집단에 국한되고 있어 이러한 한계를 극복하기 위한 새로운 방안 모색이 필요함.

#### 5) 건강증진에서 재활에 이르는 서비스 지속성(continuity) 및 통합성(integration) 확보 강화

- 일본의 경우에도 지역보건법, 의료보험법, 노인복지법, 노인보건법, 개호보험법 등 노인보건의료서비스와 관련된 제도가 별개의 제도로 구분되어 있어서 각 제도에 의해서 제공되는 서비스 간에 상호 연계와 조정이 어렵기 때문에 서비스의 지속성과 통합성 확보에 어려움을 겪고 있음.
- 기존의 제도에 의해서 포괄하지 못하는 이러한 문제를 해결하기 위해서 각 제도 간에 적극적인 연계를 모색하고 있는 실정이며, 또한 후기고령자의료제도 도입과 같이 기존 제도에 의해서 포괄하기 어려운 영역을 포괄하기 위한 새로운 제도 도입과 함께 기존 제도와 연계를 함께 모색하고 있음.
- 제주특별자치도의 경우에도 기존 중앙정부에 의해 제공되는 서비스 간에 연계와 조정을 담당하기 위한 새로운 사업 모색과 함께 기존 제도에 의해 포괄되지 못하는 영역에 대한 제도화를 통해서 노인보건의료서비스의 지속성과 통합성을 높여나갈 필요가 있을 것임.

#### 4. 노인보건의료서비스 체계의 재편화

- 노인보건의료서비스는 과거에는 주로 공급자 중심의 프로그램들이 일방적으로 전달되는 경향이 강하였음. 그렇기 때문에 사회적 약자로서 노인층은 노인보건의료체계의 구조에 의해서 자기결정력이 없이 의존적 서비스 수용 태도를 가질 수밖에 없었음.
- 그러나 국민건강보험법 시행, 노인장기요양보험제도 도입, 환자의 권리 증진, 의료시장의 경쟁체제 확산, 의료 수요자의 다양화, 보건의료서비스 체계의 다층화, 의료보장의 사회화 등과 같은 요인들이 생겨나면서 노인보건의료서비스 체제는 새로운 방향으로 재편화되기에 이르렀음.
- 고령사회(혹은 초고령사회)에서 노인들이 당당한 노화(Active ageing) 혹은 건강한 노화를 노년기의 기본이념으로 인식하면 이를 실천하는 중요한 실천과제가 전제되어야 할 것임(WHO, 2002). 이와 관련하여 먼저 노인 보건의료체계는 건강증진, 질병예방, 1차 보건의료에 대한 공평한 접근 및 장기요양서비스에 대한 균형적 제공에 중점을 둔 생애전반적인 특성이 고려되어야 한다는 것임.
- 그렇기 때문에 노인들이 생애전반에 걸쳐 육체적·사회적 그리고 정신적 상태의 건강성 유지를 통해서 삶의 질적 수준을 유지하는게 활기찬 노후생활 영위에 중요하다는 것임.

##### 가. 노인 보건의료서비스체계의 공공성 강화 지속

- 우리나라의 노인들의 건강관리 및 유지 그리고 질병 예방과 치료를 위한 사회보험 성격의 보편적 서비스를 제공하는 공공보건의

료 서비스 지원 체제가 바로 국민건강보험제도임.

- 국민건강보험제도 하에서 노인을 비롯한 일반 국민들은 사회보장 성격으로써 의료보장을 받을 수 있게 되었음. 그러나 건강보험에 의한 수가의 과소책정으로 의료기관 기피 경향, 간병서비스의 질적 수준의 저하, 종합적·효과적 치매관리 시스템의 부족, 노인의료비 상승의 근본대책 미흡 등의 문제점이 발생하였음(이성순, 2003: 253~259).
- 그럼에도 불구하고 노인을 위한 건강검진과 질병 예방 및 치료는 2008년 7월 1월부터 시행되어 오고 있는 노인장기요양보험제도에 의한 다양한 서비스와 프로그램을 통해서 노인 보건의료서비스 체계가 더욱 강화되는 계기가 되었음.
- 최근에 새 정부는 의료보장성을 더욱 강화하여 의료비 부담을 완화하고 보건의료체계 효율화를 기하려는 계획을 갖고 있음. 그런 조치로 4대 중증질환(암, 심장·뇌혈관, 희귀난치성 질환 등)에 대한 의료서비스, 65세 이상 노인에게 단계적으로 임플란트 건강보험 급여적용, 실직자 보험료 부담 완화, 국가치매 관리체계 확립, 독거노인 돌봄 강화 등을 내용으로 하는 국정과제들이 제시되었음(제18대대통령직인수위원회, 2013: 76).

#### 나. 수요자 중심의 보건의료서비스 공급체계 확산

- 국민건강보험제도와 노인장기요양보험제도 하에서 아직까지 노인들이 공공의 사회보장의 대상층 선정에 제약성이 있음. 왜냐하면 노인 보건의료서비스의 의료보장 혜택은 건강보험 피험자, 기초생활수급권자, 그리고 저소득층 노인 등에 한정되었음.

- 노인이 복지사각 지대에 놓여 있거나 혹은 보험 가입이 되지 않는 경우에 중증질환에 걸리면 의료빈민으로 전락할 가능성이 큼. 경제적 능력이 상실되어 소득원이 없는 저소득층 노인들이 원하는 보건의료서비스를 받기란 쉽지 않음.
- 따라서 우리나라는 그 동안 노인보건의료서비스 체계가 공공 및 민간의료기관이나 전문의료인력(의사, 간호사 등) 위주의 공급자 접근에 의해서 운영되어 왔다고 볼 수 있음.
- 사실상, 고령사회(혹은 초고령사회)에서 노인층의 다양한 욕구와 교육수준, 과거 직업활동 그리고 소득 정도 등이 확연히 다른 상황에서 노인 개인뿐만 아니라 지역사회의 건강수준도 달리 나타날 것임. 이런 측면을 고려하여 의료보장 차원에서 노인의 보건의료문제를 바라본다면 수요자 중심의 보건의료서비스가 공급되어야 할 것임.
- 특히 일본은 전국민의료보험제도를 실시함에도 불구하고 노인보건법에 의해서 노인층만을 위한 별도의 의료비 지불제도를 마련하여 노인 중심의 보건의료서비스를 공급하는 점은 고령사회를 대비한 올바른 정책 방향으로 평가받을 수 있음(선우 덕·송현중 외, 2005).
- 수요자 중심의 노인보건의료서비스 공급체제를 확립하려는 정책 수립은 최근 중앙정부에 의해서 추진될 전망이다(보건복지부, 2013). 그래서 새 정부는 고령화, 만성질환 증가에 대응하고 의료서비스 체계를 예방에서 임종까지 수요자 관점에서 건강의 질을 높이기 위한 보건의료서비스 체계를 구축할 계획임.
- 생애주기별 맞춤형 검진체계를 구축하여 질병 예방 및 건강관리 대응체계의 구축

- 노인과 같은 만성질환자 및 만성질환 위험군에 대해 맞춤 건강관리 서비스 제공
- 노인의료와 영양 그리고 생활통합서비스의 활성화

#### 다. 민간 보건의료서비스 체계와의 협력 네트워크 강화

- 우리나라에서는 그 동안 공공 의료기관(특히 보건소와 지역의료원)과 민간 병·의원간 서비스의 연계 구축이 미흡한 상태로 유지되어 온 경향이 있음.
- 그런 결과로 보건의료서비스를 소비하는 노인들은 이동성과 접근성의 제약으로 말미암아 지역사회 내에서 질 좋은 의료서비스를 받는데 어려움이 동반됨.
- 노인을 위한 보건의료서비스 체계가 제대로 구축되려면 우선 공공의 보건소 및 지역의료원이 민간 병·의원간 서비스의 연계 협력과 정보 교환이 원활히 작동될 수 있는 구조가 되어야 할 것임.
- 만일 지역사회 내에서 1차 보건의료체계가 잘 갖추어 있을지라도 민간 병·의원의 협력이 없다면 지역사회 내에 질 좋은 보건의료서비스 공급체계가 잘 갖출 수 있는 여건이 부족할 것임. 특히 우리나라처럼 보건의료서비스가 절대적으로 민간 병·의원에 의존성이 큰 경우는 더욱 그러함.
- 새 정부는 의료공급체계 효율화를 위해서 동네의원-병원-대형병원 간 기능 재정립할 정책적 계획을 갖고 있으며, 아울러 1차보건의료서비스의 활성화, 전문병원과 지역거점병원 육성에도 정책적 개선 노력을 경주할 예정임.

- 특히 새 정부는 보건소, 보건지소, 체육시설, 공공기관, 기업체 등 공공 민간을 아우르는 지역사회자원이 만성질환 예방 관리를 위해 영역 제도 간 칸막이를 없애고 협업하는 혁신모형을 개발할 계획임(제18대대통령직인수위원회, 2013: 77).

#### 라. 노인 보건의료서비스 정책과 노인복지 연계 강화

- 다른 사회정책 영역에서도 마찬가지로 발생하는 현상이지만 노인 보건의료서비스 영역과 노인복지 영역 간에 상호 연계성이 미흡한 실정임.
- 사실상 노인보건의료서비스 정책 영역에서는 인력, 조직, 사업 내용들이 국민건강보험제도 속에서 고려되는 경향이 있고, 반면에 노인복지정책은 노인복지법과 노인장기요양제도 등과 같은 법·제도 안에서 기획 및 집행되는 경향이 강함.
- 다시 말해서 노인의 건강증진 그리고 질병예방 치료라는 공통의 목적을 위해서 통합 체계 속에서 정책 방향과 실천과제들이 추진되어야 하는데 그렇지 못하여 보건의료와 복지 정책영역 간에 칸막이 현실에 놓여 있음.
- 고령사회에 대비한 노인보건의료서비스 체계 구축이 노인복지와 연계시켜 나가는 것이 바람직함. 왜냐하면 그렇지 않을 경우 지역사회 내에서 보건소와 지역의료원이 노인복지과 간에 다양한 노인보건의료서비스 정책사업 추진의 효율성과 실효성이 낮을 가능성이 크기 때문임.

## 제3장 제주특별자치도 노인 보건의료서비스 체계 구축 현황과 문제점

### 1. 노인 인구 현황 및 증가 추이

#### 가. 인구 고령화 추이

- 2010년 제주특별자치도 65세 이상 노인 인구 구성비는 12.6%이며, 통계청이 발표한 미래 추계인구 자료를 보면 2015년에는 14.7%를 넘어서며 고령사회로 진입할 것으로 예상되며, 2025년에는 21.3% 2030년에는 26.0%에 달할 것으로 예상됨(표 3-1. 참고).
- 2015년 전국 평균 65세 이상 노인인구 비율이 13.1%인 것에 비해 제주도는 14.7%로 1.6% 높을 것으로 예상되며, 2020년에는 1.5%, 2025년에는 1.4%정도 전국 평균에 비해 높을 것으로 예상됨.

<표 3-1> 제주도 노인인구 변화 추이 (단위: 명, %)

구분		2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
전국	총인구(명)	49,410,366	50,617,045	51,435,495	51,972,363	52,160,065	51,888,486	51,091,352
	65세 이상 인구(명)	5,452,490	6,624,120	8,084,096	10,331,075	12,691,446	14,750,787	16,501,324
	65세 이상 구성비(%)	11.0	13.1	15.7	19.9	24.3	28.4	32.3
제주	총인구(명)	546,749	562,962	567,324	569,433	570,446	568,496	561,659
	65세 이상 인구(명)	68,901	83,003	97,648	121,490	148,248	173,982	196,663
	65세 이상 구성비(%)	12.6	14.7	17.2	21.3	26.0	30.6	35.0

## 나. 제주지역 노인의 주관적 건강수준

- 전국적인 규모로 실시된 「2011년 노인실태조사」(보건복지부·한국보건사회연구원, 2012)에서 확인된 65세 이상 노인의 주관적 건강상태에 관한 물음에 대하여 '매우 건강하다'와 '건강한 편이다'라고 답한 비율이 34.2%, '그저 그렇다'가 21.5%, '건강이 나쁜 편이다'와 '건강이 매우 나쁘다'가 44.4%로 건강하다고 답한 노인에 비해 건강하지 않다고 답한 노인의 비율이 10.2%가 높은 것으로 확인되었음(표 3-2. 참고).

<표 3-2> 노인(65세 이상)의 일반특성별 평소의 건강상태

(단위: %, 명)

특성		매우 건강하다	건강한 편이다	그저 그렇다	건강이 나쁜 편이다	건강이 매우 나쁘다	계(명)
전체		2.5	31.7	21.5	37.6	6.8	100.0 (10,540)
지역	동부	3.0	32.3	21.5	36.3	6.9	100.0 (7,146)
	읍·면부	1.4	30.4	21.6	40.1	6.5	100.0 (3,394)
성별	남자	4.1	39.9	20.2	30.0	5.9	100.0 (4,545)
	여자	1.3	25.5	22.5	43.3	7.5	100.0 (5,994)
연령	65~69세	3.7	39.7	20.9	31.0	4.7	100.0 (3,147)
	70~74세	2.6	31.3	21.7	38.4	6.0	100.0 (3,228)
	75~79세	1.5	25.8	21.8	43.1	7.7	100.0 (2,390)
	80~84세	1.5	25.2	21.6	40.5	11.2	100.0 (1,161)
	85세 이상	1.2	27.6	22.0	39.6	9.7	100.0 (614)

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 「2011년 노인실태조사」 2012.

- 제주지역을 대상으로 시행된 「2011년 지역사회건강조사」(제주특별자치도, 2012)에서 주관적 건강상태에 관한 물음에 대해서 65세~74세 노인 중 건강하다고 답한 비율이 23.6%, 나쁘다고 답한 비율이 39.1%로 나타났으며, 75세 이상 노인에서는 건강이 좋다고 답한 비율이 18.1%, 나쁘다고 답한 비율이 52.7%로 나타났음(표 3-3. 참고).

<표 3-3> 제주도 연령군별 주관적 건강수준

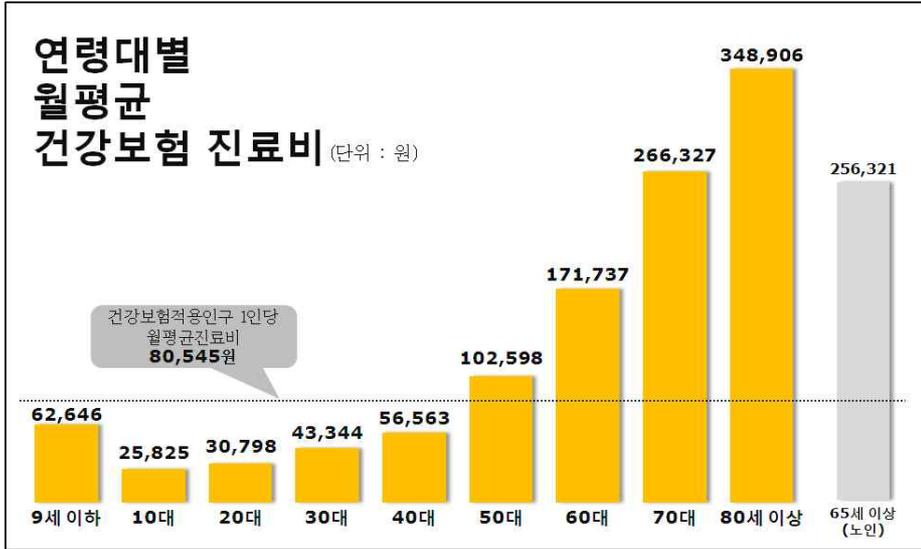
구분	매우 좋음	좋음	보통	나쁨	매우 나쁨
19-44세	3.8	78.4	17.0	0.7	0.1
45-64세	2.4	51.7	34.5	10.0	1.5
65세-74세	0.5	23.1	37.3	34.6	4.5
75세 이상	0.0	18.1	29.2	48.4	4.3

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

#### 다. 인구 고령화에 따른 질병부담 증가

- 고령 인구의 비중이 높아지게 되면 고혈압, 당뇨병, 퇴행성 관절염 등 근골격계 질환과 같은 만성질환 유병율의 증가와 함께 암, 뇌졸중, 허혈성심장병 등 중증 질환의 발생율을 높여 질환을 앓는 개인의 고통을 증가시킬 뿐 아니라 국민의료비의 가파른 상승을 초래하여 사회적 부담을 높이게 될 것임.
- 2012년 건강보험 1인당 월평균 진료비는 80,545원으로, 전년 대비 2,121원(2.7%) 상승하였으나, 60대 인구의 월평균 진료비는 171,737원, 70대는 266,327원, 80세 이상은 348,906원으로 나타났으며 65세 이상 인구의 월평균 진료비는 256,321원으로 확인됨.

- 이러한 사실로부터 향후 고령인구의 비중이 높아질수록 만성질환자와 중증질환자의 증가로 인해 의료비 부담이 가파르게 상승할 것이란 점을 유추해 볼 수 있을 것임.



<그림 3-1> 2012년 연령대별 월평균 건강보험 진료비 현황

자료: 국민건강보험공단, 「2012년 건강보험 주요통계」 2013.

- 2012년 말 65세 이상 건강보험 적용인구 547만 명으로 총 적용인구의 약 11%이지만, 2012년 65세 이상 월평균진료비는 256,321원으로, 전체 월평균 진료비의 3.2배에 달함.
- 또한 65세 인구 비중이 2005년 8.3%에서 2012년 11.0%로 증가함에 따라서 건강보험 총진료비 중 65세 이상 인구의 진료비 비율도 2005년도 24.4%에서 2012년 34.4%로 지속적으로 상승하고 있어 이러한 추세는 앞으로도 지속될 것으로 전망됨(표 3-4. 참고).

&lt;표 3-4&gt; 건강보험 65세이상 노인의료비 증가 추이

구 분	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
전체인구(천명)	47,392	47,410	47,820	48,160	48,614	48,907	49,299	<b>49,662</b>
65세 이상 인구(천명) (비율, %)	3,919 (8.3)	4,073 (8.6)	4,387 (9.2)	4,600 (9.6)	4,826 (9.9)	4,979 (10.2)	5,184 (10.5)	<b>5,468 (11.0)</b>
총진료비(억원)	248,615	284,103	323,892	348,690	393,390	436,283	462,379	478,392
65세 이상 진료비(억원) (비율, %)	60,731 (24.4)	73,504 (25.9)	91,190 (28.2)	107,371 (30.8)	124,236 (31.6)	141,350 (32.4)	153,893 (33.3)	<b>164,502 (34.4)</b>
1인당 월평균 진료비(원)	43,705	49,939	56,608	60,535	67,709	74,564	78,424	<b>80,545</b>
65세 이상 1인당 월평균 진료비(원)	129,124	150,384	173,217	194,531	214,507	236,588	247,366	<b>256,321</b>

자료 : 국민건강보험공단, 「2012년 건강보험 주요통계」 2013

주 : 1) 적용인구는 연도 말 기준

2) 1인당 월평균 진료비 = 진료비/연평균 건강보험 적용인구/12

65세 이상 1인당 월평균 진료비 = 65세 이상 진료비/연도말 건강보험 적용인구/12

※ 2012년 65세 이상 1인당 연평균 진료비는 연평균 적용인구 적용

3) 반올림 계산하여 실제 값과 차이가 있을 수 있음.

- 고령인구의 질병부담 증가 현상은 제주지역 노인들에게도 비슷한 양상으로 나타나고 있는데, 2011년 제주지역 60대 노인인구의 연평균 건강보험진료비가 2,322,919원이었고, 70대는 3,202,535원, 80대 이상은 3,284,806원이었음(표 3-5. 참고).
- 앞으로 고령인구 비중이 빠르게 증가함에 따라서 질병부담 증가와 이로 인한 보건의료서비스에 대한 수요가 가파르게 상승하게 될 것이란 점을 시사함.

<표 3-5> 2011년 제주도민 연령대별 건강보험 이용 현황

	진료 실인원	내원 일수	진료비 (천원)	1인당 연 평균 내원일수	1인당 연 평균 진료비(원)
0-9세	59,465	1,532,292	43,301,070	26	728,177
10-19세	77,899	795,331	27,099,230	10	347,876
20-29세	60,211	649,203	27,486,275	11	456,499
30-39세	77,071	1,072,407	48,863,316	14	634,004
40-49세	89,991	1,525,937	75,901,319	17	843,432
50-59세	72,822	1,917,825	100,219,622	26	1,376,227
60-69세	47,136	2,096,495	109,493,104	44	2,322,919
70-79세	35,428	2,296,793	113,459,418	65	3,202,535
80세 이상	14,973	901,168	49,183,404	60	3,284,806
계	534,996	12,787,451	595,006,757	24	1,112,170

자료 : 국민건강보험공단, 「2011 지역별 의료이용 통계」 2012.

## 2. 노인 보건의료서비스의 범위

### 가. 노인 보건복지서비스 현황

- 현재 노인을 대상으로 중앙정부와 지방정부에서 제공되는 노인 보건복지 및 서비스는 국민건강보험 및 의료급여제도, 노인장기요양보험 등을 포함한 건강보장, 직업지원, 주거보장, 사회서비스 제공으로 나누어 볼 수 있음(표 3-6. 참고).
- 노인보건복지 및 서비스 분야에서 전체 국민을 대상으로 하는 국민건강보험제도가 있고, 다른 한편으로 나이를 기준으로 65세 이상의 노인을 대상 정책사업과 60세 이상 노인대상의 정책사업으로 구분되고 있음.

<표 3-6> 노인 보건복지서비스 운영 현황

사업명		서비스 대상자	
		연령기준	자격기준
건강 보 장	국민건강보험 및 의료급여제도	모든 국민	국민건강보험법에 의해 규정된 보건의료서비스 보장
	노인장기 요양보험	65세 이상 또는 65세 미만 노인성 질병자	65세 이상 또는 65세 미만 노인성 질병을 가진자로서 요양보호를 필요로 하는 중등중 이상(1~3등급)의 자
	노인복지 시설(의료)	65세 이상	노인성질환으로 요양을 필요로 하는 자로서 - 노인장기요양법 제15조에 따른 수급자 - 기초수급권자로서 65세 이상의 자
	재가노인 복지사업	65세 이상	장기요양급여수급자 심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상의 자
	치매상담 센터운영	60세 이상	치매노인과 그 가족
	치매조기 검진사업	60세 이상	60세 이상 모든 노인
	노인 건강진단	65세 이상	기초생활수급자 및 차상위 노인 중 희망자 기타 보건소장이 필요하다고 인정하는 자
	노인안검진 중 개인 수술대상	65세 이상	기초생활수급자 및 차상위 노인 중 희망자 기타 보건소장이 필요하다고 인정하는 자
직 업 지 원	노인 일자리사업	65세 이상 (일부 : 60~64세 가능)	노인일자리사업에 참여가능 한 노인
주 거 보 장	노인복지 시설(주거)	65세 이상	일상생활에 지장이 없는 자로서 - 기초수급권자 및 적절한 부양을 받지 못하는 자 - 도시근로자 월평균소득 이하 가구 노인

<표 3-6. 계속> 노인 보건복지서비스 운영 현황

사 회 서 비 스 제 공	노인돌봄 서비스	65세 이상	- 소득수준, 부양의무자 유무 등에 상관없이 실제 혼자 살고 있는 노인(기본) - 장기요양보험등급 외 A, B의 노인, 전국가구 월평균 소득 150%이하(종합)
	노인여가 복지시설	65세이상 60세이상	없음
	결식우려 노인 무료급식 지원	60세 이상	결식이 우려되는 노인
	경로우대제	65세이상	없음

#### 나. 보건의료서비스 정의

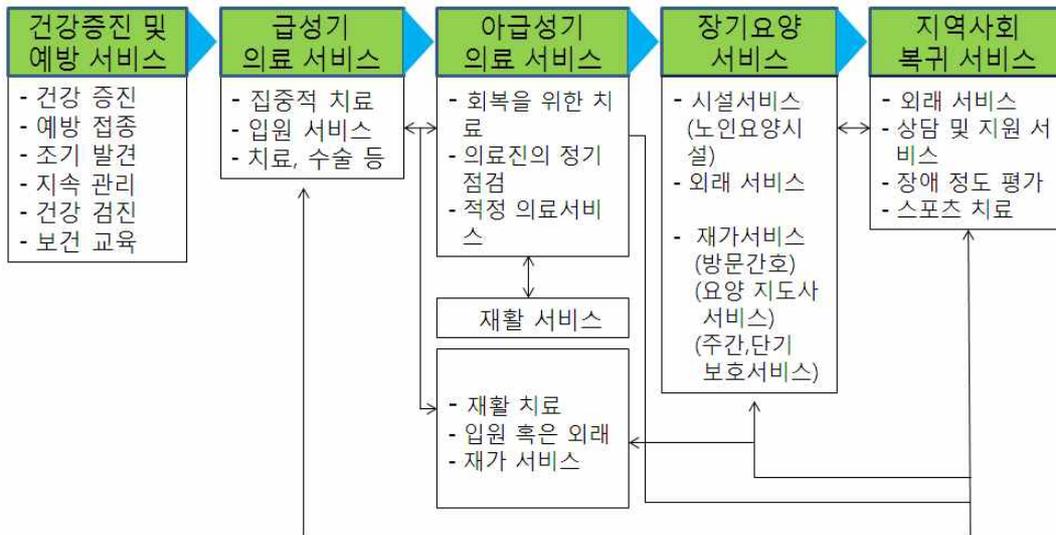
- 보건의료분야에서 공공부문이 담당하는 역할은 규제(regulation), 서비스 제공과 관련된 자원·재원·서비스 기획(planning), 자원 개발, 재원 조달 및 배분, 서비스 직접 제공, 서비스 제공을 위한 네트워킹과 조정(coordination), 정보 생산 및 공개로 나누어 볼 수 있음.
- 2000년에 제정된 ‘공공보건의료에관한법률’에서는 공공보건의료를 ‘공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 행하는 모든 활동’이라고 정의하고, 공공보건의료기관은 ‘국가·지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관’으로 명시함으로써 공공소유의 기관의 활동으로 정의한바 있음.
- 2012년에 개정된 ‘공공보건의료에관한법률’에서는 보건의료의 개념을 소유 중심에서 기능 중심으로 전환하여 공공보건의료를 ‘국가·지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모

든 활동'으로 정의함으로써 공공보건의료의 개념을 소유와 계층에 관계없이 국민의 보편적인 의료이용을 보장하고, 건강을 보호·증진하는 활동으로 확장하였음.

- 개정된 '공공보건의료에관한법률'에서 정의한 공공보건의료의 개념은 민간이 행하는 건강과 관련된 모든 활동을 포괄할 수 있기 때문에 본 연구에서 대상으로 삼는 공공보건의료의 범위는 '① 중앙정부나 지방정부의 규제와 제도, ② 서비스 제공과 관련된 기획, ③ 자원 개발, ④ 자원 조달 및 배분, ⑤ 서비스 직접 제공, ⑥ 서비스 제공을 위한 네트워킹과 조정, ⑦ 정보 생산 및 공개'로 정의하고 분석하고자 함

#### 다. 보건의료서비스 범위

- 본 연구에서는 복지 영역을 제외한 직접적인 노인 보건의료서비스와 관련된 영역을 중심으로 다루는 것이 본 연구 주제에 적합할 것임.
- 노인 보건의료서비스의 범위와 영역은 선우덕 외(2005)이 정리한 노인보건의료서비스 기본 틀을 참고하여 건강증진 및 예방서비스, 급성기 의료서비스, 재활서비스를 포함한 아급성기 의료서비스, 장기요양 서비스, 지역사회 복귀서비스로 나누어 볼 수 있으며, 이들 분야의 현황과 문제점을 분석하고 향후 개선 방향을 마련해 나갈 것임(그림 3-2. 참고).



<그림 3-2> 노인 보건의료서비스 범위와 진행과정

### 3. 제주지역 노인의 건강증진 및 예방 서비스 현황과 문제점

#### 가. 노인 건강증진 및 예방 서비스 범위

- 노인 건강증진 및 예방 서비스에는 음주, 흡연, 운동, 비만 등 주요 건강 행태 개선을 다루는 건강증진 서비스 영역, 감염병에 관한 예방 및 관리, 고혈압 당뇨병 등 만성질환에 관한 조기발견 및 지속관리, 보건교육 및 홍보 등이 포함됨.
- 건강증진, 감염병에 관한 예방 및 관리, 보건교육 및 홍보 사업은 개인적으로 심각성을 자각할 때까지는 수요 자체가 낮고, 수익성도 낮을 뿐만 아니라 외부효과도 작용하여 시장 메커니즘에 의한 활동이 형성되기 어려워서 보건소를 중심으로 한 공공부문에서 사업에 관한 기획, 집행, 평가가 이루어져 왔음.

- 예방접종, 고혈압 및 당뇨병 진료 등 적지 않은 부분이 민간 의료기관을 통해서 이루어지고 있기 때문에 공공 부문이 사업 수행에 필요한 예산 조달뿐만 아니라 기획, 조정, 집행, 모니터링, 평가를 수행하면서 민간과 적극적인 협력과 조정을 수행할 때 사업의 성과를 높여나갈 수 있는 영역이라고 할 수 있음.

#### 나. 제주지역 노인 건강증진 및 예방 서비스 인프라 현황

- 제주지역 노인의 건강증진 및 예방 서비스를 주관하는 행정조직으로는 제주특별자치도 보건복지여성국 내에 보건위생과가 주무부서이며, 일선 현장의 서비스의 기획과 집행은 2013년 현재 보건소 6개소, 보건지소 10개소, 보건진료소 47개소를 중심으로 제공되고 있음.
- 보건기관과 함께 건강증진 및 예방 서비스에 관여하는 보건의료기관은 종합병원 7개, 병원 5개, 의원 327개, 치과의원 156개, 한의원 148개, 약국 229개가 운영 중에 있음.
- 2012년도에 발표된 「2011년 제주특별자치도 사업체조사」 결과를 보면 노인 보건의료서비스에 관련된 병원, 의원, 공중보건의료업, 기타 보건업, 노인 거주 복지시설 운영업, 노인 요양 복지시설 운영업, 노인 양로 복지시설 운영업에 관여하는 사업체는 총 811개이며, 종사자수는 10,191명으로 확인되었음. 이들 중 제주지역 노인 건강증진 및 예방 서비스에 주로 관여하는 업체는 공중보건의료업 62개 기관 472명과 기타 보건업 50개 업체 170명을 합친 112개 기관, 642명 수준으로 보는 것이 적절할 것임(표 3-7. 참고).
- 문제는 642명의 인력이 노인을 대상으로 한 건강증진 및 예방서

비스에 관여할 뿐만 아니라 제주도민 전체를 대상으로 서비스 기획, 조정, 집행, 평가 업무를 담당하다보니 현재 보건기관을 중심으로 제공되는 서비스는 취약계층이나 서비스 접근이 용이한 일부 집단에 국한되어 있는 문제가 주된 한계점으로 지적되고 있음.

**<표 3-7> 제주도 노인 보건의료업 관련 사업체 수 및 종사자 수 현황(2011)** (단위 : 개, 명)

구분	사업체 수	종사자 수
병원	17	3,164
의원	584	3,237
공중 보건 의료업	62	472
기타 보건업	50	170
노인 거주 복지시설 운영업	49	1,574
노인 요양 복지시설 운영업	46	1,500
노인 양로 복지시설 운영업	3	74
계	811	10,191

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 사업체 조사」 2012

- 제주특별자치도에서 시행되고 있는 노인 건강증진 및 예방 서비스는 다른 시·도와 마찬가지로 중앙정부의 보건복지부 사업지침과 예산에 매칭사업으로 진행되고 있으며, 제주특별자치도의 독자적인 예산배정과 사업이 수행되는 영역은 제한적인 실정임.

#### 다. 제주지역 노인 건강행태 현황

##### 1) 제주지역 노인 주요 건강행위 실천 현황

- 보건복지부·한국보건사회연구원(2012)가 전국적인 규모로 실시한 「2011년 노인실태조사」에서 확인된 65세 이상 노인의 건강행태

를 보면 흡연율이 12.6%, 과음주율이 13.4%, 운동실천율이 50.3%, 영양상태 양호율이 69.5%, 건강검진 수준율이 81.6%로 나타났음 (표 3-8. 참고).

<표 3-8> 노인(65세 이상)의 성별 건강행위 실천율

(단위: %)

특성		현재 흡연율	과음주	운동 실천율	영양관리 상태양호	적정 수면시간	건강검진 수진율
전체		12.6	13.4	50.3	69.5	45.2	81.6
지역	동부	12.2	12.4	56.8	68.3	44.2	80.0
	읍·면부	13.2	15.6	38.7	71.9	47.3	85.7
성별	남자	24.7	28.8	58.0	77.5	48.5	83.4
	여자	3.4	1.7	44.5	63.4	42.7	80.3
연령	65~69세	15.3	18.4	56.0	78.3	48.7	87.1
	70~74세	12.0	13.8	54.3	70.8	44.8	85.8
	75~79세	12.3	11.3	47.3	63.9	43.2	79.9
	80~84세	8.7	7.4	39.5	58.1	43.2	72.0
	85세 이상	9.6	5.5	33.0	60.5	41.2	57.2

- 제주특별자치도(2012)의 「2011년 지역사회건강조사」 결과를 보면, 65-74세의 흡연율이 13.9%, 75세 이상 인구의 흡연율이 5.4%로 나타났고, 고위험 음주율도 65-74세 에서는 15.5%, 75세 이상에서는 6.3%로, 중등도 이상 신체활동 실천율도 65-74에서는 24.3%, 75세 이상에서는 11.0%로 연령이 높아짐에 따라서 흡연율과 고위험 음주율, 중등도 이상 신체활동 실천율이 낮아지는 것으로 나타났음 (표 3-9. 참고).
- BMI 지수로 측정한 비만율의 경우 65-74세 연령군에서 25.4%, 75세 이상에서는 18.3%로 나타났음.

<표 3-9> 제주도 65세 이상 인구의 건강행태 현황

연령	흡연율			고위험 음주율			중등도 이상 신체활동 실천율			비만율
	전체	남자	여자	전체	남자	여자	전체	남자	여자	
65-74세	13.9	30.5	0.5	15.5	19.9	4.1	24.3	26.1	22.9	25.4
75세이상	5.4	14.5	1.4	6.3	7.7	3.3	11.0	16.2	8.8	18.3

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

- 2011년 노인실태조사와 2011년 제주지역 지역사회건강조사 결과는 조사 방법이 다르기 때문에 단순 비교가 어렵기 때문에 제주도 노인의 노인 건강행태 수준을 다른 시·도와 비교하기 어려움. 그리고 현재 제주가 전국 17개 시·도 중 평균 수명이 가장 높은 지역이기 때문에 비교의 필요성도 낮다고 할 수 있음.

<표 3-10> 2012년 지역사회건강조사 주요 건강행태 시도별 결과 비교

(단위 : %)

구분	전국 평균	1위	2위	3위	...	15위	16위	17위
흡연율	24.5	서울	전북	울산	...	제주	강원	세종
		23.0	23.1	23.3	...	26.0	26.2	27.2
고위험음주율	16.0	전남	전북	광주	...	제주	강원	세종
		13.5	13.7	14.1	...	18.8	19.5	20.4
중등도 이상 신체활동 실천율	20.6	전남	제주	경남	...	인천	강원	서울
		35.5	28.8	25.4	...	17.8	17.5	16.8
걷기 실천율	42.3	서울	대전	부산	...	제주	경북	강원
		52.1	48.2	46.9	...	34.4	31.3	28.4
비만율	23.1	대전	대구	부산	...	세종	강원	제주
		22.0	22.2	22.4	...	26.3	26.7	30.1

자료: 보건복지부·질병관리본부, 「2012년 지역사회건강조사 건강통계 한 눈에 보기」 2013.

- 그러나 제주도민의 흡연율, 고위험 음주율, 신체활동, 걷기실천율, 비만율 지표에서 제주도는 최하위 수준에 머물러 있음을 알 수 있음(표 3-10. 참고).
- 2008년부터 시작된 「지역사회 건강조사」 결과에서 제주도민의 건강행태 수준이 전국 최저 수준으로 나타나고 있어 현재의 중·장년층 이하의 연령층이 노인이 되었을 경우 건강상태의 부정적인 결과를 초래할 수도 있어 우려스러운 측면이 있음.

#### 나) 건강행위 실천율 문제점과 과제

- 현재 제주지역 노인의 건강행위 실천율이 낮다고 할 수는 없으나 중·장년층 이하 인구의 건강행위 실천율이 상대적으로 좋지 않은 것으로 나타나고 있는 점은 20-30년 후에 제주도 노인의 건강상태가 상대적으로 나쁘게 나타날 수 있다는 경고 신호로 봐야 하며 이 부분에 대한 체계적인 계획과 집행이 필요하다고 판단됨.

#### 라. 고혈압 및 당뇨병 진단율 및 현재 치료율

##### 1) 고혈압 및 당뇨병 진단율 및 치료율 현황

- 제주특별자치도(2012)의 「2011년 지역사회 건강조사」에서 확인된 제주지역 노인의 고혈압 의사진단 경험률과 현재 치료율을 보면 60대에서 고혈압 평생 의사진단 경험률이 38.6%, 현재 치료율이 93.3%로 조사되었고, 70세 이상에서 의사진단 경험률은 54.4%, 현재 치료율은 96.3%로 나타났음(표 3-11. 참고).

<표 3-11> 연령군별 고혈압 평생 의사진단 경험률

구분	고혈압 평생 의사진단 경험률			고혈압 현재 치료율		
	전체	남자	여자	전체	남자	여자
30-39세	2.4	3.9	0.8	44.6	51.0	
40-49세	10.6	16.6	3.9	61.0	57.2	78.8
50-59세	25.3	30.7	19.8	85.2	89.3	78.5
60-69세	38.6	38.5	38.7	93.3	95.2	91.8
70세 이상	54.4	51.3	56.1	96.3	98.0	95.5

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

- 「2011년 지역사회 건강조사」에서 확인된 제주도 노인의 당뇨병 의사진단 경험률과 현재 치료율을 보면 60대에서 당뇨병 평생 의사진단 경험률이 12.6%, 현재 치료율이 84.6%로 조사되었고, 70세 이상에서 의사진단 경험률은 14.4%, 현재 치료율은 85.7%로 나타났다.

<표 3-12> 연령군별 당뇨병 평생 의사진단 경험률

구분	당뇨병 평생 의사진단 경험률			당뇨병 현재 치료율		
	전체	남자	여자	전체	남자	여자
30-39세	0.5	0.3	0.7	-	-	-
40-49세	4.2	5.0	3.4	49.3	54.5	40.8
50-59세	8.9	10.7	6.9	56.4	70.9	33.2
60-69세	12.6	15.4	10.4	84.2	89.9	77.2
70세 이상	14.4	19.0	11.8	85.7	89.7	82.0

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

- 2012년 국민건강보험공단이 발표한 「2011 지역별 의료이용 통계」에 제시된 제주도민의 고혈압 환자 급여일수 구간별 현황을 보면 전국 평균값 35.8%에 비해서 179일 이하로 급여를 받는 고혈압 환자의 비율이 40.9%로 높고, 180-239일 급여일수, 240-359일

급여일수, 360일 이상 급여일수에 해당하는 고혈압환자의 비율은 전국 평균에 비해 낮은 것으로 나타났음(표 3-13. 참고).

<표 3-13> 2011년 고혈압 환자 급여일수 전국 평균과 제주 평균 비교  
(단위 : %)

구 분		전국	제주
모든 의료기관	179일 이하	2,046,362 (35.8)	26,142 (40.9)
	180-239일	489,389 (8.6)	4,919 (7.7)
	240-359일	1,804,202 (31.6)	19,007 (29.8)
	360일 이상	1,373,574 (24.0)	13,791 (21.6)
	계	5,713,527 (100.0)	63,859 (100.0)
보건기관	179일 이하	400,829 (55.6)	5,367 (62.4)
	180-239일	53,587 (7.4)	556 (6.5)
	240-359일	164,568 (22.8)	1,713 (19.9)
	360일 이상	102,034 (14.2)	966 (11.2)
	계	721,018 (100.0)	8,602 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 「2011 지역별 의료이용 통계」 2012.

- 이러한 결과는 보건소를 내원하는 고혈압 환자에서도 비슷한 양상을 보여주고 있음. 제주도 고혈압 환자들이 전국 평균에 비해서 의료기관을 방문하여 급여를 받는 일수가 적다고 해서 고혈압

관리에 소극적이라는 결론을 내리기에는 일정한 한계가 있지만 전국 평균에 비해서도 의료기관 방문 급여일수가 적다는 것은 고혈압 환자들의 자가 관리에 소극적이라는 추정이 가능함.

- 고혈압 환자와 같이 제주도 당뇨병 환자의 경우에도 지속적으로 의료기관을 방문하여 약을 복용하는 환자의 비율이 전국 평균에 비해 낮은 것으로 나타났음(표 3-14. 참고).

<표 3-14> 2011년 당뇨병 환자 급여일수 전국 평균과 제주 평균 비교  
(단위 : %)

구 분		전국	제주
모든 의료기관	179일 이하	1,300,113 (55.1)	14,170 (60.4)
	180-239일	247,138 (10.5)	2,221 (9.5)
	240-359일	360,344 (15.3)	3,280 (14.0)
	360일 이상	453,245 (19.2)	3,775 (16.1)
	계	2,360,840 (100.0)	23,446 (100.0)
보건기관	179일 이하	143,397 (76.7)	2,046 (83.4)
	180-239일	14,229 (7.6)	131 (5.3)
	240-359일	15,321 (8.2)	130 (5.3)
	360일 이상	13,990 (7.5)	147 (6.0)
	계	186,937 (100.0)	2,454 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 「2011 지역별 의료이용 통계」 2012.

- 보건기관을 통해서 투약을 받는 환자들의 경우에도 비슷한 양상을 보여주고 있음. 제주도 당뇨병 환자들의 경우에도 보다 적극적인 자가 관리를 위한 사업 추진이 필요함을 보여주고 있는 결과로 판단됨

## 2) 고혈압 및 당뇨병 진단을 및 치료율 관련 문제점

- 제주특별자치도(2012)의 지역사회 건강조사 결과 고혈압 및 당뇨병으로 의사로부터 진단을 받은 사람들의 치료율은 높은 수준인 것으로 나타났으나, 제주도민 중 고혈압과 당뇨병으로 보건의료기관을 방문하여 지속적으로 관리를 받는 환자의 비율은 전국 평균에 비해 낮은 수준인 것으로 나타났음.
- 이러한 결과는 제주도 고혈압 및 당뇨병 환자들이 상대적으로 자가 관리에 소극적이라는 추정이 가능하며, 이러한 경향이 지속될수록 중증 합병증 발생 가능성이 높아질 우려가 있기 때문에 보다 적극적인 관리를 위한 의료인들의 적극적인 권유와 홍보·교육이 활성화될 필요가 있다고 판단됨.

## 마. 기타 만성질환 및 중증질환 의사진단 경험률 현황

- 제주특별자치도(2012)의 「2011년 지역사회 건강조사」에서 확인된 제주도 노인의 주요 만성질환 및 중증질환 의사진단 경험률은 <표 3-15>에 나타나 있음.
- 50대와 60대에서 이상지질혈증 평생 의사진단 경험률이 다른 연령대에 비교하여 높게 나타났고, 그리고 70대 이상에서는 다른 연령대보다 뇌졸중, 급성심근경색증, 관절염의 평생 의사진단 경험률이 높게 나타남.

<표 3-15> 제주도 연령군별 만성질환 및 중증질환 평생 의사진단 경험률

(단위 : %)

연령	이상지질혈증 평생 의사진단 경험률			뇌졸중 평생 의사진단 경험률			급성심근경색증 평생 의사진단 경험률			관절염 평생 의사진단 경험률		
	전체	남자	여자	전체	남자	여자	전체	남자	여자	전체	남자	여자
40-49세	9.4	12.3	6.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.1	0.5	4.7	3.9	5.6
50-59세	15.4	13.9	16.9	1.4	1.5	1.4	2.0	2.4	1.6	14.0	7.5	20.9
60-69세	17.5	15.0	19.6	2.9	2.7	3.0	3.7	3.8	3.5	26.8	10.9	40.0
70세 이상	10.8	9.7	11.5	4.3	4.8	4.0	6.6	7.5	6.0	39.5	18.2	51.6

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

- 이와 제주지역의 연령군별 주요 만성질환과 낙상 경험률은 <표 3-16>에서 나타나고 있음. 70대 이상 연령층에서 천식과 백내장의 평생 의사진단 경험률 그리고 연간 낙상 경험률이 다른 연령대에서 보다 높게 나타나고 있음. 그러나 우울증 평생 의사진단 경험률이 가장 높은 연령층은 60대이고, 다음으로 70대 이상, 50대, 그리고 40대 순으로 나타남.

<표 3-16> 제주도 연령군별 주요 만성질환 및 낙상 경험률 (단위 : %)

연령	천식 평생 의사진단 경험률			백내장 평생 의사진단 경험률			우울증 평생 의사진단 경험률			연간 낙상 경험률		
	전체	남자	여자	전체	남자	여자	전체	남자	여자	전체	남자	여자
40-49세	2.3	2.3	2.3	0.8	0.4	1.1	3.4	2.8	4.0	14.0	12.9	15.3
50-59세	4.5	3.6	5.4	3.8	2.5	5.2	4.6	0.4	9.0	14.1	10.5	17.8
60-69세	4.3	5.8	3.2	20.7	17.4	23.4	6.5	3.6	8.9	15.7	13.1	17.9
70세 이상	6.8	8.1	6.1	41.6	36.1	44.7	5.0	3.6	5.8	18.4	15.2	20.3

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

바. 제주지역 노인의 보건기관 이용 현황과 문제점

1) 제주지역 노인의 보건기관 현황

- 제주지역에서 보건기관(보건소, 보건지소, 의료원)은 지역사회 내 도내 노인들의 건강증진사업을 위한 건강검진과 질병 예방, 그리고 치매 예방 및 관리 등에 중요한 기능과 역할을 하고 있음.
- 특히 농어촌 지역(읍·면 지역, 추자도, 우도)에서 보건소와 보건지소 및 보건진료소의 역할과 기능은 노인들의 보건의료 서비스를 제공하는데 없어서는 안 될 중요한 공공기관임.
- 도내 보건소( 혹은 보건지소, 보건진료소)는 중앙정부의 노인 보건의료서비스 관련 정책 혹은 사업들을 수행하는 말단 공공 행정 기관임.
- <표 3-17>은 제주 도내 보건의료기관인 보건소, 보건지소, 보건진료소 분포를 보여주고 있음.

<표 3-17> 제주특별자치도 보건의료기관 현황

(단위 : 개소)

기관 유형		기관수
공공보건기관	보건소	6
	보건지소	11
	보건진료소	69
합 계		17

자료 : 제주특별자치도 2012 통계연보(2011.12.31 기준)

- 보건소와 보건지소는 지역보건법, 보건진료소는 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법의 규정에 의해서 설치·운영되고 있음.

- 제주지역의 노인 보건의료서비스 제공하는 의료기관(예, 종합병원, 일반 및 한방병원, 의료원, 한의원, 일반 의원 등)에 종사자 인력 구성이 어떠한가 중요한 사항임.

<표 3-18> 제주특별자치도 보건소·보건지소 인력 현황

(단위 : 명)

구 분	보건소 인력		보건지소인력		보건소· 보건지소 전체 인력
	제주시	서귀포시	제주시	서귀포시	제주도
의사	10	9	8	4	31
치과의사	4	3	3	-	10
한의사	3	4	6	4	17
조산사	-	-			0
간호사	44	43	13	7	107
임상병리사	10	9	-	-	19
방사선사	7	5	1	-	13
물리치료사	6	8	-	-	14
치과위생사	10	5	2	-	17
영양사	1	4	-	-	5
간호조무사	14	10	10	2	36
의무기록사	1	1	-	-	2
위생사· 위생시험사	-	-	-	-	0
정신보건전문요원	-	1	-	-	1
정보처리가사	1	-	-	-	1

자료 : 제주특별자치도 2012 통계연보(2011.12.31 기준)

- 제주지역의 보건소에 근무하는 의료 및 간호 인력 수(의사, 한의사, 치과의사, 간호사)는 제주시와 서귀포시에 거의 비슷한 분포

를 보이고 있음. 그러나 보건지소의 인력은 제주시가 상대적으로 서귀포시에 비하여 많이 나타남(표 3-18. 참고).

- 특히 서귀포시 보건지소에는 치과의사, 방사선사, 치과위생사가 전혀 없는 것으로 나타남.
- 제주지역의 보건소(혹은 보건지소)에는 위생사·위생시험사 그리고 정신보건전문요원은 전혀 없는 것으로 나타나 향후 인력충원이 필요함.
- 지방의료원은 「지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률」 제정(2005)으로 취약계층 및 취약지역 의료소외계층에 의료서비스 제공, 민간의료기관이 기피하는 공공의료사업을 주로 수행함.
- 서귀포의료원의 핵심가치는 고객중심의 병원(생명의 가치존중, 우수의료진의 안정적 근무환경조성, 내외 고객 창안제도, 응급센터 운영강화, 외국인 환자유치), 시설장비 현대화(병원 신축, 공공산후조리원 설치, 특화진료센터 개설 등), 조직 역량강화(지속적 직무교육, 내부고객의 자부심 제고, 외부위탁교육 강화, QI 활동 활성화), 사회공헌 및 홍보(지역사회 봉사, 산남지역 의료안전망 구축, 만성질환 예방 및 관리, 대내외 이미지 개선, 홈페이지 개편) 등을 핵심가치로 삼아 개별 목표들을 달성해 나가고 있음.
- <표 3-18>에 나타나듯이, 제주의료원이 서귀포의료원보다 병상수가 더 많음에도 불구하고, 약사, 간호사, 사무직, 보건직, 사무직 인력이 서귀포의료원보다 적은 것으로 나타남.
- 왜냐하면 서귀포의료원은 서귀포시 지역의 종합병원으로서 역할을 하고 있고, 반면에 제주의료원은 병상수는 많으나 종합병원 역할과 기능을 하지 않고 전문병원(특히 노인)의 기능적 역할을 하고 있기 때문임.

<표 3-19> 제주·서귀포의료원의 인력현황

(단위: 명)

구분	병상수	의사	약사	간호사	사무직	보건직	기능직
제주 의료원	297	10	2	83	14	16	38
서귀포 의료원	212	22	2	120	21	36	37

자료 : 전국지방의료원연합회, 「2010 지방의료원 연보」

- 제주의료원 총 진료환자 수가 93,793명으로 서귀포의료원의 233,197명보다 훨씬 적은 것으로 나타났으나, 총 진료환자 대비 보호환자의 점유율은 제주의료원이 24.6%로 서귀포의료원의 16.3% 보다 8.3%p 낮음(표 3-20. 참고).
- 이와 더불어 2010년도에 제주의료원은 경로당무료진료, 지역사회 건강교육 등 658명, 서귀포의료원은 노인, 장애인, 해녀, 우도주민 대상 무료진료, 그리고 건강강좌 및 보건교육 등 1,287명에 대한 공공진료 활동을 전개하였음.

<표 3-20> 제주·서귀포의료원의 운영 현황

(단위: %, 명)

구분	총 진료환자	보호환자	점유율	공공 진료인원	평균 재원일수	일 평균 외래 환자수	월 평균 응급 환자수
제주 의료원	93,793	23,104	24.6%	658	222.2	46.4	0.4
서귀포 의료원	233,197	37,923	16.3%	1,287	180.7	611.6	2,815.8

자료 : 전국지방의료원연합회(2012), 「2010 지방의료원 연보」

- 제주의료원은 병원으로 급성병상으로 209병상, 특수병상으로 88병상으로 운영되고 있고 총 11개과가 개설되었음. 반면에 서귀포의료원은 종합병원으로 총 212병상이 모두 급성기 병상으로 운영되고, 진료과는 총 13개과 개설되어 있음(진영찬, 2011).

## 2) 제주지역 노인의 보건기관 이용 현황

- 제주특별자치도(2012)의 「2011년 지역사회 건강조사」에서 확인된 제주도민의 연령군별 연 보건기관 이용률을 보면(표 3-21. 참고), 19-44세에서는 24.1%, 45-64세는 27.6%, 65-74세는 70.9%, 75세 이상에서는 82.2%로 확인되었음. 65세를 기준으로 보건기관 이용률이 급격하게 상승하는 것은 65세 노인부터 적용되는 노인 보건복지제도에 기인하는 것으로 판단됨.

<표 3-21> 연령군별 연중 보건기관 이용률 (단위 : %)

구 분	전체	남자	여자
19-44세	24.1	16.5	32.1
45-64세	27.6	23.1	32.3
65-74세	70.9	73.9	68.4
75세 이상	82.2	77.7	84.2

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

- 보건기관을 이용한 제주도민 중 주로 이용한 보건기관 유형을 보면 65-74세에서 주로 이용한 기관은 보건소가 49.6%로 가장 높았고, 보건지소가 8.8%, 보건진료소가 12.5%였으며, 75세 이상 노인에서도 보건소가 51.0%로 가장 높았고, 보건지소가 13.8%, 보건진료소가 17.3%로 나타났음(표 3-22. 참고).
- 따라서 제주도민들 가운데 연령이 높을수록 보건기관(보건진료소,

보건지소, 보건소)을 이용하는 비율이 낮게 나타났고, 반면에 연령이 높을수록 이용률이 높은 것으로 나타남.

<표 3-22> 연령군별 최근 1년(365일) 동안 주로 이용한 보건기관

(단위 : %)

구 분	이용한 적 없다	보건소	보건지소	보건진료소
19-44세	75.9	21.4	1.5	1.2
45-64세	72.4	21.9	2.6	3.1
65-74세	29.1	49.6	8.8	12.5
75세 이상	17.8	51.0	13.8	17.3

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

- 보건기관을 방문하여 이용하는 서비스를 살펴보면(표 3-23), 65-74세 노인에서 가장 높은 비율을 차지한 것은 예방접종으로 93.0%로 압도적으로 높았으며, 진료서비스가 35.2%, 건강검진이 10.4%, 건강교실이 9.4%, 방문보건서비스가 7.6%로 나타났음.

<표 3-23> 연령군별 보건기관 이용 서비스 종류 (단위 : %)

구 분	예방접종	건강교실 (금연, 절주, 운동, 영양)	건강검진	방문보건서비스	영양보충서비스	정신보건서비스	모자보건서비스	구강보건서비스	진료서비스	민원서비스 (증명서 발급)	기타
19-44세	46.5	8.5	18.1	2.0	4.0	1.3	7.1	3.3	16.4	35.1	11.5
45-64세	47.8	10.1	17.3	6.1	0.5	0.5	0.6	4.5	29.9	29.1	11.3
65-74세	93.0	9.4	10.4	7.6	0.6	1.9	0.2	4.9	35.2	2.1	6.3
75세 이상	93.6	13.6	11.6	16.6	1.2	2.8	0.7	9.5	49.2	2.1	10.0

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

- 75세 이상 노인에서도 예방접종이 93.6%로 가장 높았으며, 진료서비스가 49.2%로 높았으며, 그 다음으로는 방문보건서비스로 16.6%, 건강교실이 13.6%, 건강검진이 11.6% 순으로 나타남.
- 75세 이상에서는 65-74세 노인에 비해서 진료서비스 이용 비율이 14%, 방문보건서비스 이용 비율이 9%, 건강교실 이용 비율이 4.2%나 높게 나타났음. 이러한 결과는 75세 이상 노인들 같은 고령자에게 보건소 서비스가 집중되어 있다는 점과 노인들의 거주 비율이 높은 읍·면지역에 보건기관 분포 밀도가 더 높은 이유가 복합적으로 작용한 것으로 판단됨.
- <표 3-23>은 2011년 지역사회 보건기관의 서비스이용 만족도를 보여주고 있음. 65-74세에서는 86.2%, 75세 이상에서는 89.3%였고, 19-44세에서는 69.6%로 나타나 결국 연령이 높아질수록 만족도가 높은 것으로 나타났음.
- 64세 이하 연령층에서는 남성이 여성보다 보건기관의 서비스이용 만족도가 약간 높게 나타났고, 반면에 65세 이상 연령층에서는 여성 노인이 남성 노인보다 상대적으로 높게 나타남.

<표 3-24> 연령군별 보건기관의 서비스이용 만족도 (단위 : %)

구분	전체	남자	여자
19-44세	69.6	69.8	69.4
45-64세	76.5	76.8	76.4
65-74세	86.2	84.8	87.4
75세 이상	89.3	88.8	89.5

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

- 노인층에서 보건기관을 이용하는 주된 이유를 살펴보면(표 3-25. 참고), ‘비용이 저렴해서’가 55%를 보여 가장 높았고, ‘거리가 가

까워서'가 19.3%, 22.6%, '다른 곳에서 제공하지 않는 서비스를 제공하기 때문에'가 12.5%, 8.9% 순으로 나타났으며, 신뢰할 수 있어서는 6.0%, 5.9%로 나타나 높은 수준은 아니었음.

- 따라서 노인들이 보건기관을 이용하는 주된 이유는 무료 예방접종과 같은 비용을 지불하지 않는 서비스 제공, 가까운 거리, 다른 곳에서 제공하지 않는 서비스 때문으로 볼 수 있음.

<표 3-25> 연령군별 보건기관을 이용하게 되는 주된 이유 (단위 : %)

구분	거리가 가까워서	비용이 저렴해서	신뢰할 수 있어서	시설이 좋아서	직원이 친절해서	다른 곳에서 제공하지 않는 서비스를 제공하기 때문에	기타
19-44세	9.9	36.3	5.5	0.7	1.3	31.5	14.8
45-64세	15.0	32.7	8.1	0.5	3.5	30.9	9.4
65-74세	19.3	55.4	6.0	0.5	3.1	12.5	3.3
75세 이상	22.6	55.3	5.9	0.6	4.5	8.9	2.2

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

<표 3-26> 연령군별 보건기관 질병(고혈압, 당뇨병, 관절염, 아토피·천식, 치매) 홍보 및 교육 경험률 (단위 : %)

구분	고혈압 홍보 및 교육 경험률	당뇨병 홍보 및 교육 경험률	관절염 홍보 및 교육 경험률	아토피·천식 홍보 및 교육 경험률	치매 홍보 및 교육 경험률
19-44세	27.4	27.0	23.2	23.8	23.8
45-64세	29.5	29.4	26.5	24.8	26.2
65-74세	35.5	33.0	32.8	23.4	28.8
75세 이상	49.1	45.4	44.9	31.5	39.1

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

- 보건기관에서 진행하는 교육 및 홍보 경험률 분포가 <표 3-26>에

나타남. 연령대가 높아질수록 홍보 및 교육 경험률이 높아지는 것으로 나타남.

- 따라서 보건기관의 사업에 대한 홍보 및 교육 프로그램이 주로 노인과 취약계층을 대상으로 실시되고 있기 때문에 연령층이 높으면서 경험률이 높게 나타나는 경향을 보이고 있음. 또한 연령이 높아질수록 건강에 관한 관심이 높아 보건기관의 홍보 및 교육에 대한 경험을 많이 가지는 것으로 판단됨.

### 3) 제주지역 노인의 보건기관 인프라 및 이용 현황에서 문제점

- 앞에서 지적되었듯이, 제주도 노인의 보건기관 이용율을 보면 65-74세에서는 70.9%, 75세 이상에서는 82.2%로 매우 높은 수준인 것으로 나타났음. 주된 이용 서비스를 보면 예방접종, 진료, 건강검진, 건강교실, 방문보건서비스 같은 비용 부담이 없는 서비스를 주로 이용하고 있으며 보건기관을 이용하는 주된 이유에서도 '비용 부담이 없어서'라는 답변이 가장 높게 나타났음.
- 경제력이 낮은 노인을 대상으로 예방접종이나 진료와 같은 서비스를 보건기관이 무료 혹은 낮은 비용부담으로 서비스를 제공하여 접종률을 높이고 접근성을 높이는 것은 바람직하지만 노인들이 이용하는 서비스의 대부분을 차지하고 있는 것은 바람직하지 않은 것으로 생각됨.
- 현재 제주도를 비롯하여 전국의 보건소가 제공하는 서비스는 보건복지부의 사업지침과 사업비를 기초로 이루어지기 때문에 제주도만의 문제라고 할 수 없지만 향후 노인 인구의 빠른 증가와 함께 만성질환과 중증질환 유병률과 발생율이 높아질 것으로 예상되는 상황에서 제주도 차원의 적극적인 대응을 모색할 시점이 되었음.

- 보건기관의 사업 방향을 건강증진·감염병 예방 및 관리·만성병 조기 발견 및 지속관리 제고에 중점을 높여가면서, 보건소의 직접서비스 제공보다는 서비스 기획과 관리에 기초한 지역사회 네트워크 확충을 통해서 일부 취약계층을 중심으로 하는 사업에서 전체 인구집단을 대상으로 하는 사업으로 전환할 필요가 있음.
- 이를 위해서는 보건기관의 사업예산 확충, 인력의 전문성 제고가 필요하며 건강문제에 대한 제주도정의 정책 우선순위가 높아져야 할 것으로 판단됨.

#### 4. 제주지역 노인의 급성기 의료 서비스 현황 및 문제점

##### 가. 제주지역 급성기 의료 인프라 현황

- 2013년 1분기 현재 제주도 급성기 의료서비스에 관계하고 있는 보건의료기관은 약국을 포함해서 총 944개 기관임. 상급종합병원과 치과병원은 없으며, 종합병원이 7개, 병원이 5개, 요양병원이 8개, 의원이 327개, 치과의원이 156개, 한의원이 148개, 보건기관이 63개, 약국이 229개임(표 3-27. 참고).
- 제주지역 보건의료기관의 지역별 분포를 보면, 모든 의료기관이 서귀포시에 비하여 제주시에 상대적으로 많이 집중되어 있음을 알 수 있음. 이는 제주시와 서귀포시 간에 의료발전의 지역불균형을 반영해 주는 것임. 또한 행정시(제주시, 서귀포시)의 동(洞) 지역은 읍·면 지역에 비하여 상대적으로 훨씬 많이 분포하여 도시와 농촌지역 간에 의료 불균형 문제가 발생하는 측면을 보여주고 있음.
- 물론 제주시(특히 동 지역)에 공공 및 민간의료기관들이 집중되어

있는 이유가 인구가 그 만큼 많이 집중되어 있고, 아울러 보건의료 서비스의 이용자와 수요자가 그 만큼 많기 때문이기도 함.

- 그럼에도 불구하고 서귀포시 지역에는 보건의료기관이 상대적으로 부족하여 지역주민들이 보건의료서비스 이용에 불편을 겪고 있는 것으로 판단함.

<표 3-27> 제주도 급성기 의료 인프라 현황 (단위 : 개소)

구 분	2012년			2013년		
	제주도 전체	제주시	서귀포시	제주도 전체	제주시	서귀포시
계	903	681	222	944	710	234
상급종합병원	0	0	0	0	0	0
종합병원	6	5	1	7	6	1
병원	6	5	1	5	4	1
요양병원	6	4	2	8	6	2
의원	313	241	72	327	250	77
치과병원	-	-	-	-	-	-
치과의원	149	118	31	156	123	33
조산원	1	1	0	1	1	0
보건소	6	3	3	6	3	3
보건지소	10	6	4	10	6	4
보건진료소	46	23	23	47	23	24
한방병원	1	1	0	0	0	0
한의원	136	103	33	148	114	34
약국	223	171	52	229	174	55

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

- 병원급 기관의 현황에서 제주대학교병원 신축 이전, 제주한라병원 증축, s-중앙병원 신설, 서귀포의료원 신축 공사 등으로 인해서 제주도 종합병원 인프라 수준도 빠르게 향상되고 있음. 으며, 또한

의원급 의료기관도 계속해서 늘어나고 있어서 급성기 의료서비스 인프라의 양적 확충이 지속되고 있음. 이로 인해서 경증 질환에 대한 제주도민의 접근성도 높아졌으며 의료서비스 질도 높아졌고, 선택의 폭도 확대되어 왔음.

- 병원 종별 구분에 따라 급성기 병원으로 간주할 수 있는 종합병원, 병원을 대상으로 병원 소유주체에 따라서 공공과 민간으로 구분할 수 있는 병원 구성 현황을 보면 2013년 1분기 시점으로 도내 종합병원 7개 중 공공 부문이 기관수로는 28.6%, 병상수로는 32.9%가 공공병원이며, 민간 부문은 기관수로는 71.4%, 병상수로는 67.1%를 차지하고 있음(표 3-28. 참고).

<표 3-28> 제주도 급성기 병원 중 공공과 민간 기관수 및 병상수 비교

(단위 : 개, %)

구분	공공		민간		계	
	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수
종합병원	2 (28.6)	779 (32.9)	5 (71.4)	1,587 (67.1)	7 (100.0)	2,366 (100.0)
병원	1 (20.0)	196 (27.9)	4 (80.0)	507 (72.1)	5 (100.0)	703 (100.0)
계	3 (25.0)	975 (31.8)	9 (75.0)	2,094 (68.2)	12 (100.0)	3,069 (100.0)

- 전체적으로 보면 급성기 의료인프라 중 공공부문의 기관수로는 25.0%, 병상수로는 31.8%를 차지하고 있어 우리나라 다른 시도에 비해서는 공공부문이 차지하고 있는 비중이 3배 정도 높은 수준이며, 종합병원 중 국립대학교병원이 자리 잡고 있어서 이러한 결과는 타 시도에 비해 민간의 병원 투자가 상대적으로 적었고, 90년대 이후 공공부문의 병원 투자가 일정 부분 이루어진 결과로 판단됨.
- 종별구분으로 병원의 경우 전체 병상이 정신병상이거나 전체 병상

중 정신병상 비율이 높은 일부 민간 병원이 있지만 공공병원의 경우에도 비슷한 경우가 있어 별도로 구분하지 않고 비교할 때 공공이 차지하는 비중이 기관수로는 20%, 병상수로는 27.9%, 민간은 기관수로는 80%, 병상수로는 72.1%를 차지하고 있었음.

- 제주지역의 급성기 병원과 병상수 현황을 평가해 보면 절대수에서는 부족하지 않으며 오히려 공급 과잉을 우려할 정도로 양적인 수준에서는 팽창하고 있음.
- 그러나 암과 같은 중증질환에 대한 질(quality)적인 수준에서는 아직도 서울 유수의 병원에 비해서는 부족한 측면이 있고, 재활, 정신보건 등 수익성이 낮은 부분에 대해서는 양과 질 모두 상대적으로 부족한 면이 있음.
- 도민의 기대와 바람에 적절하게 부응(responsiveness)하느냐의 측면에서도 부족함이 있음을 부정하기 어려움. 향후 이러한 부분에 대한 도 당국의 전략적 정책 수립과 집행이 필요하다고 판단됨.
- 제주지역 내 병·의원 수는 <표 3-29>에 잘 나타나 있음. 도내 종합병원 수는 6개로 지난 5년간 변화가 없고, 병원 수는 4~5개, 일반 의원은 2007년에 299개였으나 2011년에 317개로 5년 동안 6.0% 증가하였음.
- 제주도내 치과 병(의)원 수는 2007년에 137개였으나 2011년에 150개로 9.5% 증가하였고, 반면에 한방 병(의)원 수는 2007년에 84개였으나 2011년에는 133개로 58.3% 증가하였음.

<표 3-29> 인구 10만 명당 병원 수

(단위 : 개)

연도	종합병원		병원		의원		치과병(의)원		한방병(의)원	
	병원수	인구10만명당	병원수	인구10만명당	병원수	인구10만명당	병원수	인구10만명당	병원수	인구10만명당
2007	6	1.1	4	0.7	299	53.1	137	24.3	84	14.9
2008	6	1.1	5	0.9	295	52.2	138	24.4	116	20.5
2009	6	1.1	4	0.7	294	51.8	141	24.8	119	21.0
2010	6	1.0	5	0.9	333	57.7	155	26.9	149	25.8
2011	6	1.0	5	0.9	317	54.3	150	25.7	133	22.8

출처 : 제주특별자치도 「내부자료」 보건위생과 2012.

<표 3-30> 인구 10만 명당 병상수

(단위 : 개)

연도	종합병원		병원		의원		한방병(의)원	
	병상수	인구10만명당	병상수	인구10만명당	병상수	인구10만명당	병상수	인구10만명당
2007	1,723	305.8	579	102.2	723	128.3	54	9.6
2008	1,782	315.1	658	116.4	697	123.2	54	9.5
2009	1,976	347.9	610	107.4	657	115.7	54	9.5
2010	2,029	351.5	794	137.6	682	118.2	54	9.4
2011	2,065	354.0	628	107.7	759	130.1	54	9.3

출처 : 제주특별자치도 「내부자료」 보건위생과 2012.

- 제주도내 종합병원의 병상수는 2007년에 1,723개였으나 2011년에 2,065개 늘어나 지난 5년 동안 19.8% 증가하였으며, 반면에 병원의 병상수는 2007년에 579개였으나 2011년에 628개로 8.5% 증가하였고, 의원의 병상수는 2007년에 723개였고 2011년에 759개로 늘어났지만 미미한 수준에 그침(표 3-30. 참고).

- 한방 병(의)원의 병상수는 2007~2011년 사이에 54개로 전혀 변화가 없고, 오히려 인구 10만 명당 병상수는 감소하였음.
- 제주도내의 종합병원, 병원 그리고 의원의 인구 10만 명당 병상수는 약간의 증가 추세를 보이고 있음. 이처럼 도내 의료기관이 질적 의료서비스를 제공하는데 필요한 인프라 시설(특히 병상수)은 약간 나아졌음을 알 수 있음.

#### 나. 제주도민의 급성기 의료서비스 이용 현황

- 제주도민의 급성기 의료서비스 이용 현황을 보면, 전 국민이 국민건강보험제도와 의료급여제도에 의해서 동일한 수준의 의료보장 혜택을 누리고 있으며, 급성기 인프라도 일정 수준이상 확보되어 있기 때문에 타 시도에 비해서 문제가 있다고 평가할 수는 없을 것임. 이러한 추정은 제주도민의 건강보험 의료이용 자료를 통해서도 확인할 수 있음.
- 제주도민과 전체 국민의 다빈도 이용 상병을 외래와 입원으로 비교해 봐도 비슷한 양상을 보여주고 있음(표 3-31. 참고). 그래서 급성 기관지염, 치아, 피부, 급성 인두 및 편도염 등 분야에서 외래 진료 인원수가 상대적으로 높게 나타나고 있음.

<표 3-31> 2011년 외래 다빈도 상병 전국과 제주 비교 (단위 : 명)

전국			제주		
순위	질병명	진료 실인원	순위	질병명	진료 실인원
1위	치아 및 지지구조의 기 타 장애	14,069,607	1위	급성 기관지염 및 급성 세 기관지염	169,455
2위	급성 기관지염 및 급 성 세기관지염	13,948,905	2위	치아 및 지지구조의 기 타 장애	163,462
3위	기타 급성 상기도 감 염	13,075,014	3위	기타 피부 및 피하조직 의 질환	150,498
4위	기타 피부 및 피하조 직의 질환	11,877,222	4위	급성 인두염 및 급성 편도염	145,325
5위	급성 인두염 및 급성 편도염	11,303,485	5위	기타 급성 상기도 감염	144,723
6위	명시된 다발성 신체 부위의 탈구, 염좌 및 긴장	7,633,407	6위	기타 코 및 비동의 질환	93,724
7위	기타 코 및 비동의 질환	7,476,912	7위	명시된 다발성 신체부위 의 탈구, 염좌 및 긴장	89,795
8위	연부조직 장애	6,905,018	8위	연부조직 장애	84,823
9위	기타 배병증	6,356,002	9위	기타 배병증	79,709
10위	위염 및 십이지장염	5,815,395	10위	치아우식증	75,726

자료: 국민건강보험공단, 「2011 지역별 의료이용 통계」 2012.

- 급성기 의료서비스의 입원 다빈도 상병 현황을 살펴보면(표 3-31. 참고), 전국의 경우에는 입원 진료 인원이 가장 많은 출산, 폐렴, 백내장 및 수정체의 기타 장애, 명시된 다발성 신체부위의 탈구, 염좌 및 긴장 등의 순서로 나타났음.
- 반면에 제주의 경우에는 가장 많은 입원 진료 경우는 폐렴, 출산, 백내장 및 수정체의 기타 장애, 기타 임신과 분만의 합병증 등의 순서로 나타남.
- 따라서 전국과 제주의 경우에 입원 진료 환자가 가장 많은 경우는 공통적으로 폐렴과 출산 장소에 따른 출생영아 등이 최상위를 차지하고 있는 것으로 나타남.

&lt;표 3-32&gt; 2011년 입원 다빈도 상병 전국과 제주 비교 (단위 : 명)

전국			제주		
순위	질병명	진료 실인원	순위	질병명	진료 실인원
1위	출산장소에 따른 출생 영아	398,499	1위	폐렴	5,002
2위	폐렴	388,306	2위	출산장소에 따른 출생영아	4,106
3위	백내장 및 수정체의 기타 장애	298,369	3위	백내장 및 수정체의 기타 장애	3,158
4위	명시된 다발성 신체부 위의 탈구, 염좌 및 긴장	244,715	4위	기타 임신과 분만의 합병증	3,071
5위	요추 및 기타 추간관장애	238,699	5위	단일 자연분만	2,640
6위	기타 사지뼈의 골절	236,179	6위	감염성 기원이라고 추정되 는 설사와 위장염	2,386
7위	기타 임신과 분만의 합병증	231,678	7위	기타 사지뼈의 골절	2,198
8위	단일 자연분만	227,333	8위	치핵	1,930
9위	치핵	223,968	9위	명시된 상세불명 및 다발 성 신체부위의 기타 손상	1,692
10위	감염성 기원이라고 추 정되는 설사와 위장염	179,470	10위	기타 장 및 복막의 질환	1,621

자료: 국민건강보험공단, 「2011 지역별 의료이용 통계」 2012.

- 급성기 의료서비스에 관한 접근성 현황을 파악하기 위해서 제주특별자치도(2012)의 「201년 지역사회 건강조사」에서 나타난 필수 의료서비스 미치료율과 경제적 이유로 인한 미치료율을 보면(표 3-33. 참고), 19-44세 8.4%, 45-64세 19.9%, 65-74세 36.9%, 그리고 75세 이상에서는 54.5%로 나타나서 연령이 높아질수록 필수 의료서비스에 대해서 경제적 이유로 인해서 치료를 받지 못하는 비율이 높아지는 것으로 나타남. 따라서 노인 인구에서 경제적 이유로 인한 접근성에 적지 않은 문제가 있음을 알 수 있음.

<표 3-33> 연령군별 필요의료서비스 미치료율 및 경제적 이유로 인한 미치료율 분포 (단위 : %)

구분	필요의료서비스 미치료율	경제적 이유로 인한 미치료율
19-44세	18.2	8.4
45-64세	18.2	19.9
65-74세	17.0	36.9
75세 이상	25.6	54.5

자료: 제주특별자치도, 「2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계」 2012.

#### 다. 도민의 의료서비스 만족도 수준

- 제주도민들이 지난 1년 동안 도내 병·의원을 이용한 정도와 지출 의료비에 대한 응답 분포가 <표 3-34>에 나타나 있음.<sup>13)</sup> 지난 1년 동안 도민들이 병·의원을 이용하였다는 응답 비율은 76.7%이고 1회 미만이 33.3%, 1회 19.7%, 4회 이상 19.5%, 2회 18.5% 등의 순으로 나타남(제주특별자치도, 2012).
- 먼저 도민들의 의료서비스 이용 및 지출 의료비에 대한 연령별 응답 분포를 보면, 연령이 높아질수록 병·의원을 이용여부와 이용 횟수가 늘어나고 있는 것으로 나타남.

13) 도내 병·의원에 대한 의료서비스 이용정도, 만족도, 이용 불만족 이유 그리고 이용 개선사항에 대한 응답 결과는 제주특별자치도가 2012년에 처음으로 실시한 ‘제주특별자치도 사회조사’에 의존하였음. 2012년 제주특별자치도 사회조사는 제주에서 처음으로 실시된 것으로 도내 2007가구수를 대상으로 2012년 9월 11일~27일 사이에 조사가 이루어짐. 보다 상세한 사항은 최종결과보고서로 제주특별자치도(2012) 「2012 제주 사회조사 및 사회지표」를 참고할 것.

<표 3-34> 병·의원 이용 및 지출 의료비

(단위 : %, 만원)

구분	이용여부		이용횟수					의료비 (평균)	계	
	있다	없다	1회	2회	3회	4회 이상	1회 미만			
도 전체	76.7	23.3	19.7	18.5	9.0	19.5	33.3	3.3	100.0	
가 구 원 연 령	15~19세	60.9	39.1	23.9	8.5	8.9	14.2	44.5	1.9	100.0
	20~29세	58.5	41.5	16.9	24.2	10.7	7.9	40.3	2.6	100.0
	30~39세	74.7	25.3	21.1	17.9	8.5	13.9	38.6	2.9	100.0
	40~49세	77.1	22.9	19.2	16.5	7.2	11.4	45.8	2.7	100.0
	50~59세	79.7	20.3	24.3	19.9	7.7	14.1	64.0	3.5	100.0
	60세 이상	94.4	5.6	16.0	20.1	11.0	39.9	13.1	4.7	100.0

자료: 제주특별자치도, 「2012 제주 사회조사 및 사회지표」 2012. 12.

- 먼저 도민들은 도내 보건의료기관들이 제공하는 의료서비스에 대한 만족 정도를 보면(표 3-35. 참고), 도민들이 의료서비스에 대해 만족하다는 응답 비율이 35.3%이고 불만족이 21.0%로 나타남.

<표 3-35> 의료서비스 만족도

(단위 : %)

구분	매우 만족	약간 만족	보통	약간 불만족	매우 불만족	계	
도 전체	7.2	28.1	43.7	17.6	3.4	100.0	
가 구 원 연 령	15~19세	3.2	19.2	54.1	20.5	3.0	100.0
	20~29세	5.3	23.0	51.4	19.0	1.2	100.0
	30~39세	1.5	20.2	52.4	19.0	6.8	100.0
	40~49세	3.8	24.6	46.3	20.0	5.4	100.0
	50~59세	6.7	29.2	40.5	20.7	2.9	100.0
	60세 이상	16.1	40.1	31.8	11.2	0.8	100.0

자료: 제주특별자치도, 「2012 제주 사회조사 및 사회지표」 2012. 12.

- 연령별 의료서비스 만족도를 보면 60세 이상 노인층에서 의료서비스에 대한 만족도가 높다고 응답한 비율이 56.2%이고 보통 31.8%, 그리고 불만족을 나타낸 응답비율은 12.0%로 나타났음. 반면에 나머지 연령층은 의료서비스 불만족 정도가 20%대 수준에 머물고 있음을 보여주고 있음.
- <표 3-36>는 제주도민이 의료서비스에 대한 불만족 이유를 보여주고 있는데. 우선 응답 도민들은 치료결과 ‘불만족’이 20.6%로 가장 높고, 다음으로 ‘불친절’ 17.9%, ‘진료대기 및 입원 대기 시간’ 16.6%, ‘의료시설의 낙후 및 미비’ 10.2%, ‘필요이상 진료’ 8.1%, ‘진료 불성실’ 5.4% 등의 순으로 나타남. 따라서 일반도민들이 도내 병·의원을 이용하면서 치료결과에 대하여 만족하지 못하는 것이 의료서비스 불만족의 가장 큰 이유로 들고 있음.
- 도민들의 의료서비스 불만족이 크면 클수록 타 시도의 병·의원을 찾게 되고 이는 도민들의 의료비 부담을 가중시키는 주요 요인으로 작용할 것임.

<표 3-36> 의료서비스 불만족 이유 (1순위)

(단위 : %)

구분	불친절	의료비 높음	치료결과 불만족	진료 불성실	진료대기 입원 대기 시간	의료시설 낙후 미비	필요이상 진료	전문 의료인력 부족	계
도 전체	17.9	9.9	20.6	5.4	16.6	10.2	8.1	11.4	100.0
가구원 연령	15~19세	25.7	9.7	2.9	6.0	5.3	23.0	16.8	100.0
	20~29세	15.6	2.1	30.3	8.7	31.1	4.1	8.0	100.0
	30~39세	27.3	6.4	15.4	4.4	19.0	14.8	1.8	100.0
	40~49세	15.4	7.7	18.0	9.4	12.6	10.1	9.6	100.0
	50~59세	10.7	13.1	25.8	2.1	19.0	7.2	8.5	100.0
	60세 이상	15.9	19.9	28.4	1.4	13.1	5.0	9.4	100.0

자료 : 제주특별자치도, 「2012 제주 사회조사 및 사회지표」 2012. 12.

- 제주도민들이 앞으로 의료서비스를 개선해야 할 사항에 대한 응답 결과가 <표 3-37>에 나타나 있음. 의료서비스 개선사항으로 ‘질 높은 의료서비스 제공’이 62.4%로 가장 많이 나타났고, 다음으로 ‘도민을 위한 건강증진 사업 증대’ 14.1%, ‘직원들의 업무태도 개선’ 6.2%, ‘의료기관과 의료서비스 홍보’ 6.1%, ‘공공 및 사설 의료기관 확충’ 5.9%, 그리고 ‘의료기관 환경개선’ 5.1% 등의 순으로 나타남.
- 따라서 도민들은 우수한 의사진과 첨단의료 장비 및 기기를 갖추어 질 좋은 의료서비스 제공을 가장 바라고 있고, 그리고 병원에 종사하는 인력(의사, 간호사, 일반 직원)들이 친절한 서비스를 제공해 주기를 희망하고 있음.

<표 3-37> 의료서비스 개선사항

(단위 : %)

구분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	계
도 전체	6.1	62.4	5.1	5.9	14.1	6.2	0.3	100.0
가 구 원 연 령	15~19세	3.5	56.0	10.3	7.8	13.1	8.3	100.0
	20~29세	7.6	58.8	5.8	4.1	16.2	7.2	100.0
	30~39세	6.4	64.3	3.8	5.2	11.4	8.4	100.0
	40~49세	3.9	66.5	4.0	6.4	12.4	6.7	100.0
	50~59세	5.3	63.9	5.9	4.7	15.4	4.5	100.0
	60세 이상	8.7	60.3	3.7	7.4	16.1	3.5	100.0

출처 : 제주특별자치도, 「 2012 제주 사회조사 및 사회지표」 2012. 12.

주 : ① 의료기관과 의료서비스에 대한 홍보

② 질 높은 의료서비스 제공

③ 의료기관 환경개선

④ 공공 및 사설 의료기관 확충

⑤ 도민을 위한 건강증진 사업 증대

⑥ 직원들의 업무태도 개선

⑦ 기타(의료비 평준화, 의료기관 운영시간 연장 과도한 진료 등)

## 라. 급성기 의료서비스에 관한 문제점과 개선방향

- 급성기 의료서비스 또한 제주도 자체적인 정책에 의한 부분보다도 국가 차원의 정책이 미치는 영향이 압도적이며, 제주특별자치도의 자체적인 정책 개입은 미진한 실정이며 앞으로 제주특별자치도 차원의 독립적인 정책 수립과 집행을 통해 제주도민의 건강 수준 향상에 기여할 필요가 있음.
- 노인의 급성기 의료서비스에 관한 접근성(access) 측면에서 보면, 경제적 지불능력 때문에 필수 의료서비스를 이용하지 못하는 노인이 1/3정도에 이르는 것으로 추정되며, 이들에 관한 적절한 지원 방안 모색이 필요함. 건강 문제로 인해서 거동이 불편한 노인도 적지 않은 실정을 고려하면 지리적 접근성 개선에 대한 관심도 필요하다고 판단됨.
- 노인의 급성기 의료서비스에 관한 질(quality)적인 측면에서 보면, 경증 질환에 관한 의료 기술적 측면의 질은 상당 수준에 도달해 있다고 볼 수 있음. 하지만 중증 질환에 대한 질에서는 여전히 미흡한 점이 적지 않고 중증 질환 치료 역량 제고에 관한 제주특별자치도 차원의 정책 개입이 필요함.
- 노인의 급성기 의료서비스에 관한 부응도(responsiveness) 측면에서 보면 섬이라는 제주도 특성 상 부응도가 좋은 의료기관을 선택할 수 있는 선택의 폭이 좁기 때문에 서울을 중심으로 한 수도권이나 다른 대도시에 비해서 부족함이 있을 수밖에 없음.
- 특히 제주도 급성기 병원의 경우 성장국면의 초중반에 위치하고 있기 때문에 제주도 차원의 정책 개입을 통해서 부응도 개선을 도모할 필요가 있다고 판단됨.

- 더구나 제주의료원으로 운영되고 있는 제주의료원과 서귀포의료원의 경우에 제주의료원은 시설을 신축하여 이전한지 10여년이고, 서귀포의료원은 현재 신축 공사가 진행되고 있기 때문에 시설 장비 등 인프라 차원에서는 일정한 개선이 이루어졌다고 평가할 수 있음. 하지만 두 병원의 급성기 병원으로서의 역할 및 위상을 재정립하고, 역할과 위상에 부합하는 서비스 제공에 필요한 인력과 조직을 갖추는 데 적극적인 지원과 관리가 병행되어야 할 것임.

## 5. 제주지역 아급성기 및 재활서비스 현황과 문제점

### 가. 제주지역의 아급성기 의료인프라 현황

- 개념적으로는 아급성기 의료서비스가 존재하지만 우리나라 현실에서 법적·제도적으로 아급성기 의료서비스가 정립되어 있지는 않음. 현실에서는 일부 종합병원과 병원 중에서 소유 병상 중 일부를 아급성기 병상으로 활용하고 있으며, 요양병원 병상의 일부도 아급성기 의료서비스를 위해 활용되고 있음. 급성기 병상과 요양병상 중 일정 부분이 아급성기 의료서비스 제공을 위해 활용되고 있지만 그 규모는 가변적이기 때문에 정확하게 파악하기는 어려운 실정임.
- 제주지역의 경우에도 요양병원 역할을 수행하고 있는 제주의료원과 일부 급성기 병원 병상과 요양병원 병상 일부가 급성기 치료 이후 가정으로 복귀하기 전이나 사망하기 이전 일정 기간 동안 아급성기 의료서비스 이용을 위해 활용되고 있는 실정임.

## 나. 제주지역의 아급성기 의료서비스 이용 및 문제점

- 아급성기 치료에 활용되고 있는 병상은 대체로 급성기 환자를 수용하지 못하는 급성기 병원 병상 일부와 뇌졸중과 같은 질환에서는 요양병원 병상들이며 건강보험과 일부 요양보험에 의해서 급여보장이 이루어지고 있어서 현실에서는 상당 수준 보편화되어 있다고 볼 수 있음.
- 아급성기 의료서비스 이용 시에 가족 간병을 지속하기가 어려운 실정이기 때문에 간병인 채용에 따른 부가적인 비용 부담이 적지 않은 경우가 많음. 간병인 비용 부담과 관련해서는 제주특별자치도 차원에서 근본적인 해결방안을 모색하기가 쉽지 않은 사안임.
- 박근혜 정부에서 3대 비급여 해결방안의 하나로 간병인 급여 문제에 관한 해결책을 모색하고 있는 중이기 때문에 중앙정부 정책 추이를 지켜보면서 제주도 차원의 접근 방안을 모색하는 것이 바람직할 것으로 판단됨.
- 공립병원인 제주의료원이 아급성기 의료서비스 역할에 적지 않은 역할을 수행하고 있음. 아급성기 의료서비스 제공은 수익성이 낮은 부분이기 때문에 이러한 역할을 지속해가기 위해서는 제주의료원의 역할과 위상을 분명히 하고 적절한 서비스 제공에 필요한 적자부분이 있다면 이에 관한 제주특별자치도 재정지원에 관한 일정한 합의를 도출할 필요가 있으며 도와 병원 당국은 양질의 서비스 제공을 위한 노력을 강화할 필요가 있음.

## 다. 제주지역의 재활인프라 현황과 문제점

- 2013년 1분기 현재 제주도내 재활의학과 의원은 4개, 재활전문병원

1개가 운영 중이며, 재활의학과 전문의 23명이 활동 중에 있음(표 3-38. 참고).

- 전국에 소재한 재활의학과의원 278개 중 1.4%, 전체 재활의학과 전문의 1,412명 중 1.6%로 그 비율이 절대적으로 낮다고 할 수는 없지만 제주도민 59만명 여명(2013년 6월 기준)에 관한 재활치료와 관리를 23명의 재활의학과 전문의가 담당하고 있는 실정이기 때문에 절대규모가 적다고 평가할 수 있음.

<표 3-38> 제주지역의 재활의학과 의원 및 전문의 수 현황(2013년)

(단위 : 개, %)

구분	제주특별자치도	전국
재활의학과 의원 수	4 (1.4%)	278
재활의학과 전문의 수	23 (1.6%)	1,412

자료 : 제주특별자치도 보건위생과 「내부자료」 2013.

- 2013년 말에 서귀포시에 「제주권역재활병원」의 개원할 예정이기 때문에 재활의료 인프라의 양적인 확충에 기여할 것으로 예상됨. 그러나 요즘 재활의학과 전문의 확보가 어려운 상황이므로 재활전문병원의 원활한 개원과 운영이 쉽지 않을 것으로 예상됨.
- 이러한 상황에서 「제주권역재활병원」의 원활한 개원과 운영을 통해서 제주도민의 재활서비스의 양적인 확장과 질적 수준 향상에 기여하기 위해서는 제주특별자치도의 적극적인 관심과 노력이 필요하다고 판단됨.
- 재활의학과 전문의 공급이 국가 정책에 의해서 결정되는 상황에서 재활인프라 확충을 위해서 제주도 차원에서 추진할 정책 대안이 제한적인 상황이기는 하지만 제주도 차원의 정책적 인센티브를 통

해서 부족한 인프라 확충에 기여할 부분이 있을 것임.

- 또한 현재 보건기관 등에서 다양한 재활서비스가 제공되고 있지만 재활서비스 제공을 담당하는 물리치료사의 역량에 따라 재활서비스 질에 적지 않은 편차가 존재하고 있음. 이러한 보건기관 재활서비스 질 향상을 위해서는 물리치료사 역량 제고를 위한 프로그램 마련과 재활의학과 전문의와 연계된 서비스 제공 방안을 모색할 필요가 있는 실정임.

## 6. 제주도 노인장기요양 서비스 현황과 문제점

- 우리나라에서 장기요양 서비스가 본격적으로 제도화되고 장기요양 서비스 인프라가 빠르게 확장되면서 장기요양 서비스 이용이 활성화되기 시작한 것은 2009년 7월 1일 노인장기요양보험 시행과 관련이 있음.
  - 2000년대 초반 이전에는 지불능력이 없는 취약계층을 대상으로 정부지원에 의존하는 장기요양서비스가 이루어져 왔음.
  - 노인장기요양보험이 2009년 7월 1일 시행되기 이전에 이미 제도 시행이 예고되어 왔고, 준비 미흡으로 여러 차례 연장되어 왔기 때문에 2000년대 중반을 전후하여 요양병원, 요양원, 재가서비스 기관이 증가하기 시작하였음.
- 노인장기요양보험이 시작되면서 노인장기요양 서비스 관련 인프라, 자원 조달, 서비스 이용 등 전반의 과정이 국가차원의 노인장기요양보험제도에 의해서 관리되고 있기 때문에 지방정부 차원에서 개입할 여지가 별로 없는 상황임.
- 노인장기요양보험제도 자체가 제도 도입 초창기 국면이기 때문에

국가 차원에서 다양한 측면에서 제기되고 있는 문제점을 검토하고 개혁하기 위한 과정에 있기 때문에 지방정부 차원에서 개입하기에도 적절하지 않은 상황을 함께 고려해야 할 필요가 있음

가. 제주지역 노인장기요양서비스 현황

- 제주지역의 노인장기요양보험 등급자 현황을 살펴보면(표 3-39. 참고), 2011년 기준으로 제주도민 중에서 697명이 1등급, 2등급이 1,133명, 3등급이 2,755명이며 전체 5,396명이 등급자로 인정받았음.

<표 3-39> 2011년 제주도 노인장기요양보험 등급자 현황 (단위 : 명)

지역	구분	계	1등급	2등급	3등급
제주특별자치도	합계	5,396	697	1,133	2,755
	남자	1,258	165	245	675
	여자	4,138	532	888	2,080
제주시	합계	3,629	447	715	1,867
	남자	841	96	157	460
	여자	2,788	351	558	1,407
서귀포시	합계	1,767	250	418	888
	남자	417	69	88	215
	여자	1,350	181	330	673

자료: 국민건강보험공단, 「2011년 노인장기요양보험 통계」 2012.

- 노인장기요양보험으로 등급 인정을 받은 사람들의 주요 질병 현황을 보면(표 3-40. 참고), 치매가 1,566명, 뇌졸중 996명, 관절염 625명, 기타 458명, 골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증 445명, 치매+중풍 321명, 요통 또는 좌골통 302명 순이었으며, 질병 없음으로 판정받은 대상자도 396명이었음.

**<표 3-40> 제주도 장기노인요양보험 등급자 등급별  
주요 질병 현황(2011년 기준) (단위 : 명)**

구분	1등급	2등급	3등급	계
계	747	1,187	3,428	5,362
치매	232	393	941	1,566
중풍(뇌졸중)	198	241	557	996
치매+중풍	118	104	99	321
고혈압	2	2	11	15
당뇨병	1	10	38	49
관절염	11	73	541	625
요통, 좌골통	14	51	237	302
골다공증	-	-	1	1
호흡곤란	-	5	38	43
난청	-	1	1	2
백내장 등 시각장애	-	5	77	82
골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증	31	109	305	445
암	5	14	42	61
기타	82	87	289	458
질병없음	53	92	251	396

자료: 국민건강보험공단, 「2011년 노인장기요양보험 통계」 2012.

- 등급자의 주수발자 현황을 보면 자녀가 2,075명으로 가장 많았고, 기타가 1,318명, 배우자가 876명, 간병인이 563명, 독거가 258명으로 확인되었음(표 3-41. 참고).
- 노인장기요양보험 등급자 수발에 자녀와 배우자로 대표되는 가족의 부담이 가장 많은 것으로 나타났고, 다음으로 기타와 독거로 응답한 응답자가 30%에 달해 주수발자가 없거나 불명확한 경우도 30%에 달하는 것으로 나타났음.
- 따라서 향후 장기요양보험 등급자의 주수발자가 가족 구성원이 없는 경우에 대비한 수발인력 공급에 대한 구체적 대책들 수립이 필요함.

- 특히 장기요양보험 등급자 가운데 1등급인 경우에 가족 수발자가 없는 경우에 대체로 간병인이 수발자가 되기 쉬운데 만약 간병인을 계속 둘 경제적 형편이 어려운 경우에는 수발에 심각한 문제가 발생할 수 있음.
- 그런 맥락에서 중증 질환자 가운데 환자 부담이 비급여 항목(상급병실, 선택진료비, 간병비)에 해당하는 간병비에 대한 국가 예산 지원이 확충되어야만 가족 수발자가 없고 경제적 형편이 어려워 간병비 지불이 불가능한 경우에 간병이 가능할 것임.

**<표 3-41> 제주도 노인장기요양보험 등급자 등급별 주 수발자 현황(2011)** (단위 : 명)

구분	1등급	2등급	3등급	계
계	747	1,187	3,428	5,362
독거	45	79	134	258
배우자	107	174	595	876
부모	4	1	14	19
자녀(며느리, 사위포함)	134	335	1,606	2,075
손자녀	4	10	81	95
친척	3	8	78	89
친구, 이웃	1	6	25	32
간병인	168	166	229	563
자원봉사자	2	9	22	33
기타	279	399	640	1,318
무응답	-	-	4	4

자료: 국민건강보험공단, 「2011년 노인장기요양보험 통계」 2012.

- 2011년 기준으로 제주지역에 소재한 노인장기요양보험 급여 서비스를 제공하는 기관은 노인요양시설이 48개, 재가서비스 제공 기관이 128개로 총 176개 기관이 활동 중에 있음(표 3-42. 참고).
- 재가서비스 제공시설에서는 방문요양과 방문요양서비스가 제일 많이

제공되고 있고, 다음으로 주야간 보호와 방문간호 서비스가 제공되는 것으로 나타남.

- 다른 한편으로, 요양급여를 제공하는 기관들 가운데 시설기관 분포를 보면 노인요양시설이 가장 많고, 다음으로 노인전문요양시설, 노인요양공동생활가정 등의 순으로 나타남.

<표 3-42> 제주지역의 노인장기요양보험 요양급여기관 현황(2011년)

(단위 : 명)

구분		제주도 전체	제주시	서귀포시
기관수 계 (정원)		176 (3,075)	124 (2,117)	52 (958)
재가 기관수 (정원)	기관수 소계	128 (564)	89 (314)	39 (250)
	방문요양	95	67	28
	방문목욕	90	60	30
	방문간호	9	7	2
	주야간보호 (정원)	29 (560)	19 (310)	10 (250)
	단기보호 (정원)	1 (4)	1 (4)	- -
	복지용구	20	18	2
시설 기관수 (정원)	계 (정원)	48 (2,511)	35 (1,803)	13 (708)
	노인요양시설 (정원)	35 (2,077)	27 (1,644)	8 (433)
	노인전문요양시설 (정원)	3 (186)	- -	3 (186)
	노인요양시설(구법) (정원)	3 (178)	2 98	1 80
	노인요양공동생활가정 (정원)	6 (50)	5 (41)	1 (9)
	노인요양시설 (단기보호전환) (정원)	1 (20)	1 (20)	- -

자료: 국민건강보험공단, 「2011년 노인장기요양보험 통계」 2012.

○ 2011년 기준 주민등록지 기준 제주특별자치도 거주 등록자를 대상으로 제공된 노인장기요양보험의 급여 현황을 살펴보면(표 3-43. 참고), 요양실인원 5,985명을 대상으로 총 요양비가 556억원, 요양급여비는 494억원의 급여가 제공되었음. 1등급을 대상으로 한 총요양비는 92억원, 2등급을 대상으로 한 총 요양비는 164억원, 3등급을 대상으로 한 총요양비는 287억원이었음.

<표 3-43> 2011년 제주도민 노인장기요양보험 급여 현황

(단위: 명, 일, 천원)

등급별	급여 실적별	계	방문 요양	방문 목욕	방문 간호	주야간 보호	단기 보호	복지 용구	노인 요양 시설	노인 요양 시설 (구별)	노인전문요양 시설 (구별)	노인요양 공동 생활 가정	노인 요양 시설 (단기 보호 전환)
계	요양실인원	5,985	2,771	1,400	68	681	18	1,767	2,456	165	233	67	34
	총요양비	55,614,130	13,878,224	1,986,030	65,066	3,283,530	27,540	989,421	29,682,092	1,692,291	3,051,494	633,798	334,613
	요양급여비	49,466,335	12,382,689	1,788,831	58,705	2,908,798	23,810	889,451	26,212,608	1,525,806	2,857,476	548,058	270,107
1등급	요양실인원	1,001	255	151	36	21	-	209	594	38	73	9	4
	요양일수	227,266	41,612	4,456	855	2,048	-	-	147,769	8,840	19,579	1,449	658
	총요양비	10,450,013	1,345,797	237,262	34,525	81,556	-	106,103	7,237,237	339,711	963,785	71,119	27,919
	요양급여비	9,263,448	1,184,110	208,821	31,589	70,952	-	94,732	6,372,411	306,863	912,227	59,383	22,359
2등급	요양실인원	1,754	543	283	11	100	2	357	999	79	86	26	15
	요양일수	388,789	75,716	6,705	200	10,579	73	-	243,545	22,229	20,417	5,488	3,837
	총요양비	16,410,970	2,328,598	368,970	7,868	390,042	2,848	161,299	11,053,258	777,395	930,100	239,984	150,607
	요양급여비	14,432,041	2,045,422	324,304	6,703	343,329	2,421	145,155	9,691,659	689,331	849,249	213,977	120,491
3등급	요양실인원	3,902	2,205	1,061	24	596	16	1,303	1,160	69	104	40	22
	요양실기관	354	180	97	5	52	3	65	50	5	6	13	8
	총요양비	28,753,147	10,208,829	1,379,798	22,708	2,821,932	24,692	702,019	11,391,597	575,185	1,152,609	322,695	156,087
	요양급여비	25,770,846	9,153,158	1,255,707	20,414	2,494,512	21,389	649,565	10,148,538	529,612	1,095,999	274,698	127,256

자료: 국민건강보험공단, 「2011년 노인장기요양보험 통계」 2012.

- 1등급을 대상으로 한 급여는 노인요양시설 급여가 72억원으로 가장 높은 비중을 차지하고 있었고 그 다음으로는 방문요양급여가 13억원이었음. 2등급에서도 노인요양시설 급여(110억원), 방문요양급여(23억원) 순이었음. 3등급에서도 노인요양급여의 총급여비가 113억원, 방문요양급여가 102억원 순으로 나타났음.

#### 나. 제주지역의 노인장기요양서비스 문제점

- 노인장기요양서비스는 2009년 시작된 노인장기요양보험을 중심으로 구축되어 있기 때문에 제주특별자치도 자체적인 정책개입의 여지가 대단히 적고, 제도 도입 초기이기 때문에 제도 자체가 보수적으로 설계되어 있다는 점과 현재 제기되는 문제점들에 대한 개선 방안을 검토하고 있다는 점에서도 지방자치단체가 개입하기 쉽지 않은 상황도 존재함.
- 현재 주된 문제점으로 지적되고 있는 내용은 급여 인정자 확대가 필요하다라는 것, 노인장기요양급여의 급격한 증가로 인한 급여 관리의 필요성 대두, 요양급여기관 관리체계 구축, 요양급여서비스 질 관리 등임.
- 급여 인정기준 변화와 요양급여비 관리는 중앙정부 차원에서 다루어져야 할 문제이며 지방정부 차원의 개입 여지가 거의 없는 부분임. 그러나 요양급여기관이 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 하기 위하여 양질의 공공 요양서비스 기관 설립 및 운영, 요양급여기관 질 관리 체계 구축, 요양급여서비스 인력 교육, 요양급여서비스 질 평가 체계 구축과 같은 부분에서는 지방정부 차원의 개입이 가능한 영역이기 때문에 이들 분야에 관한 지방정부 차원의 개입을 통해서 제주지역의 노인요양서비스 질 향상에 기여할 수 있을 것임.

다. 제주특별자치도의 보건의료복지 추진 정책

- 제주특별자치도가 보건의료서비스 지원을 위해서 현재 추진하는 정책사업들은 중앙정부의 정책지원과 연계되어 있지만 순수 도 자체 예산을 확보하여 추진하는 지원정책도 포함되어 있음(표 3-44. 참고).
- 제주특별자치도가 추진하는 보건의료복지 관련 정책들 가운데 중앙정부 정책에 의해서 연계하여 추진하는 정책들이 자치단체 수준에서 정책 추진의 효율성과 효과성을 제고하는데 주안점을 둘 필요가 있음. 그렇지 않으면 노인 보건의료서비스 체계 구축의 효과가 덜 나타날 가능성이 있음.
- 특히 노인보건의료서비스 정책들을 추진하는데 복지사각지대에 놓여 있는 취약계층 혹은 저소득층 노인들에 대해서는 제주특별자치도 관련 부서에서 정책적 관심을 기울일 필요가 있음.

<표 3-44> 제주특별자치도의 보건의료복지 관련 추진 정책사업

구분		기준(대상)	지원내용
노인돌봄 서비스 분야	노인돌봄종합서비스	• 65세이상 노인 중, 노인장기요양보험 등급외 A,B판정자 (전국 월 평균가구소득 150% 이하)	• 노인돌봄종합서비스 제공(바우처) - 가사서비스 등
	노인돌봄기본서비스	• 65세이상 노인 중(독거노인)	• 노인돌봄기본서비스 제공(독거노인) - 노인돌보미 안전확인 방문 등
예방 건강 관리 분야	치매조기검진	• 전체 노인	• 보건소 치매선별검사(무료) 후, 치매거점 병원 치매진단검사 시 본인부담금 일부 지원
	치매치료 진료비지원	• 전체 노인	• 치매치료를 위한 약제비, 진료비 등월 3만원 지원

<표 3-44. 계속> 제주특별자치도의 보건의료복지 관련 추진 정책사업

연금 및 보험지원 관련 분야	기초노령연금	<ul style="list-style-type: none"> <li>65세이상 노인 중 소득 인정액 노인단독 830천원, 노인부부 1,328천원 이하 자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>기초노령연금소득인정액 구간별 차등지원                             <ul style="list-style-type: none"> <li>노인단독가구 (20,000~94,600원)</li> <li>노인부부가구 (40,000~151,400원)</li> </ul> </li> </ul>
	장기요양급여비용본인부담금지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>저소득노인 중 장기요양 1~2등급 (도서지역 3등급까지) 시설입소자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>장기요양급여비용 본인부담금(비급여분 제외)의 50%</li> </ul>
	국민건강보험료지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강보험료 지역가입자 중 국민건강보험료 월 1만원 미만인 노인 및 장애인 세대</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>국민건강보험료 지원</li> </ul>
고용지원 분야	노인고용촉진장려금	<ul style="list-style-type: none"> <li>도내 주소를 둔65세이상 노인을 고용한 상시근로자 50인 미만 사업체</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>노인고용촉진장려금 지원                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1인 고용시 월 200천원(1업체당 5인 범위 내)</li> </ul> </li> </ul>
복지서비스 분야	무주택어르신 주거비지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>국민기초생활보장수급자 중 65세 이상 무주택독거노인 가구</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>저소득무주택노인 주거비 지원                             <ul style="list-style-type: none"> <li>임대료 별 차등지원 (400천원 ~ 700천원)</li> </ul> </li> </ul>
	저소득어르신목욕료	<ul style="list-style-type: none"> <li>국민기초생활보장수급자 중 65세 이상 노인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>저소득노인 목욕료 지원                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1인/월 6,000원 (연 72,000원)</li> </ul> </li> </ul>
	저소득노인이·미용료	<ul style="list-style-type: none"> <li>국민기초생활보장수급자 중 65세 이상 노인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>저소득노인 미·이용료 지원                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1인/월 5,000원 (연 60,000원)</li> </ul> </li> </ul>
	간병비 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>시설입소 국민기초생활보장수급자 중 혼자 사는 65세 이상 노인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>시설입소 저소득노인간병비 지원                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1인당 600천원</li> <li>병원입원시 유료 간병비 지원(간병인)</li> </ul> </li> </ul>
	경로당 지원사업	<ul style="list-style-type: none"> <li>경로당 운영비, 난방비, 냉방비, 케이블TV, 시청료, 간식비 등 경로당 지원</li> </ul>	

자료 : 제주특별자치도 노인장애인복지과 「내부자료」 2012.

- 노인돌봄종합서비스, 노인돌봄기본서비스, 국민건강보험, 기초노령연금, 장기요양급여 등은 중앙정부 예산으로 지원되는 사업임.
- 나머지 다른 사업들은 도비에 의해서 지원되고 있음.
- 여기서 제시된 제주특별자치도의 보건의료복지 정책 사업들은 도 노인장애인복지과에서 추진되는 사업이고, 동시에 중앙정부의 정책지원 사업과도 연계되었음. 더구나 도 보건의료복지 정책은 넓게는 노인복지정책 사업과 밀접한 관계를 맺어 직·간접적 영향을 받음.
- 현재 제주특별자치도가 추진하는 노인 보건의료복지 정책사업 내용을 보면 다음과 같음.
  - 예방 건강관리 분야 : 치매조기검진, 치매치료 진료비 지원 사업 등
  - 연금 및 보험지원 관련 분야 : 기초노령연금, 장기요양급여지원, 국민건강보험료 지원 등
  - 복지서비스 분야 : 저소득어르신 목욕료 지원, 간병비 지원 등
- 이외에도 제주특별자치도의 보건위생과에서 추진되는 2013년도 공공보건의료 분야의 정책 사업들은 다음과 같음.
  - 보건소 (보건지소, 보건진료소) 사업 : 예방접종(독감, 폐렴 등), 경로당 진료사업, 독거노인 건강진료, 치매관리사업, 고혈압 및 당뇨병 등록사업 등
  - 공공산후조리원 설치 운영 사업 : 공공의료서비스 확대에 출산 장려
  - 서귀포의료원 신축 사업 : 지역주민들에 대한 공공의료서비스 제공 강화

- 서귀포의료원 의료장비 보강 사업 : 공공의료서비스 질적 개선을 위한 한 단계 높은 진료여건 개선
  - 보건기관 시설 장비 현대화 사업 : 농어촌 지역 보건기관의 공공 기능 역할 수행과 양질의 의료서비스 제공
  - 응급의료기관 역량 강화 사업 : 전문질환센터(류마티스 및 관절염) 설치 지원 및 응급의료기관 평가 지원으로 병원 전문화 제고
- 이처럼 제주특별자치도가 2013년에 추진하는 사업들은 기본적으로 공공의료서비스 질적 개선에 목적을 두고 있고, 동시에 보건 의료 서비스 대상자인 노인들도 혜택을 입을 것임.

## 7. 제주지역의 노인보건의료서비스 체계의 문제점

- 중앙정부와 지방자치단체가 노인들을 위해서 제공되는 다양한 공공보건의료 서비스 체계의 유지와 발전과 관련된 다양한 정책 사업들은 다양한 요인(예, 재정, 인력, 조직, 리더십, 인프라 시설, 운영 프로그램 등)들에 의해서 주요 문제점들이 발생하게 됨.
- 따라서 여기서는 제주지역의 노인 보건의료서비스 체계 구축을 어렵게 만드는 주요한 문제점들을 파악하고자 함.<sup>14)</sup>

---

14) 제주지역의 공공보건의료 서비스 체계의 문제점에 대한 논의는 제주특별자치도(2011. 12)의 「제2차 제주국제자유도시 종합계획」의 공공보건의료 분야(pp. 1007~1028) 일부를 참고하였음을 밝혀 둠.

## 가. 노인 공공보건의료 서비스 정책 목표와 방향의 불명확성

- 현재 제주특별자치도는 중앙정부에서 추진하고 있는 노인 공공보건의료서비스 사업에 관한 제주지역 사업 집행을 총괄하고 서비스 제공 실무를 담당하고 있으며, 최근 들어 복지 수요와 사업량이 증가하고 있음. 제주특별자치도가 부담해야 할 재정부담 증가와 함께 사업 실무를 담당하는 데도 여러 가지 어려움을 겪고 있음.
- 이러한 상황일수록 제주특별자치도 차원의 노인 보건의료서비스 정책 목표와 방향 설정의 필요성이 높아지고 있음. 제주도 차원에서 노인 보건의료서비스 정책 목표와 방향을 설정하고 중앙정부 차원에서 설정된 사업의 효과적이고 효율적인 사업 집행을 도모하고, 아울러 제주특별자치도 차원에서 보완하거나 집중해야 할 부분을 선정하고 세부 추진 계획을 마련할 필요가 있음.
- 또한 보건의료의 역할이 공공기관을 통한 정책 개입과 서비스 제공에 국한할 것이 아니라 제주도내 민간기관과 연계체계를 구축하여 제공되는 서비스의 효율과 효과를 높일 필요성이 높아지고 있기 때문에 공공보건의료가 담당해야 할 역할과 기능의 개편도 요구되고 있음.

## 나. 노인 보건의료서비스 인프라 불균형

### 1) 노인 건강증진 및 예방 사업 인프라 부족

- 급성기 진료 중심의 보건지소 및 보건진료소 기능 지속 유지
  - 보건지소의 기능을 노인 건강증진 및 예방과 만성질환 관리사업 중심으로 기능 개편이 필요하고, 보건진료소 또한 이러한 기능을

강화할 필요가 있음

- 제주지역의 노인과 중·장년층 전체를 포괄하기 어려운 건강증진 및 예방 사업 인력 구조와 예산 부족으로 인하여 노인 건강증진 사업(금연, 절주, 운동, 영양, 비만 등 중심) 프로그램 운영에 일정한 한계가 나타나고 있음.
- 현재 제주지역 중·장년층의 건강행태가 타 시·도에 비해서 좋지 않은 수준을 보이고 있는 현실을 개선하기 위한 노력이 필요함.

## 2) 만성질환 관리 사업 확대 필요성

- 현재 65세 이상 노인뿐만 아니라 향후 노인 보건의료 문제를 대비하기 위해서는 중·장년층을 대상으로 한 만성질환 예방과 관리사업을 활성화할 필요가 있음.
- 체계적인 만성질환 관리 계획을 마련하고, 의료기관, 보건기관, 복지기관 등 지역사회 자원과 연계된 만성질환 관리 프로그램의 단계적 확대가 필요함.

## 3) 중증 및 응급 노인 환자 치료 서비스 질의 상대적 취약성

- 중증환자 및 응급환자 치료 서비스 질 향상을 위한 제주특별자치도 차원의 정책 수립 및 개입 필요
  - 제주도내 의료기관의 일부 중증질환에 대한 진단 및 치료 역량이 아직은 상대적으로 부족하며, 이러한 격차 해소와 서비스 질 향상을 위한 제주특별자치도 차원의 정책 수립 및 집행 필요
- 응급환자의 이송 및 신속 정확한 치료를 위한 서비스 질 향상 필요

#### 4) 제주특별자치도 산하 의료원 기능 재정립과 서비스 질 향상 필요성

- 제주의료원의 기능을 아급성기 병상 및 장기요양병상으로 기능을 재정립하고, 이에 필요한 전문 인력 중심으로 기능을 개편하면서 동시에 서비스 질 향상을 도모하기 위한 변화가 필요함.
- 제주의료원 정신병동의 경우 별도의 제주도 산하 정신병원 설립이나 서귀포의료원 신축 이전과 맞물려서 병동 이전도 고려할 수 있을 것임.
- 서귀포의료원 신축 이전과 함께 서귀포의료원 기능과 역할에 대한 재정립과 이에 필요한 인력 계획 및 운영 전략을 새롭게 수립하면서 병원 역할과 기능 재정립이 필요함.
- 2013년 하반기에 개원 예정인 서귀포시의 제주권역재활병원의 경우에도 적절한 지원과 역량있는 인력 확보를 통해 안정적이고 성공적인 개원과 운영을 유도할 필요가 있음.

#### 5) 재활서비스 체계 구축을 위한 계획 마련 필요성

- 제주지역에서도 재활 치료 및 시설이 점차 확충되고 있으나 체계적인 계획 하에 마련되고 있지는 않은 실정이며, 향후 고령화로 인해 재활서비스 수요가 증가할 것에 대비하여 중장기 계획을 수립하고 대비할 필요가 있음.

### 다. 노인 보건의료서비스 프로그램 체계의 운영상 문제

#### 1) 노인 건강증진, 예방 및 만성질환 관리 프로그램의 부족

- 노인 건강증진사업(금연, 절주, 운동, 영양, 비만 등 중심)의 체계

적·종합계획 미흡

- 노인 질병예방을 위한 예방적 보건의료 인프라 부족
- 노인의 만성질환(특히 암, 신장, 뇌혈관, 희귀난치성 질환) 예방과 치료를 위한 종합대책의 부재

## 2) 도내 보건기관, 의료기관, 복지기관 등 서비스 제공 주체 간 연계 및 조정 부족

- 효율적이고 효과적인 노인 건강수준 향상과 관리를 위해서는 보건기관, 의료기관, 장기요양서비스 제공기관, 재활서비스 제공기관, 복지기관 간에 밀접한 연계와 조정 기능을 확대할 필요가 있음.
- 이러한 기능과 역할을 강화하기 위해서는 기관 간 연계 및 협력이 가능한 연계체계를 구축하고, 실제 서비스 대상자의 서비스 단계별 연계와 조정을 담당할 인력과 재원이 투입되어야 함.
- 서비스 단계 별 조정 및 연계를 위한 도 당국의 종합적인 계획수립과 예산지원, 인프라 확충과 함께 단계적인 사업 확충이 이루어질 필요가 있음.

## 3) 제주특별자치도 공공보건의료 정책 기획 및 기술지원 조직체계 구축 필요성

- 현재 제주특별자치도에는 보건복지부에서 개별 사업의 필요성에 기초하여 마련된 정책 기획 및 기술지원 단위(통합건강증진사업지원단, 광역심뇌혈관질환관리기술지원단 등)들이 한시적으로 구성되어 운영 중에 있으며 이들 조직을 통해서 사업 활성화에 적지 않은 도움을 받고 있음.

- 그러나 향후 노인 건강 및 보건의료의 증가 수요 및 부담에 적절하게 대응하기 위해서는 제주특별자치도 차원의 정책 기획 및 기술지원 조직체계를 만들 필요성이 있음. 예컨대 서울특별시는 서울의료원 산하에 공공보건의료 전담 연구소를 설치하여 관련 업무에 대한 기획과 기술지원 업무를 수행하고 있는 사례도 있고 타 시·도에서도 적극적인 검토가 이루어지고 있는 상황임.

#### 4) 제주특별자치도의 중증 및 응급환자 치료 서비스 질 향상 정책의 부족

- 현재 제주특별자치도에서는 중앙정부의 지원 사업에 대한 연계지원과 제주도 도내 병원 간 경쟁 구조와 시장변화에 의존하고 있을 뿐 보다 적극적인 의료서비스 질 향상 정책을 추진하고 있지 못하고 있음.
- 제주대학교병원 개원 및 신축 이전에 따른 도내 병원 간 경쟁유발 효과로 인하여 지난 10년간 제주도내 급성기 의료서비스 인프라 및 질 향상에 일정한 성과가 나타났지만 향후 10~20년 간 제주지역의 급성기 인프라 질 향상을 위한 전략이 마련되어 있지 않은 상황이기 때문에 향후 이 부분에 대한 보다 적극적인 노력이 요구됨.

#### 5) 보건의료복지와 노인복지의 연계를 담당할 행정 및 관리 구심체(조직)의 부재

- 일반 노인복지와 노인보건의료복지 간의 통합적 접근에 의해 연계성을 강화하는 구심체 역할을 하는 행정 시스템의 부재

- 다만 노인복지 업무는 도청 노인장애인복지과 혹은 행정시 사회복지과에서 주로 담당 처리하고, 반면에 노인보건의료서비스 관련 업무는 도청 보건위생과와 각 보건소(보건지소, 보건진료소)에 의해서 수행되고 있는 실정임.
- 보건의료복지와 노인복지의 통합 모델 구축과 서비스 간 연계를 강화하기 위한 제주특별자치도 차원의 보다 적극적인 노력과 관심이 필요하며, 이를 위한 관련 연구 지원을 토대로 체계적인 계획 수립과 집행이 요구됨.

## 제4장 제주지역의 노인 보건의료서비스 조사결과 및 해석

### 1. 조사의 설계

- 본 연구는 노인보건의료서비스 정책변화와 제주의 노인 보건의료서비스 현황과 문제점을 파악하여 향후 고령사회(혹은 초고령사회)에 대비하여 제주노인의 건강한 노후생활을 유지하고, 아울러 노인 보건의료서비스의 질적 향상이 필요하다는 인식하에 65세 이상 제주노인들의 다양한 의견 수렴을 위해서 실증조사를 실시하였음.
- 조사대상 지역은 제주특별자치도 전체 행정구역에 한정되었음.
- 제주지역에서 노인 보건의료서비스를 받는 65세 이상 제주거주 노인들을 대상으로 설문조사하였음.
- 수집된 자료는 SPSS(Statistical Package for the Social Science Program)를 이용하여 빈도분석을 하였음.
- 본 연구의 설문조사는 2013년 5월 10일 ~ 5월 18일 기간에 이루어졌음.

### 2. 제주지역의 노인 대상 조사결과 분석 및 해석

#### 가. 조사 방법

- 자료수집은 구조화된 설문지에 의한 자기기입식 설문조사(Administrative questionnaire)가 사용되었으며 면접조사 경험이 많은 면접조사원이 자료를 수집하였음. 물론 조사대상자가 직접 설문 응답을 할 수 있으

면 자기기입식 방법을 하였고, 그렇지 않은 경우는 1:1 면접조사를 하였음.

- 조사대상의 모집단은 현재 제주지역에 거주하는 65세 이상 전체 노인을 대상으로 하였음. 그러나 1:1 면접조사가 불가능한 조사대상 노인은 조사대상에서 제외하였음.
- 조사대상자의 표본 선정은 제주지역의 읍·면·동별 전체 노인인구수와 조사대상 표본수(350명)의 비율 구성을 고려하여 최종 면접대상 표본수를 정하였음.<sup>15)</sup> 그래서 지역별 최종 조사면접 대상자를 보면, 제주시 동지역 127명, 서귀포시 동지역 57명, 제주시 읍·면지역 92명, 서귀포시 읍·면 지역 74명이 선정되었음.
- 조사면접 대상자는 제주지역 읍·면·동지역에 거주하는 65세 이상 노인을 대상으로 하였음. 최종조사 대상자의 표집방법은 전반적으로 군락표집, 무작위 표집 그리고 할당표집이 병행하여 사용됨. 우선 43개 읍·면·동 지역 가운데 조사대상 표집군은 무작위 표집(random sampling) 방법에 의해서 선정되었음.
  - 표집된 동(洞) 지역은 제주시의 노형동, 삼양동, 용담동, 이도동, 일도동, 화북동, 서귀포시의 대륜동, 대천동, 동홍동, 중문동, 천지동임.
  - 표집된 읍·면지역은 제주시의 조천읍, 한림읍, 그리고 서귀포시의 남원읍, 대정읍, 표선면임.
- 노인들로부터 자료 수집의 용이성을 고려하여 표집 선정된 읍·면·동 지역 내에서 마을회, 경로당 등의 협조를 얻어 65세 이상 노인의 성별, 연령, 교육수준 등을 고려하여 임의할당 표집에 의해서 350명의 최종 조사면접 노인이 선정되었고 이들을 대상으로 심층면접에 의해 자료가 수집되었음.

---

15) 2011년 12월 말 기준으로 제주지역 전체 노인인구 수는 72,684명이고, 그리고 읍·면·동별 노인인구 수는 제주시 동지역 29,679명, 서귀포시 동지역 11,350명, 제주시 읍·면지역 18,142명, 그리고 서귀포시 읍·면지역 13,513명으로 나타남(제주특별자치도, 2012).

- 최종 분석방법은 빈도분석에 의존하였으며 이러한 분석을 위해서 노인들의 건강실천행위, 건강상태, 병리상태, 신체기능상태, 보건의료서비스 인식, 인구학적 특성 등의 변인이 포함되었음.

## 나. 빈도분석 결과

### 1) 조사대상자의 일반적 특성

- 전체 응답자 350명(유효표본)을 대상으로 조사·분석함. 조사대상자의 일반적 특성은 <표 4-1>에 제시되어 있음.
- 응답자의 인구통계적 특성을 성별로 살펴보면, 여성 187명(50.9%), 남성 172명(49.1%)으로 나타났고, 연령별로는 66세 이상~70세 이하 167명(47.7%), 71세 이상~75세 이하 72명(20.6%), 65세 이하 49명(14.0%), 76세 이상~80세 이하 41명(11.7%), 81세 이상 21명(6.0%)의 순으로 나타남.
- 거주지별로는 살펴보면 제주시 동지역 127명(36.3%), 제주시 읍·면 지역 92명(26.3%), 서귀포시 읍·면지역 74명(21.1%), 서귀포시 동지역 57명(16.3%)의 순으로 나타남.
- 학력별로는 고등학교 118명(33.7%), 초등학교 71명(20.3%), 중학교 68명(19.4%), 무학 38명(10.9%), 대학 29명(8.3%), 전문대학 19명(5.4%), 대학원 7명(2.0%)의 순으로 나타남.
- 재산소득, 이자소득 등을 포함한 월평균 가구소득으로는 소득 없음 50명(14.3%), 80~100만원 미만 47명(13.4%), 60~80만원 미만 40명(11.4%), 20~40만원 미만 39명(11.1%), 40~60만원 미만 33명(9.4%), 100~120만원 미만 32명(9.1%), 20만원 미만 26명(7.4%), 140~160만원 미만 19명(5.4%), 120~140만원 미만 16명(4.6%), 300만원 이상 13명(3.7%), 200~250만원 미만 11명(3.1%), 180~200만원

<표 4-1> 조사대상자의 일반적 특성

구분		빈도(명)	비율(%)
성별	남성	172	49.1
	여성	178	50.9
연령	65세	49	14.0
	66세 이상~70세 이하	167	47.7
	71세 이상~75세 이하	72	20.6
	76세 이상~80세 이하	41	11.7
	81세 이상	21	6.0
학력	무학	38	10.9
	초등학교	71	20.3
	중학교	68	19.4
	고등학교	118	33.7
	전문대학	19	5.4
	대학	29	8.3
	대학원	7	2.0
월평균 가구소득	소득 없음	50	14.3
	20만원 미만	26	7.4
	20~40만원 미만	39	11.1
	40~60만원 미만	33	9.4
	60~80만원 미만	40	11.4
	80~100만원 미만	47	13.4
	100~120만원 미만	32	9.1
	120~140만원 미만	16	4.6
	140~160만원 미만	19	5.4
	160~180만원 미만	7	2.0
	180~200만원 미만	10	2.9
	200~250만원 미만	11	3.1
	250~300만원 미만	7	2.0
	300만원 이상	13	3.7
현재 거주지	제주시 동지역	127	36.3
	제주시 읍·면지역	92	26.3
	서귀포시 동지역	57	16.3
	서귀포시 읍·면지역	74	21.1
동거 가족	없다	78	22.3
	배우자	153	43.7
	배우자와 자녀	72	20.6
	자녀	31	8.9
	자녀의 배우자	3	0.9
	손자녀	4	1.1
	손자녀의 배우자	1	0.3
	친인척 기타	2 6	0.6 1.7

&lt;표 4-1&gt; 조사대상자의 일반적 특성(계속)

결혼상태	미혼	6	1.7
	유배우	236	67.4
	사별	84	24.0
	이혼	20	5.7
	별거	4	1.1
의료보장 가입상태	의료보험	74	21.1
	건강보험	248	70.9
	미가입	28	8.0
주택유형	단독주택	201	57.4
	다가구주택	22	6.3
	아파트	61	17.4
	다세대주택	51	14.6
	주상복합아파트	2	0.6
	오피스텔	3	0.9
	기타	10	2.9
현재 주택에서 거주기간	5년 이하	70	20.0
	6년이상~10년 이하	65	18.6
	11년 이상~15년 이하	43	12.3
	16년 이상~20년 이하	47	13.4
	21년 이상~25년 이하	20	5.7
	26년 이상~30년 이하	37	10.6
	31년 이상	68	19.4
주택점유 형태	자기집	271	77.4
	전세	14	4.0
	보증금 월세	17	4.9
	사글세	21	6.0
	무상	6	1.7
	기타	21	6.0
다른 곳으로 의사할 의향	있다	62	17.7
	없다	288	82.3
합 계		350	100.0

미만 10명(2.9%), 160~180만원 미만과 250~300만원 미만이 각각 7명(2.0%)의 순으로 나타남.

- 현재 함께 사는 가족으로는 배우자 153명(43.7%), 없다 78명(22.3%), 배우자와 자녀 72명(20.6%), 자녀 31명(8.9%), 기타 6명(1.7%), 손자녀 4명(1.1%), 자녀의 배우자 3명(0.9%), 친인척 2명(0.6%), 손자녀의 배우자 1명(0.3%)의 순으로 나타남.
- 조사대상자의 결혼상태별로는 유배우 236명(67.4%), 사별 84명(24.0%), 이혼 20명(5.7%), 미혼 6명(1.7%), 별거 4명(1.1%)의 순으로 나타남.
- 의료보장 가입상태별로는 건강보험 248명(70.9%), 의료보험 74명(21.1%), 미가입 28명(8.0%)의 순으로 나타남.
- 주택유형별로는 단독주택 201명(57.4%), 아파트 61명(17.4%), 다세대주택 51명(14.6%), 다가구주택 22명(6.3%), 기타 10명(2.9%), 오피스텔 3명(0.9%), 주상복합아파트 2명(0.6%)의 순으로 나타남.
- 조사대상자가 현재의 주택에 거주한 기간별로는 5년 이하 70명(20.0%), 31년 이상 68명(19.4%), 6년이상~10년 이하 65명(18.6%), 16년 이상~20년 이하 47명(13.4%), 11년 이상~15년 이하 43명(12.3%), 26년 이상~30년 이하 37명(10.6%), 21년 이상~25년 이하 20명(5.7%)의 순으로 나타남.
- 조사용답자의 주택점유 형태별로는 자기집 271명(77.4%), 사글세 및 기타가 각각 21명(6.0%), 보증금 월세 17명(4.9%), 전세 14명(4.0%), 무상 6명(1.7%)의 순으로 나타남.
- 다른 곳으로 의사할 의향과 관련하여 이사의향이 '있다'는 응답자는 62명(17.7%)으로 나타났고, 반면에 이사의향이 '없다'는 응답자는 288명(82.3%)으로 나타남.

## 2) 건강실천행위

- 조사응답자가 현재 담배를 피우는지에 대해서는 '과거부터 전혀 피우지 않는다' 227명(65.0%), '피우고 있다' 70명(20.1%), '안 피운지 1년 이상 되었다' 52명(14.9%)으로 나타남.

&lt;표 4-2&gt; 현재 흡연 여부

구분	빈도(명)	비율(%)
피우고 있다	70	20.1
안 피운지 1년 이상 되었다	52	14.9
과거부터 전혀 피우지 않는다	227	65.0
합계	349	100.0

- 담배를 피우는 사람 중 하루에 담배를 피는 정도에 대해서는 6개 피 이상~10개피 이하 23명(35.4%), 5개피 이하 16명(24.6%), 16개 피 이상~20개피 이하 14명(21.5%), 11개피 이상~15개피 이하 9명(13.8%), 21개피 이상 3명(4.6%)의 순으로 나타남.

&lt;표 4-3&gt; 하루에 피는 흡연 양

구분	빈도(명)	비율(%)
5개피 이하	16	24.6
6개피 이상~10개피 이하	23	35.4
11개피 이상~15개피 이하	9	13.8
16개피 이상~20개피 이하	14	21.5
21개피 이상	3	4.6
합계	65	100.0

- 또한, 담배를 안 피우게 된 나이로는 36세 이상~40세 이하 10명(21.3%), 46세 이상~50세 이하, 56세 이상~60세 이하가 각각 8명(17.0%), 51세 이상~55세 이하 6명(12.8%), 30세 이하 4명(8.5%),

41세 이상~45세 이하, 61세 이상~65세 이하가 각각 3명(6.4%), 31세 이상~35세 이하, 65세 이상~70세 이하가 각각 2명(4.3%), 71세 이상 1명(2.1%)의 순으로 나타남.

<표 4-4> 금연 시기

구분	빈도(명)	비율(%)
30세 이하	4	8.5
31세 이상~35세 이하	2	4.3
36세 이상~40세 이하	10	21.3
41세 이상~45세 이하	3	6.4
46세 이상~50세 이하	8	17.0
51세 이상~55세 이하	6	12.8
56세 이상~60세 이하	8	17.0
61세 이상~65세 이하	3	6.4
65세 이상~70세 이하	2	4.3
71세 이상	1	2.1
합계	47	100.0

○ 조사대상자가 현재 술을 마시는지에 대해서는 ‘과거부터 전혀 마시지 않는다’ 192명(55.5%), ‘마신다’ 116명(33.5%), ‘안 마신지 1년 이상 되었다’ 38명(11.0%)으로 나타남.

<표 4-5> 현재 음주 여부

구분	빈도(명)	비율(%)
마신다	116	33.5
안 마신지 1년 이상 되었다	38	11.0
과거부터 전혀 마시지 않는다	192	55.5
합계	346	100.0

- 술을 마시는 사람 중 1주일에 마시는 정도에 대해서는 1일 47명(40.5%), 2일 29명(25.0%), 3일 24명(20.7%), 4일 8명(6.9%), 5일 4명(3.4%), 6일과 7일(매일)이 각각 2명(1.7%)의 순으로 나타남.

&lt;표 4-6&gt; 1주일에 마시는 음주 횟수(일)

구분	빈도(명)	비율(%)
1일	47	40.5
2일	29	25.0
3일	24	20.7
4일	8	6.9
5일	4	3.4
6일	2	1.7
7일(매일)	2	1.7
합계	116	100.0

- 또한, 술을 안 마시게 된 나이로는 61세 이상~70세 이하 16명(57.1%), 41세 이상~50세 이하 6명(21.4%), 30세 이하, 31세 이상~40세 이하, 51세 이상~60세 이하가 각각 2명(7.1%)의 순으로 나타남.

&lt;표 4-7&gt; 금주 시기

구분	빈도(명)	비율(%)
30세 이하	2	7.1
31세 이상~40세 이하	2	7.1
41세 이상~50세 이하	6	21.4
51세 이상~60세 이하	2	7.1
61세 이상~70세 이하	16	57.1
합계	28	100.0

- 조사응답자들이 술을 끊어야 한다는 인식에 대해서 ‘그렇다’ 96명(53.0%), ‘그렇지 않다’ 85명(47.0%)으로 나타남. 이처럼 조사응답자의 절반 정도는 향후 금주할 의향을 가지고 있고, 나머지는 금주할 의향을 가지고 있지 않는 것으로 나타남. 그래서 절반 가까이 조사대상 노인들의 금주할 수 있는 대책을 마련할 필요가 있음.

<표 4-8> 금주에 대한 인식

구분	빈도(명)	비율(%)
그렇다	96	53.0
그렇지 않다	85	47.0
합계	181	100.0

- 술 마시는 것을 비난하는 사람들 때문에 귀찮을 때가 있는지에 대해서는 ‘그렇지 않다’ 116명(65.9%), ‘그렇다’ 60명(34.1%)으로 나타남. 따라서 조사응답 노인들의 2/3정도는 자신의 음주에 대한 타인들의 비난에 별 신경을 쓰지 않은 것으로 보임.

<표 4-9> 음주행위 비난에 대한 귀찮음 인식

구분	빈도(명)	비율(%)
그렇다	60	34.1
그렇지 않다	116	65.9
합계	176	100.0

- 음주 때문에 죄책감을 느끼거나 기분이 나쁠 때가 있는지에 대해서는 ‘그렇지 않다’ 132명(76.3%), ‘그렇다’ 41명(23.7%)으로 나타남. 따라서 대다수 응답자들이 음주행위에 대하여 별다른 죄책감을 느끼지 않는 것으로 인식되었음.

<표 4-10> 음주로 인한 죄책감 인식

구분	빈도(명)	비율(%)
그렇다	41	23.7
그렇지 않다	132	76.3
합계	173	100.0

- 술을 마신 다음날 해장술을 마시는 것에 대해서는 ‘그렇지 않다’ 135명(80.4%), ‘그렇다’ 33명(9.6%)으로 나타남.

<표 4-11> 음주 후 다음날 해장술 여부

구분	빈도(명)	비율(%)
그렇다	33	19.6
그렇지 않다	135	80.4
합계	182	100.0

- 조사대상자들이 정기적인 운동과 관련하여 ‘운동하고 있다’는 응답자가 212명(62.2%), ‘그렇지 않다’는 경우가 129명(37.8%)으로 나타남.

<표 4-12> 정기적인 운동 여부

구분	빈도(명)	비율(%)
하고 있다	212	62.2
하고 있지 않다	129	37.8
합계	341	100.0

- 조사응답자가 현재 하고 있는 운동 유형으로는 걷기 118명(35.0%), 산책 75명(22.6%), 체조 46명(13.6%), 조깅 21명(6.2%), 등산이나 하이킹 20명(5.9%), 게이트볼 18명(5.3%), 춤 및 기타가 각각 11명(3.3%), 구기 10명(3.0%), 수영 4명(1.2%), 무술 2명(0.6%)의 순으로 나타남 (표 4-13. 참고).
- 1주일에 각종 운동이나 스포츠를 하는 횟수로는 3일 71명(30.2%), 2일 59명(25.1%), 7일(매일) 33명(14.0%), 5일 29명(12.3%), 1일 20명(8.5%), 4일 17명(7.2%), 6일 6명(2.6%)의 순으로 나타남. 따라서 응답자의 절반 이상이나 1주일에 운동 횟수가 2~3일로 나타남(표 4-14. 참고).

<표 4-13> 현재 참여 운동 유형 (다중응답)

구분	빈도(명)	비율(%)
게이트볼	18	5.3
조깅	21	6.2
구기	10	3.0
등산이나 하이킹	20	5.9
춤	11	3.3
수영	4	1.2
무술	2	0.6
체조	46	13.6
산책	75	22.6
걷기	118	35.0
기타	11	3.3
합계	337	100.0

<표 4-14> 1주일에 하는 운동 횟수(일)

구분	빈도(명)	비율(%)
1일	20	8.5
2일	59	25.1
3일	71	30.2
4일	17	7.2
5일	29	12.3
6일	6	2.6
7일(매일)	33	14.0
합계	235	100.0

- 조사대상자가 1주일에 2km(5리)를 걷는 횟수로는 ‘전혀 없다’가 81명(23.5%)으로 가장 많고, 다음으로 2~3번 정도 79명(22.9%), 한번 62명(18.0%), 한번 미만 53명(15.4%), 4~5번 정도 36명(10.4%), 매일 34명(9.9%)의 순으로 나타남.

&lt;표 4-15&gt; 정기적인 운동 여부

구분	빈도(명)	비율(%)
전혀 없다	81	23.5
한번 미만	53	15.4
한 번	62	18.0
2~3번 정도	79	22.9
4~5번 정도	36	10.4
매일	34	9.9
합계	345	100.0

- 조사대상자가 지난 1주일간 가족, 친구, 이웃을 만나기 위해 외출한 경험에 대해서는 ‘있다’ 269명(77.1%), ‘없다’ 80명(22.9%)으로 나타남(표 4-16. 참고).

&lt;표 4-16&gt; 지난 1주일간 가족·친구·이웃을 만난 경험 여부

구분	빈도(명)	비율(%)
있다	269	77.1
없다	80	22.9
합계	349	100.0

&lt;표 4-17&gt; 지난 1주일간 가족·친구·이웃을 만난 횟수

구분	빈도(명)	비율(%)
1번	64	24.2
2번	67	25.3
3번	49	18.5
4번	15	5.7
5번	24	9.1
6번	3	1.1
7번 이상	43	16.2
합계	265	100.0

- 조사응답자가 지난 1주일간 가족 친구 이웃을 만난 횟수를 보면 (표 4-17. 참고), 만난 횟수가 2번이 67명(25.3%)으로 가장 많고, 다음으로 1번 64명(24.2%), 3번 49명(18.5%), 7번 이상 43명(16.2%), 5번 24명(9.1%), 4번 15명(5.7%), 6번 3명(1.1%)의 순으로 나타남.
- 조사응답자가 지난 1주일간 가족, 친구, 이웃이 집에 찾아온 경험 여부에 대하여 ‘방문이 있었다’가 214명(62.2%)이고, 없다는 응답자가 130명(37.8%)으로 나타남(표 4-18. 참고).

<표 4-18> 지난 1주일간 가족·친구·이웃의 방문 여부

구분	빈도(명)	비율(%)
있다	214	62.2
없다	130	37.8
합계	344	100.0

<표 4-19> 지난 1주일간 가족, 친구, 이웃의 방문 횟수

구분	빈도(명)	비율(%)
1번	83	39.0
2번	68	31.9
3번	35	16.4
4번	9	4.2
5번	8	3.8
6번	2	0.9
7번 이상	8	3.8
합계	213	100.0

- 조사응답자를 방문하여 만난 횟수로는 1번 83명(39.0%), 2번 68명(31.9%), 3번 35명(16.4%), 4번 9명(4.2%), 5번, 7번 이상이 각각 8명

(3.8%), 6번 2명(0.9%)의 순으로 나타남(표 4-19. 참고).

- 조사응답자가 지난 1주일간 가족, 친구, 이웃과 전화로 통화한 경험에 대해서는 ‘있다’ 286명(82.7%), ‘없다’ 60명(17.3%)으로 나타남(표 4-20. 참고).

<표 4-20> 지난 1주일간 가족·친구·이웃과 전화 통화 경험

구분	빈도(명)	비율(%)
있다	286	82.7
없다	60	17.3
합계	346	100.0

- 조사응답자가 전화로 통화한 횟수로는 5회 이하 240명(84.8%), 6회 이상~10회 이하 30명(10.6%), 11회 이상~20회 이하 7명(2.5%), 21회 이상 6명(2.2%)의 순으로 나타남(표 4-21. 참고).

<표 4-21> 지난 1주일간 가족·친구·이웃과 전화 통화 횟수

구분	빈도(명)	비율(%)
5회 이하	240	84.8
6회 이상~10회 이하	30	10.6
11회 이상~20회 이하	7	2.5
21회 이상	6	2.2
합계	283	100.0

- 조사응답자들이 평소 식사를 규칙적으로 잘 하고 있는지에 대한 질문에 대하여 ‘그렇게 하는 편이다’ 245명(70.2%), ‘그저 그런 편이다’ 73명(20.9%), ‘그렇지 못한 편이다’ 31명(8.9%)의 순으로 나타남(표 4-22. 참고).

<표 4-22> 식사 규칙성

구분	빈도(명)	비율(%)
전혀 그렇지 못한다	4	1.1
대체로 그렇지 못한다	27	7.7
그저 그렇다	73	20.9
대체로 그렇게 한다	148	42.4
아주 규칙적으로 한다	97	27.8
합계	349	100.0

### 3) 건강상태

- 조사대상자의 신장 분포를 보면(표 4-23. 참고), 151cm이상~160cm이하가 139명(39.9%)으로 가장 많고, 다음으로 161cm이상~170cm이하 121명(34.8%), 171cm이상~180cm이하 49명(14.1%), 150cm이하 38명(10.9%), 181cm이상 1명(0.3%)의 순으로 나타남.

<표 4-23> 신장

(단위: cm)

구분	빈도(명)	비율(%)
150cm이하	38	10.9
151cm이상~160cm이하	139	39.9
161cm이상~170cm이하	121	34.8
171cm이상~180cm이하	49	14.1
181cm이상	1	0.3
합계	348	100.0

- 조사응답자의 체중은 51kg이상~60kg이하가 133명(38.2%)으로 가장 많고, 다음으로 61kg이상~70kg이하 111명(31.9%), 50kg이하 56명(16.1%), 71kg이상~80kg이하 37명(10.6%), 81kg이상 11명(3.2%)

의 순으로 나타남(표 4-24. 참고).

<표 4-24> 체중 (단위: kg)

구분	빈도(명)	비율(%)
50kg이하	56	16.1
51kg이상~60kg이하	133	38.2
61kg이상~70kg이하	111	31.9
71kg이상~80kg이하	37	10.6
81kg이상	11	3.2
합계	348	100.0

- 조사응답자 자신의 건강상태에 대한 인식으로는 ‘보통이다’가 171명(48.9%)으로 가장 많고, 다음으로 ‘좋은 편이다’ 103명(29.4%), 나쁜 편이다 76명(21.7%)의 순으로 나타남(표 4-25. 참고).

<표 4-25> 건강상태에 대한 주관적 인식

구분	빈도(명)	비율(%)
매우 나쁜 편이다	7	2.0
대체로 나쁜 편이다	69	19.7
보통이다	171	48.9
대체로 좋은 편이다	88	25.1
매우 좋은 편이다	15	4.3
합계	350	100.0

- 조사응답가가 지난 1년간 경험한 증상에 대해서는 <표 4-26>에 나타나듯이, ‘한 달 이상 무릎이 아프거나 쭈시거나, 불편한 적이 있다’가 179명(51.3%)으로 가장 많고, 다음으로 ‘한 달 이상 허리

가 아프거나 쭈시거나, 불편한 적이 있다'는 177명(50.9%)으로 나타남(표 4-26. 참고).

<표 4-26> 지난 1년간 경험한 증상 인식 여부

구분	예		아니오	
	빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)
가슴이 답답하거나 통증을 느낀 적이 있다	115	33.0	234	67.0
밤에 잠잘 때 숨이 차거나, 자다가 숨이 막혀 깨어 있는 적이 있다	36	10.0	314	90.0
낮에 발이나 발목이 붓다가 저녁에 가라앉았던 적이 있다	73	20.9	276	79.1
평소에 기침을 하거나 가래가 나온다	135	38.7	214	61.3
숨쉴 때 쉼쉼 거리는 소리가 들린 적이 있다	36	10.3	312	89.7
한 달 이상 손이나 손목이 아프거나, 쭈시거나, 불편한 적이 있다	118	34.1	228	65.9
한 달 이상 어깨가 아프거나 쭈시거나, 불편한 적이 있다	160	45.8	189	54.2
한 달 이상 엉덩부위가 아프거나 쭈시거나, 불 편한 적이 있다	62	17.8	286	82.2
한 달 이상 무릎이 아프거나 쭈시거나, 불편한 적이 있다	179	51.3	170	48.7
한 달 이상 발이 아프거나 쭈시거나, 불편한 적 이 있다	101	28.9	248	71.1
한 달 이상 허리가 아프거나 쭈시거나, 불편한 적이 있다	177	50.9	171	49.1
일어날 때 현기증이 난 적이 있다	95	27.4	252	72.6
귀에서 소리가 난 적이 있다	78	22.3	279	77.7
머리부위가 아프거나 더부룩하고 신물이 넘어 온 적이 있다	49	14.1	299	85.9
종종 우울한 감정이 들곤한다	116	33.2	233	66.8

#### 4) 병리상태

○ 조사대상자가 지난 1년간 넘어진 경험 여부에 대하여 '경험이 있

다’는 98명(28.2%)이고, 반면에 ‘경험이 없다’가 249명(71.8%)으로 나타남(표 4-27. 참고).

<표 4-27> 지난 1년간 넘어진 경험

구분	빈도(명)	비율(%)
있다	98	28.2
없다	249	71.8
합계	347	100.0

- 조사응답자가 치료를 받아야 할 정도로 크게 넘어진 원인으로는 ‘미끄러져서’ 33명(32.7%), ‘다리를 접질려서’ 25명(24.8%), ‘보도나 문턱에 손발이 걸려서’ 18명(17.8%), ‘사람이나 사물에 부딪쳐서’ 14명(13.9%), ‘갑자기 어지러워서’ 8명(7.9%), 기타 3명(3.0%)의 순으로 나타남(표 4-28. 참고).

<표 4-28> 크게 넘어진 원인(다중응답)

구분	빈도(명)	비율(%)
미끄러져서	33	32.7
다리를 접질려서	25	24.8
사람이나 사물에 부딪쳐서	14	13.9
갑자기 어지러워서	8	7.9
보도나 문턱에 손발이 걸려서	18	17.8
기타	3	3.0
합계	101	100.0

○ 조사응답자가 현재 3개월 이상 앓고 있는 질환 여부에 대해서 ‘질환이 있다’는 응답자가 159명(46.0%)이고, 반면에 ‘질환이 없다’는 응답자는 187명(54.0%)으로 나타남(표 4-29. 참고).

<표 4-29> 3개월 이상 앓고 있는 질환 유무

구분	빈도(명)	비율(%)
있다	159	46.0
없다	187	54.0
합계	346	100.0

<표 4-30> 3개월 이상 앓고 있는 만성질환 증상 유무

구분	있다		없다		
	빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)	
암	5	1.4	341	98.6	
근골격계 질환	관절염	72	20.8	274	79.2
	요통, 좌골통	15	4.3	331	85.7
	디스크	22	6.4	324	93.6
	신경통	42	12.1	304	87.9
	골다공증	34	9.8	312	90.2
소화기계 질환	소화성궤양	15	4.3	331	95.7
	만성간염, 간경변증	7	2.0	338	98.0
내분비, 대사성	당뇨병	29	8.4	317	91.6
	갑상선 질환	11	3.2	335	96.8
순환기계 질환	고혈압	80	23.1	266	76.9
	중풍, 뇌혈관 질환	14	4.0	332	96.0
	협심증	6	1.7	339	98.3
	심근경색증	14	4.0	332	96.0
호흡기계 질환	폐결핵, 결핵	4	1.2	342	98.8
	만성기관지염, 폐기종	12	3.5	334	96.5
	천식	9	2.6	337	97.4
눈, 귀질환	백내장	17	4.9	329	95.1
	만성중이염	6	1.7	340	98.3
만성신장질환	2	0.6	344	99.4	
우울증	13	3.8	333	96.2	
빈혈	22	6.4	324	93.6	
피부병	6	1.7	340	98.3	
골절, 탈골 및 사고로 인한 후유증	9	2.6	337	97.4	

- 조사응답가가 3개월 이상 앓고 있는 만성질환 증상 여부에 대한 응답 분포가 <표 4-30>에 나타나 있음. 특히 응답자들 가운데 고혈압(23.1%), 관절염(20.8%), 신경통(12.1%), 골다공증(9.8%), 당뇨병(8.4%), 빈혈과 디스크 각각 6.4% 등이 많이 나타남.
- 더구나 <표 4-30>에서 제시된 질환 이외에 3개월 이상 겪고 있는 질환으로는 심장병이 4명(23.5%), 전립선, 뇌경색이 각각 3명(17.6%), 대장암 2명(11.8%), 근육통, 만성비염, 부정맥, 파킨스병, 폐암이 각각 1명(5.9%)으로 나타남(표 4-31. 참고).

&lt;표 4-31&gt; 3개월 이상 겪고 있는 질환(추가)

구분	빈도(명)	비율(%)
근육통	1	5.9
뇌경색	3	17.6
대장암	2	11.8
만성비염	1	5.9
부정맥	1	5.9
심장	4	23.5
전립선	3	17.6
파킨스병	1	5.9
폐암	1	5.9
합계	17	100.0

## 5) 신체기능 상태

- 조사대상자가 일상생활 수행 행동들을 할 때 신체 기능 상태에 대해서는 모두 잘 할 수 있는 편으로 나타났고, 식사하기 및 화장실 사용하기(평균: 4.41), 대소변 조절(평균: 4.40), 세수하기(평균: 4.39), 옷 입기(평균: 4.38), 목욕하기(평균: 4.32), 이동하기(평균: 4.28)의 순으로 나타남(표 4-32. 참고). 따라서 조사응답 노인들의 일상생활 수행 행동에 특별한 문제가 없다는 인식을 보여주고 있음.

<표 4-32> 일상생활 수행 행동에 대한 신체기능 상태

구분	전혀 할 수 없다		대체로 할 수 없다		보통		대체로 할 수 있다		아주 잘 할 수 있다		평균
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	
옷 입기	-	-	7	2.0	48	13.8	98	28.1	196	56.2	4.38
세수하기	2	0.6	5	1.4	48	13.8	95	27.2	199	57.0	4.39
목욕하기	2	0.6	10	2.9	54	15.5	89	25.6	193	55.5	4.32
식사하기	-	-	5	1.4	46	13.3	99	28.5	197	56.8	4.41
이동하기	2	0.6	13	3.7	57	16.4	89	25.6	187	53.7	4.28
화장실 사용하기	-	-	3	0.9	49	14.1	98	28.2	198	56.9	4.41
대소변 조절	-	-	4	1.1	48	13.8	100	28.7	196	56.3	4.40

○ 도구적 일상생활 수행 행동들을 할 때 신체 기능 상태에 대해서도 모두 잘 할 수 있는 편으로 나타났고, 전화사용하기(평균: 4.29), 약 챙겨먹기(평균: 4.25), 몸단장(평균: 4.20), 금전관리하기(평균: 4.16), 근거리 외출(평균: 4.15), 집안 일하기(평균: 4.10), 교통수단 이용 및 물건사기가 각각(평균:4.09), 식사준비(평균: 4.05), 빨래하기(평균: 3.96)의 순으로 나타남(표 4-33. 참고). 따라서 조사응답 노인들의 도구적 일상생활 수행 행동에 특별한 문제가 없다는 인식을 보여주고 있음.

<표 4-33> 도구적 일상생활 수행 행동에 대한 신체기능 상태

구분	전혀 할 수 없다		대체로 할 수 없다		보통		대체로 할 수 있다		아주 잘 할 수 있다		평균
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	
몸단장	1	0.3	6	1.7	75	21.6	105	30.3	160	46.1	4.20
집안 일하기	2	0.6	14	4.0	78	22.4	108	31.0	146	42.0	4.10
식사준비	4	1.2	15	4.3	83	23.9	104	30.0	141	40.6	4.05
빨래하기	5	1.4	34	9.8	73	21.1	92	26.6	142	41.0	3.96
근거리 외출	1	0.3	12	3.5	75	21.6	104	30.0	155	44.7	4.15
교통수단 이용	1	0.3	19	5.5	81	23.3	94	27.1	152	43.8	4.09
물건사기	1	0.3	16	4.6	78	22.5	106	30.6	145	41.9	4.09
금전관리하기	1	0.3	10	2.9	79	22.7	99	28.4	159	45.7	4.16
전화사용하기	-	-	2	0.6	62	17.8	118	33.9	166	47.7	4.29
약 챙겨먹기	-	-	2	0.6	71	20.5	111	32.1	162	46.8	4.25

## 6) 보건의료 서비스

- 조사응답자들의 노인보건의료서비스 개선에 대한 인식정도는 <표 4-34>에 잘 나타나고 있음. 전체적 응답 결과를 종합해 볼 때 보건의료서비스 개선과 관련된 사항으로는 모두 필요하거나 개선이 필요하다는 의견이 높게 나타났음. 응답의 주요한 개선 사항에 대한 응답 평균점수가 높은 순서를 차지하는 개선사항은 다음과 같음.
- 치매, 응급의료, 치관 보존 치료 등에 대해서도 의료보험을 적용하여야 함(평균점수: 4.32)
  - 보험 진료시 본인 부담률이 인하되어야 함(평균점수: 4.25)
  - 노인병 전문의, 간호사, 물리치료사, 간병인력이 체계적으로 양성되어야 함(평균점수: 4.18)
  - 노인질병 상태에 따라 전문화된 전문요양 시설이 있어야 함(평균점수: 4.12)
  - 노인전문병원이 설립되어야 함(평균점수: 4.08)
  - 보건소 시설을 노인질병 치료가 가능하도록 확충되어야 함(평균점수: 4.05)
  - 보건소에서 노인질병 치료 기능을 강화하여야 함(평균점수: 4.03)
  - 질병예방, 건강증진, 재활 등 종합적 보건의료서비스가 제공되어야 함(평균점수: 4.01)
- 이와 더불어 조사응답자들이 노인보건의료서비스 개선 사항들에 대하여 필요하다고 지적한 사항들 가운데 응답 비율이 가장 높은 내용들은 다음과 같음.
- 치매, 응급의료, 치관 보존 치료 등에 대해서도 의료보험을 적용하여야 함(85.9%)

<표 4-34> 노인보건의료서비스 개선 사항

구분	전혀 그렇지 않다		거의 그렇지 않다		보통이다		거의 그렇다		매우 그렇다		평균
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	
의료와 간호를 할 수 있는 건강관리 가정봉사원이 필요하다	52	14.9	74	21.2	65	18.6	93	26.6	65	18.6	3.13
방문간호 등 재가복지 의료서비스가 확대되어야 한다	19	5.4	46	13.1	76	21.7	119	34.0	90	25.7	3.61
질병예방, 건강증진, 재활 등 종합적 보건의료서비스가 제공되어야 한다	9	2.6	7	2.0	75	21.5	140	40.1	118	33.8	4.01
보건소에서 노인질병 치료기능을 강화하여야 한다	6	1.7	12	3.4	67	19.2	144	41.3	120	34.4	4.03
보건소 시설을 노인질병 치료가 가능하도록 확충되어야 한다	5	1.4	8	2.3	71	20.4	144	41.4	120	34.5	4.05
보건소에도 방문간호사업을 하여야 한다	9	2.6	35	10.1	76	21.8	125	35.9	103	29.6	3.80
노인전문병원이 설립되어야 한다	8	2.3	22	6.3	54	15.4	117	33.4	149	42.6	4.08
노인질병 상태에 따라 전문화된 전문요양 시설이 있어야 한다	6	1.7	15	4.3	46	13.2	145	41.7	136	39.1	4.12
일반병원에서도 노인전문 병동이 별도로 운영되어야 한다	8	2.6	30	8.7	76	22.0	127	36.7	105	30.3	3.84
노인병 전문의, 간호사, 물리치료사, 간병인력이 체계적으로 양성되어야 한다	5	1.4	5	1.4	47	13.6	156	45.1	133	38.4	4.18
보험 진료시 본인 부담률이 인하되어야 한다	5	1.4	8	2.3	52	15.0	112	32.4	169	48.8	4.25
치매, 응급의료, 치관 보존 치료 등에 대해서도 의료보험을 적용하여야 한다	5	1.4	6	1.7	38	11.0	122	35.3	175	50.6	4.32
병원들은 노인질병에 적합한 의료서비스가 제대로 공급되지 않고 있다	18	5.2	56	16.1	80	23.1	97	28.0	96	27.7	3.57

- 노인병 전문의, 간호사, 물리치료사, 간병인력이 체계적으로 양성되어야 함(83.5%).

- 보험 진료시 본인 부담률이 인하되어야 함(81.2%).

- 노인질병 상태에 따라 전문화된 전문요양 시설이 있어야 함 (80.8%).
- 조사응답자가 지난 2년간 신체검사 또는 건강검진을 받아 본 경험 여부에 대하여 받은 ‘경험이 있다’는 응답자는 239명(68.9%)이고, 반면에 ‘경험이 없다’는 응답자는 108명(31.1%)으로 나타남(표 4-35. 참고).

<표 4-35> 지난 2년간 신체검사 및 건강검진 받은 경험 유무

구분	빈도(명)	비율(%)
있다	239	68.9
없다	108	31.1
합계	347	100.0

- 조사응답자가 건강검진을 받은 장소는 종합전문·종합병원의 경우가 155명(65.1%)으로 가장 많고, 다음으로 병원 26명(10.9%), 보건소/보건지소 25명(10.5%), 기타 18명(7.6%), 의원 11명(4.6%), 한방 병·의원 3명(1.3%)의 순으로 나타남(표 4-36. 참고).

<표 4-36> 건강검진 받은 장소

구분	빈도(명)	비율(%)
종합전문·종합병원	155	65.1
병원	26	10.9
의원	11	4.6
한방 병·의원	3	1.3
보건소/보건지소	25	10.5
기타	18	7.6
합계	238	100.0

- 조사대상자가 복용하는 약물과 관련하여 병·의원이나 보건소의

의사가 처방해준 약을 복용하는 응답자가 161명(46.5%)이고, 반면에 의사의 처방 없이 약국에서 약사가 권해주거나 본인 판단하여 산 약을 복용하는 경우가 17명(4.9%)이고, 그리고 본인이 직접 판단하여 약국에서 산 비처약 약을 복용하는 경우가 17명(4.9%)으로 나타남. 그리고 복용하는 약물이 없는 응답자는 151명(43.6%)으로 나타남(표 4-37. 참고).

<표 4-37> 복용하는 약물

구분	빈도(명)	비율(%)
없다	151	43.6
병·의원이나 보건소의 의사가 처방해준 약	161	46.5
의사의 처방 없이 약국에서 약사가 권해주거나 본인 판단하여 산 약	17	4.9
본인이 직접 판단하여 약국에서 산 비처약	17	4.9
합계	346	100.0

- 조사대상자가 복용하고 있는 치료약의 종류가 1개인 응답자가 70명(42.7%)으로 가장 많고, 다음으로 2개 56명(34.1%), 3개 21명(12.8%), 4개 9명(5.5%), 5개 8명(4.9%)으로 나타남(표 4-38. 참고).

<표 4-38> 복용하는 약물(치료약) 종류 수

구분	빈도(명)	비율(%)
1개	70	42.7
2개	56	34.1
3개	21	12.8
4개	9	5.5
5개	8	4.9
합계	164	100.0

- 조사대상자가 복용하고 있는 비 치료약의 종류가 1개인 경우가 29명(72.5%)으로 가장 많고, 다음으로 2개 8명(20.0%), 3개 2명(5.0%), 4개1명(2.5%)으로 나타남(표 4-39. 참고).

&lt;표 4-39&gt; 복용하는 약물(비치료약) 종류 수

구분	빈도(명)	비율(%)
1개	29	72.5
2개	8	20.0
3개	2	5.0
4개	1	2.5
합계	40	100.0

- 조사대상자가 복약횟수에 대한 인식 정도를 보면 ‘정확하게 지킨다’는 응답자가 143명(64.4%), ‘가끔 빼먹는 적이 있다’는 63명(28.4%), 그리고 ‘잘 안 지키고 빼먹는 적이 많다’가 16명(7.2%)의 순으로 나타남(표 4-40. 참고).

&lt;표 4-40&gt; 복약 횟수

구분	빈도(명)	비율(%)
잘 안 지키고 빼먹는 적이 많다	16	7.2
가끔 빼먹는 적이 있다	63	28.4
정확하게 지킨다	143	64.4
합계	222	100.0

- 조사응답자가 의료기관을 이용할 때 가장 불편 한 점으로는 ‘진료 시간이 너무 길다’는 응답자가 114명(33.3%)으로 가장 많고, 다음으로 ‘교통이 불편하여 병원가기가 힘들다’ 94명(27.5%), ‘의사가 너무 간단히 진료한다’ 73명(21.3%), ‘의원 및 병원 내 안내가 잘 안되었다’ 30명(8.8%), 그리고 ‘간호사들이 불친절하다’ 17명(5.0%), 기타 14명(4.1%)의 순으로 나타남(표 4-41. 참고).

<표 4-41> 의료기관 이용시 가장 불편한 점

구분	빈도(명)	비율(%)
교통이 불편하여 병원가기가 힘들다	94	27.5
진료 시간이 너무 길다	114	33.3
간호사들이 불친절하다	17	5.0
의사가 너무 간단히 진료한다	73	21.3
의원 및 병원 내 안내가 잘 안되었다	30	8.8
기타	14	4.1
합계	342	100.0

- 조사응답자가 지난 1년 동안 제때에 필요한 진료를 받지 못한 경험에 대해서는 ‘있다’는 응답자가 59명(17.3%)으로 나타났고, 반면에 ‘없다’는 응답자가 282명(82.7%)으로 나타 대다수 응답자가 필요할 때 진료를 받는 것으로 나타남(표 4-42. 참고).

<표 4-42> 필요한 진료를 받지 못한 경험 유무

구분	빈도(명)	비율(%)
있다	59	17.3
없다	282	82.7
합계	341	100.0

- 조사응답자가 필요한 진료를 제때에 받지 못한 이유로는 ‘일을 하여야 하기 때문에’라는 응답자가 31명(53.4%)으로 가장 많고, 다음으로 ‘병원비가 모자라서’ 10명(17.2%), ‘교통수단이 없어서’ 9명(15.5%), ‘거동이 불편해서’ 3명(5.2%), ‘병원 문을 닫아서’ 2명(3.4%), 그리고 ‘다른 가족을 돌보아야 하기 때문에’는 1명(1.7%) 등의 순으로 나타남(표 4-43. 참고). 따라서 조사응답자 가운데 절반 이상이 생계가 곤란하여 일을 하지 않으면 안 되어 제때 진료를 받지 못한다는 것임. 진료를 제때 받지 못하여 질환이 더 심각해지기

전에 미리 예방과 적절한 치료가 요구되기 때문에 개인뿐만 아니라 지역사회 차원에서 긴밀한 협조 하에 노인들이 제때 진료를 받을 수 있도록 사회분위기를 조성할 필요가 있음(표 4-43. 참고).

<표 4-43> 제때에 진료를 받지 못한 이유

구분	빈도(명)	비율(%)
병원비가 모자라서	10	17.2
교통수단이 없어서	9	15.5
병원 문을 닫아서	2	3.4
다른 가족을 돌보아야 하기에	1	1.7
일을 하여야 하기에	31	53.4
거동이 불편해서	3	5.2
기타	1	1.7
없다	1	1.7
합계	58	100.0

- 조사대상 노인들이 질병예방이나 치료를 위한 행정기관의 도움에 대하여 우선 ‘4대 중증질환에 대한 지원 확충’이 필요하다는 응답자가 177명(26.7%)으로 가장 많고, 다음으로 ‘의료보험 적용범위 확대’ 162명(24.5%), ‘노인전문병원 설립’ 93명(14.0%), ‘노인 돌봄 간병인 지원 확대’ 66명(10.0%), ‘위급시 빨리 병원으로 갈 수 있도록’ 63명(9.5%), ‘의료기관 이용시 교통서비스 확충’ 52명(7.9%), 그리고 ‘노인요양병원의 질 개선’ 47명(7.1%), 기타 2명(0.3%)의 순으로 나타남(표 4-44. 참고).
- 특히 제주특별자치도는 노인들의 도움이 필요한 사항들을 잘 인식할 필요성 있음. 특히 가장 도움이 많이 요구하는 사항이 4대 중증질환에 대한 지원 확충과 의료보험 적용범위 확대인데 이는 중앙정부 차원에서 적극 검토할 사항으로 지자체 자체가 개입하는데 원천적으로 한계가 있음. 또한 노인전문병원 설립 문제도 지자체

체 혼자 시행하기가 힘겨운 정책 사업으로 판단되며, 한편 노인돌봄 간병인 지원 혹은 위급시 빠른 병원 이송 문제 등은 지자체 차원에서 정책적 노력을 기울이면 개선할 여지는 있다고 판단함.

<표 4-44> 노인들의 질병예방 및 치료를 위한 행정기관의 도움

구분	빈도(명)	비율(%)
노인전문병원 설립	93	14.0
의료보험 적용범위 확대	162	24.5
4대 중증질환에 대한 지원 확충	177	26.7
의료기관 이용시 교통서비스 확충	52	7.9
노인 돌봄 간병인 지원 확대	66	10.0
노인요양병원의 질 개선	47	7.1
위급시 빨리 병원으로 갈 수 있도록	63	9.5
기타	2	0.3
합계	662	100.0

○ 조사대상자들이 질병 예방을 위해 1차로 이용할 의료기관의 응답 분포를 보면(표 4-45. 참고), 일반 의원이 139명(40.1%)으로 가장 많고, 다음으로 종합병원 92명(26.5%), 보건소·보건지소 57명(16.4%), 약국 34명(9.8%), 그리고 한의원 25명(7.2%)의 순으로 나타남.

<표 4-45> 질병 예방을 위해 1차로 이용할 의료기관 유형

구분	빈도(명)	비율(%)
약국	34	9.8
보건소/보건지소	57	16.4
한의원	25	7.2
일반 의원	139	40.1
종합병원	92	26.5
합계	347	100.0

- 조사대상자들이 질병 치료를 위해 1차로 이용할 의료기관 유형에 대한 응답 분포를 보면(표 4-46. 참고), 종합병원 158명(45.7%), 일반의원 132명(38.2%), 보건소/보건지소 27명(7.8%), 약국 15명(4.3%), 한의원 14명(4.0%)의 순으로 나타남.

<표 4-46> 질병 치료를 위해 1차로 이용할 의료기관 유형

구분	빈도(명)	비율(%)
약국	15	4.3
보건소/보건지소	27	7.8
한의원	14	4.0
일반 의원	132	38.2
종합병원	158	45.7
합계	346	100.0

### 3. 빈도분석 결과에 대한 주요 내용 요약 및 시사점

#### 가. 조사대상자의 일반적 특성

- 전체 조사대상 노인(350명) 가운데 초등학교 이하의 학력 수준을 가진 31.2%(109명)를 차지하고 있기 때문에 사회교육 혹은 평생교육을 통한 재교육 프로그램이 필요함.
- 소득이 없는 노인이 14.3%(50명)인데 이들 노인들은 기초생활수급권자 일 가능성이 많아 생계급여를 받아 생활할 가능성이 큼. 또한 20만원~100만원 미만의 소득을 가진 노인이 45.4%(159명), 100만원~200만원 24.0%(84명), 200만원 이상의 노인 비율은 8.9%(31명)으로 나타남. 조사대상 노인들의 약 70%가 월평균 소득이 100만원~200만원 미만으로 나타남.

- 노인들의 43.7%(153명)가 배우자와 함께 살고 있으며, 배우자와 자녀와 함께 생활하는 노인들은 20.6%(72명)을 차지하고 있음. 혼자사는 독거노인도 22.3%(78명)을 차지하여 다양한 사회참여 프로그램이 필요함.
- 노인들의 21.1%(74명)은 기초생활수급 대상자로서 의료급여를 받고 있고, 반면에 70.9%(248명)은 건강보험(피보험자 혹은 피부양자로 가입)에 가입되어 조사대상 노인 가운데 92.0%(322명)가 의료보장 혜택을 받고 있음.
- 노인들 가운데 절반 이상(57.4%, 201명)이 단독주택에 거주하고 있고, 다음으로 아파트 거주 17.4%(61명), 그리고 다세대 주택 14.6%(51명)으로 나타남.
- 자기집에 거주하는 노인들은 77.4%(271명)를 차지하고 있고, 다른 곳으로 이사할 의향이 있는 노인은 17.7%(62명)으로 나타남.

#### 나. 건강실천행위

- 현재 흡연하는 노인은 20.1%(70명)이고 나머지는 담배를 피우고 있지 않아서 대다수 노인들이 금연하니 건강할 수 있는 여건으로 작용할 수 있음. 따라서 현재 흡연하는 노인들도 금연할 수 있도록 금연 프로그램에 참여할 수 있도록 함.
- 현재 음주하는 노인은 33.5%(116명)이고, 나머지는 음주하지 않는 것으로 나타남. 그리고 금주 인식을 가진 노인이 53.0%(96명)을 차지하고 있어서 나머지 절반 가까이가 금주할 의향을 가지고 있지 못함. 노인들의 음주를 완전히 끊는다는 것은 어렵지만 절주하는 태도와 음주 습관을 갖도록 홍보와 교육이 요구됨.

- 음주 후 다음날 해장술을 하지 않는 경우가 대다수 (80.4%, 135명)를 차지하여 해장술 문화가 사라질 전망이다. 따라서 음주하는 조사 응답자가 음주 후 숙취해소를 위한 식습관에 별다른 신경을 쓰지 않는 것으로 판단됨.
- 정기적으로 운동하는 노인은 62.2%(212명)으로 가장 많이 하는 운동으로 걷기, 산책, 체조 등을 하고 있음. 노인들에게 적당한 운동은 걷기와 산책 그리고 체조가 제격일 것임. 따라서 노인들에게 적절한 운동을 규칙적으로 할 수 있는 프로그램을 경로당을 중심으로 운영하는 것이 바람직함.
  - 일주일에 2~3일 운동하는 노인은 절반 이상(55.3%, 130명)이나 차지함.
- 사회적 관계를 형성 및 유지하는 노인은 77.1%(269명)를 차지하고 있고 나머지는 그렇지 못하고 있음. 그래서 일주일에 1~3번 정도 가족·친구·이웃과 사회적 관계를 맺고 있음. 따라서 사회적 관계를 잘 갖고 있지 않는 노인층을 대상으로 지역사회(동네, 이웃, 마을 등) 수준에서 사회적 관계망을 형성하도록 도움을 줄 필요가 있음.
- 노인들이 규칙적으로 식사하는 경우가 70.2%(245명)로 나타남. 노인들의 규칙적 식습관은 건강유지에 아주 중요한 요인 가운데 하나이기 때문에 규칙적인 좋은 식습관을 갖도록 노인층 대상으로 홍보할 필요가 있음.

#### 다. 건강상태

- 노인들의 신장(키)이 151~170cm 범위에 있는 경우가 74.7%(260명)이고, 반면에 몸무게는 51~70kg가 70.1%(244명)를 차지함.

- 노인들 자신의 건강상태가 양호한 경우는 29.4%(103명), 건강하지 못한 노인은 21.7%(76명)로 나타남. 따라서 건강상태가 좋은 노인들로 하여금 양호한 건강상태를 유지하도록 도움을 주고, 반면에 건강하지 못한 노인대상으로 적절한 치료를 받을 수 있도록 행정기관 혹은 지역사회에서 도움을 줄 필요가 있음.
- 노인들이 지난 1년 동안 경험한 증상들 가운데 한 달 이상 무릎이 아프거나 쭈시거나, 불편한 적이 있는 경우가 51.3%(179명)이고 한 달 이상 허리가 아프거나 쭈시거나, 불편한 적이 있는 경우가 50.9%(177명)를 차지하고 있음. 따라서 이런 증상들이 관절염이나 신경통 등과 관련되었기 때문에 적절한 진단과 치료를 받을 수 있도록 상담을 해주고 치료받을 수 있는 방안들을 강구할 필요가 있음.

#### 라. 병리상태

- 지난 1년간 낙상한 경험을 가진 노인이 28.2%(98명)이고, 낙상원인은 미끄러져서 32.7%(33명), 다리가 접질려서 24.8%(25명), 문턱 등에 손발이 걸려서 17.8%(18명)으로 나타남. 따라서 노인들을 대상으로 낙상위험에 대한 교육이 필요함.
- 3개월 이상 앓고 있는 질환이 있는 경우가 46.0%(159명)임. 고혈압 23.1%(80명), 관절염 20.8%(72명), 신경통 12.1%(42명), 골다공증 9.8%(34명), 당뇨병 8.4%(29명) 등으로 나타남. 따라서 노인들의 만성질환에 대해서 예방과 치료에 대한 적절한 교육·홍보가 중요함. 특히 노인 만성질환을 오래 동안 앓고 있는 노인환자에 대한 보다 정확한 실태조사를 실시하여 공공보건의료서비스 차원에서 행정이 적극 나서 치료 방안들을 강구할 필요가 있음.

## 바. 신체기능 상태

- 노인들의 일상생활 수행 행동(ADL)과 도구적 일상생활 수행 행동 (ADIL)의 신체기능 상태는 대체로 양호한 것으로 나타남.

## 사. 보건의료서비스

- 치매, 응급의료, 치관 보존치료 등에 의료보험을 적용해야 한다는 응답 비율이 85.9%(297명), 노인병 전문의, 간호사, 물리치료사, 간병 인력의 체계적 양성이 필요하다는 응답 비율은 83.5%(281), 그리고 보험진료 시 본인 부담률의 인하를 주요하게 인식하는 응답 비율이 81.2%(281명)로 나타남. 이러한 보건의료서비스 개선 사항들은 제주특별자치도 차원에서 해결하는데 근본적 한계가 있어서 먼저 중앙정부가 이런 문제를 해소하는 보다 적극적 정책적 노력을 기울일 필요가 있음.
- 지난 2년간 신체검사 및 건강검진 받은 경험이 있는 노인은 68.9%(239명)이고, 그렇지 못한 노인이 31.1%(108명)로 나타남. 그러므로 조사응답 노인의 1/3이 신체검사 및 건강검진을 받은 경험이 없기 때문에 왜 그러한지에 대한 원인 분석(예, 건강보험 비가입, 개인의 부주의 등)을 잘하여 가능한 기본적 건강검진을 받을 수 있도록 행정의 노력이 요구됨.
- 건강검진을 받은 장소로 종합전문·종합병원이 65.1%(155), 병원 10.9%(26명), 보건소·보건지소 10.5%(25명), 의원 4.6%(11명) 순으로 나타남.
- 현재 복용하는 약물이 없는 경우가 43.6%(151명)이고, 병·의원이나 보건소의 의사가 처방해 준 약을 복용하는 경우 46.5%(161명)로 나

타남.

- 복용하는 약물 종류 수는 1~3개 경우가 89.6%

- 복용하는 약물(비치료약) 종류 수는 1~2개가 92.5%(37명)

- 복요 횟수를 정확하게 지키는 경우 수 64.4%(143명)

○ 의료기관 이용시 가장 불편한 점을 보면, 너무 오랜 진료시간 기다리기 33.3%(114명), 병원가기에 교통 불편 27.5%(94명), 간단한 의사 진료 21.3%(73명), 병원 내 안내판 부실 8.8%(27.5%)로 나타남. 이러한 불편사항에 대한 개선은 행정과 공공 및 민간의료기관들의 노력 여하에 달려 있음. 그렇기 때문에 보건행정을 담당하는 부서에서 보건의료기관들로 하여금 노인 환자들의 불편사항을 개선하는데 적극 협조하도록 노력을 기울일 필요가 있음.

○ 지난 1년 동안 필요한 진료를 받지 못한 경우가 17.3%(59명)

- 노인들이 필요한 진료를 제때에 받지 못한 이유는 ‘일을 하여야 하기 때문에’ 53.4%(31명), ‘병원비가 모자라서’ 17.2%(10명), ‘교통수단이 없어서’ 15.5%, ‘거동이 불편하여’ 5.2%(3명) 등의 순으로 나타남.

○ 노인의 질병예방 및 치료에 행정기관의 도움 요구 사항을 보면, ‘4대 중증질환에 대한 지원 확충’ 26.7%(177명), ‘의료범위 적용범위 확대’ 24.5%(162명), ‘노인전문병원 설립’ 14.0%(93명), 노인돌봄 간병인 지원 확대 10.0%(66명) 등의 순으로 나타남. 이러한 행정기관의 도움 사항들이 제주특별자치도 자체적으로 해결하기가 아주 곤란한 사항이기 때문에 중앙정부가 먼저 이런 문제를 해결하기 위한 법적·제도적 조치를 먼저 취할 필요가 있음. 왜냐하면 노인의 질병 예방 및 치료와 관련한 노인들이 행정기관에 요구하는 사항들이 재정적 부담이 대단히 큰 것이기 때문에 지자체가 감당할 수 있는 성격을 벗어난 측면이 있음.

- 노인의 질병 예방을 위해서 1차로 이용할 의료기관이 일반 의원 40.1%(139명), 종합병원 26.5%(92명), 보건소 보건지소 16.4%(57명) 등 순으로 나타남.
- 노인의 질병 치료를 위해서 1차로 이용한 의료기관은 종합병원 45.7%(158명), 일반 의원 38.2%(132명), 보건소 보건지소 7.8%(27명) 등 순으로 나타남.

## 제5장 제주지역의 노인보건의료서비스 체계 구축 방안

- 박근혜 정부는 우리나라가 ① 저출산 고령화 심화, ② 저성장 및 지식기반 사회화, ③ 사회통합의 약화의 세 가지 주요 도전에 직면하고 있다는 점을 깊이 인식하고 있음.
- 그래서 정부는 국민행복과 국가발전이 선순환하고 모든 사회공동체 구성원이 화합하여 안정된 삶을 영위하는 사회를 지향하여 「국민 행복, 희망의 새 시대」라는 국정비전을 실현해 나가고자 함.
- 제주특별자치도는 21세기 글로벌 사회에서 세계화·개방화·지방화 시대에 적극 대응하는 미래비전으로 ‘국제자유도시’를 성공적으로 조성하여 「도민이 행복한 국제자유도시」를 열어나가고자 함.
- 제주가 국제자유도시 구현을 통해 ‘세계가 찾는 제주, 세계로 가는 제주’를 만들어 가는 과정에서 도민들이 안정되고, 건강하고, 행복한 삶을 살아가기 위한 여건 조성으로 제주의 노인보건의료복지 정책의 새로운 방향과 실천 과제들을 진단하고 성찰하는 계기가 필요함.
- 제주가 역사·문화적으로 ‘장수의 섬’ 그리고 세계보건기구(WHO)의 ‘세계안전도시’에 부응할 수 있도록 제주노인이 건강하고, 안전하고, 행복한 노후생활을 영위하는 노인복지정책의 새로운 지평을 열어 가는데 노인보건의료서비스 체계의 새로운 구축은 노인복지학적 측면에서 의미가 있음.
- 본 장에서는 고령사회 혹은 초고령사회 도래에 대비하여 제주노인 건강관리, 질병 예방 및 치료의 질적 향상을 위해서 제주지역의 노인 보건의료서비스 체계 구축 방안을 제시하고자 함.

## 1. 기본방향

- 제주특별자치도 노인보건의료의 정책 목표와 전략 수립
  - 제주특별자치도 노인보건의료의 정책 목표와 전략을 새롭게 수립하여 향후 노인 건강문제의 수요증가에 대비하여 효율적이고 효과적인 대응 체계를 수립할 필요가 있음.
- 제주노인의 욕구와 특성에 적합한 ‘맞춤형’ 보건의료서비스 지원체계 구축
  - 개별 노인의 다양한 보건의료서비스 체계의 유형과 특성을 감안하여 수요자 중심의 맞춤형 정책 프로그램을 제공할 필요가 있음.
  - 성인 및 노인 대상 건강증진 사업의 활성화
- 건강하고 안전한 삶을 보장하는 보건의료서비스 체계의 개혁
  - 노인의 신체적·정신적·정서적 자립성의 회복과 향상
  - 노인 자립생활지원 서비스 확대 운영
  - 응급의료체계 강화를 통한 도민의 생명 보호
  - 보건소·보건지소 및 지방의료원의 공익적 기능 강화
  - 공공 보건의료서비스 체계의 지속가능성 강화
  - 보건기관 조직 역량 확충 및 개편
  - 성인 및 노인 대상 만성질환 조기 발견 및 지속관리 체계 구축
- 보건의료서비스 체계 이용의 효율적 전달체계 구축
  - 중앙 정부와 지방자치단체 간의 긴밀한 협조에 따른 정책개발
  - 제주특별자치도 내부의 관련 부서 간 그리고 제주특별자치도 행정시와 보건의료기관 간의 긴밀한 협력체제 구축
  - 정부, 지방자치단체 그리고 도내 보건소·보건지소 및 지방의료원

## 간의 기능과 역할의 재정립

- 독립병원을 노인 보건의료서비스 권역센터로 육성
- 도내 보건의료서비스 기관(보건소, 의료원)과 민간의료기관 간의 네트워크 체제 구축
  - 보건교육 및 홍보 강화
  - 건강생활을 지향하는 사회적 분위기 및 환경 조성
- 공공 보건의료서비스 정책과 노인복지 정책과의 연계성 강화
  - 공공 보건의료서비스 정책이 실제로 예방과 치료의 장, 생활의 장, 복지의 장이 될 수 있도록 정책 변화가 필요함.
  - 노인 보건의료복지가 재가노인복지와 지역사회복지와의 상호 보완의 역할 수행 필요
- 노인건강관리사업의 통합적 체제 구축
  - 향후 제주의 노인건강관리사업은 모든 노인들 대상으로 지속적 관리, 포괄적 서비스 제공 그리고 기관 간 연계성 강화 등을 통해 통합체제로 변화해 나갈 필요가 있음.



<그림 5-1> 노인건강관리사업 방향

## 2. 기본원칙

- 제주가 고령사회 도래에 대응하고, 동시에 노인의 삶의 질적 향상을 도모하기 위해서 보건의료서비스 체계를 구축하는 과정에서 기본원칙을 고려해야 할 것임.

### ① 준비성의 원칙

- 노인 보건의료서비스 체계 구축과 관련하여 노인건강 유지 관리, 질병 예방과 치료의 효율성과 실효성 제고, 그리고 조직, 인력, 예산, 지원체계 등의 전 분야에서 보다 체계적이고 조직적 준비가 필요함.

### ② 예방성의 원칙

- 노인들이 건강상태와 자립적 생활을 최대한 유지해 나가기 위해서는 노인 질병 발생 예방과 관리에 중점을 두어야 할 것임.

### ③ 차별성의 원칙

- 제주국제자유도시, 제주특별자치도, 의료보건환경, 제주노인 복지환경, 교육환경 여건 등을 고려하여 제주지역의 보건의료서비스 체계를 만들기 위한 목표와 전략을 마련할 필요성이 있음.

### ④ 다양성의 원칙

- 보건의료서비스 수요자의 다양한 특성(성별, 연령, 혼인상태, 주관적 경제적 지위, 교육수준 등), 도내 보건의료기관 특성을 고려하여 노인 보건의료서비스 체계 구축 및 운영이 필요함.

⑤ 통합성의 원칙

- 노인보건의료서비스 체계의 구축은 중앙정부, 제주특별자치도, 지역사회, 보건의료기관, 그리고 일반 도민과의 사회통합을 지향하고, 아울러 보건의료복지와 노인복지 부문과의 연계 노력도 필요함.

⑥ 지역사회중심 지향(community-oriented approach)의 원칙

- 보건의료서비스 체계와 노인복지정책은 개인적 문제해결 중심보다는 지역주민들이 모두 함께 관심 갖고 참여하는 지역사회중심의 접근이 요망됨.

### 3. 기본목표

- 제주지역 노인보건의료 서비스 정책의 효율성과 실효성 제고
- 노인보건의료 서비스 공급체계의 정책사업과 프로그램의 질적 개선을 통한 노인 이용자 만족도 제고
- 노인보건의료 서비스의 인프라 개선을 통한 노인 보건의료복지의 질적 개선
- 지역사회 중심의 노인보건의료서비스 정책사업의 추진으로 사회통합 구현
- 제주노인의 건강관리, 질병예방 및 치료의 질적 개선을 위한 공익성 중심의 보건의료체계 유지·발전

### 4. 기본내용

- 고령사회를 대비하여 제주노인의 삶의 질적 향상을 위해 노인보건

의료서비스 체계의 새로운 구축의 기본내용은 다음과 같이 정리할 수 있음.

- 보건의료서비스의 인프라 개선
- 보건의료서비스 분야 우수 의료인력 충원
- 보건소의 기능과 역할 재정립
- 건강증진, 예방 및 만성질환 관리 프로그램의 개발 및 운영
- 지역 간 보건의료서비스 제공의 격차 해소
- 보건의료기관과 민간병원간의 네트워크 체제 구축
- 보건의료복지와 노인복지의 연계성 구축

## 5. 향후 정책과제

- 제주지역의 노인보건의료서비스 체계 구축을 통한 노인복지의 질적 향상을 촉진하기 위하여 현재 제주특별자치도가 추진하는 보건의료서비스 정책사업 그리고 기존 보건의료복지와 노인보건의료서비스에 대한 논의로부터 시사점, 제주지역의 노인보건의료서비스 현황과 문제점, 65세 노인대상 설문조사 결과 등을 바탕으로 향후 다양한 정책과제를 제시하고자 함.
- 정책과제는 사업 전략에 따른 목표 달성에 필요한 기간을 고려하여 단기와 중·장기 과제로 분류하여 제시되었음.
  - 단기 과제는 매년 추진하여 지속되는 정책사업 혹은 단기간에 추진해야할 사업이고, 반면에 중·장기과제는 현재 단기간에 추진되지 못하지만 오래 기간 동안 준비를 하여 추진해야 할 정책사업으로 분류되었음.

- 또한 노인 자립생활 지원서비스 제공의 단계별 지원 정책과제를 제시하였음.

## 가. 노인 보건의료서비스 정책 목표와 전략 설정

### ① 단기과제

- 제주특별자치도 노인 보건의료서비스의 구체적인 목표 설정
  - 제주특별자치도 보건의료계획 수립 과정에서 노인보건의료서비스의 구체적인 목표와 방향 설정
- 제주특별자치도 노인보건의료의 역할 및 기능 재설정
  - 제주특별자치도가 담당할 공공보건의료의 역할을 공공기관 운영과 서비스 제공 중심에서 도내 민간기관과 단체에서 수행하고 있는 역할과 기능을 포괄하여 서비스 기획, 규제, 재정지원, 서비스 직접제공, 평가와 모니터링까지 포함하는 보다 확대된 역할과 기능으로 개편함.

### ② 중·장기 과제

- 제주특별자치도 노인보건의료서비스 중장기 계획과 전략 수립
  - 제주특별자치도 노인보건의료서비스 목표와 역할 재설정을 기반으로 세부적인 중·장기 계획과 전략을 수립하고 세부 실천 방안 마련과 집행

## 나. 노인 공공보건의료 서비스의 질적 향상

### 1) 보건의료서비스의 인프라 개선

#### ① 단기과제

- 보건지소 진료소의 기능 개편과 함께 기존 노후시설에 대한 지속적 보강사업 추진
- 서귀포시 「제주권역재활병원」의 개원 및 운영 지원
- 노인보호전문기관 및 확대 피해노인 전용쉼터 지원 확충

#### ② 중·장기 과제

- 제주지역 노인 건강증진 및 예방 사업 활성화를 위한 인력, 조직, 예산, 프로그램 확대 운영
- 민간의료기관과 연계된 만성질환 관리사업 확대를 위한 연계체계 구축, 사업인력 및 조직 확충, 예산 확보, 프로그램 개발 및 운영
- 제주특별자치도 공공보건의료 기획 및 기술지원 조직 신설
  - 제주특별자치도 공공보건의료 기획 및 기술지원을 담당할 전문 조직을 제주특별자치도 공공보건의료기관이나 전문연구기관 산하에 신설하여 운영함.
  - 신설될 조직을 통하여 제주특별자치도 보건의료서비스 전반에 걸친 기획, 정책 및 실무 기술지원 업무를 수행하게 하여 제주특별자치도 공공보건의료 정책 및 서비스 역량의 향상을 도모할 필요가 있음.
- 제주의료원을 아급성기 및 장기요양서비스 광역 거점센터로 역할 확대
  - 제주의료원을 단순 서비스 제공기관에 국한시킬 것이 아니라 향후

증가할 제주도 아급성기 및 장기요양서비스 제공과 관련된 서비스 기획, 인력 교육, 서비스 평가 및 기술지원 센터로 육성하여 제주도에 내 아급성기 및 장기요양서비스의 질적 수준 향상과 함께 제주도에 내 아급성기 및 장기요양서비스 체계의 선진화를 도모할 중추기관으로 역할을 재편할 필요가 있음.

- 서귀포시의 「제주권역재활병원」을 중심으로 한 제주지역 재활서비스 운영 및 관리체계 확충
  - 제주권역재활병원의 안정적인 개원 이후에는 이러한 권역재활병원을 중심으로 하여 제주지역 재활서비스 체계를 구축할 방안을 모색할 필요가 있음.
- 보건의료기관과 복지기관 간 연계 및 서비스 조정 체계 구축
  - 보건의료기관과 복지기관 간 연계체계 구축과 서비스 조정을 담당할 인력, 조직, 예산, 프로그램 개발과 운영이 필요함.

## 2) 공공보건의료 서비스 체계 운영을 위한 우수 의료인력 충원

### ① 단기과제

- 은퇴한 전문의료 인력(의사) 확보 방안 모색
- 제주도 거주 의사가 있는 중·장년층 의사를 대상으로 한 인력 확보 방안 모색

### ② 중·장기 과제

- 제주지역 보건기관 및 공공병원 의사 인력 충원 및 관리체계 마련
  - 제주지역 보건기관 및 공공병원에서 활동할 우수한 의사의 안정적 충원과 관리를 위한 공공보건의료 의사직제를 마련하여 관리해 나감.

- 방문간호사, 사회복지사, 재활치료사, 운동지도사, 영양사 등 단계적 인력 충원 체계 마련
- 현재의 서비스 인력으로는 증가하는 서비스 요구에 제대로 대응하기 어려운 실정이기 때문에 새로운 인력 충원 및 관리체계 마련이 필요함

#### 다. 노인 보건의료서비스 체계의 운영 개선 및 역량 강화

##### 1) 지역사회 보건기관, 의료기관, 복지기관, 행정기관 간 연계체계 구축

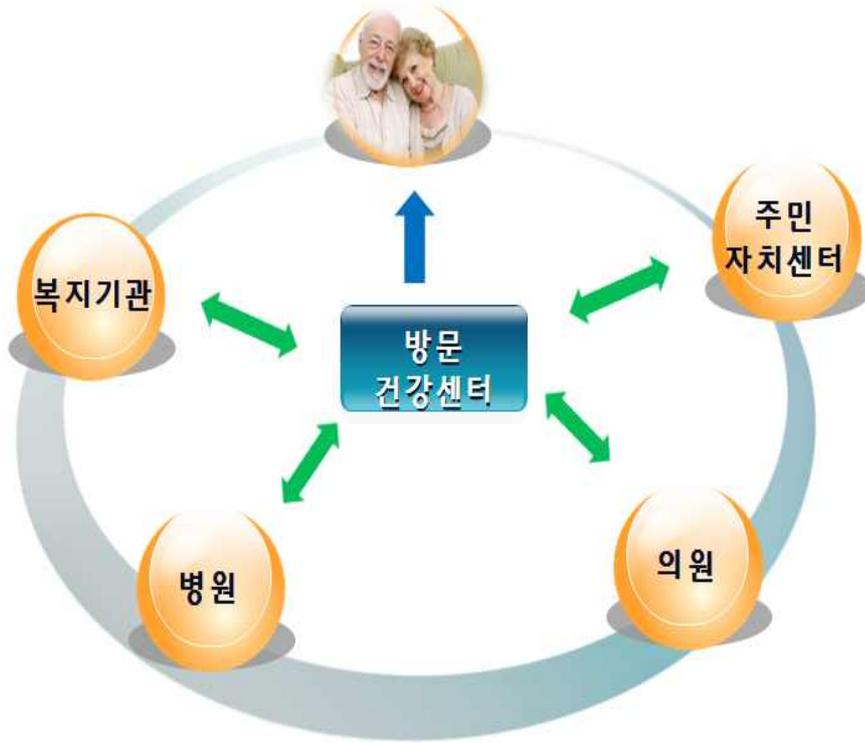
###### ① 단기과제

- 읍·면지역의 보건소·보건지소의 운영 개선 지원
  - 전문인력(의사, 간호사)과 노후 의료시설 및 환경개선
  - 노인의 건강증진, 질병예방 및 만성질환 관리 지원 강화
- 노인 보건의료 예산 확대

###### ② 중·장기 과제

- 초고령사회에 대비하기 위해서 읍·면·동지역 단위에 (가칭) 「방문건강지원센터」 개설
  - 방문건강지원센터는 보건소 등이 중심으로 되어 체계적 운영·관리·감독 기능 수행
- 읍·면·동 단위 (가칭) 방문건강지원센터를 통한 지역사회 서비스 연계 및 조정을 위한 기반 마련
  - (가칭) 방문건강지원센터를 중심으로 하여 읍·면·동 단위에서 보건·의료·복지서비스 간 통합적인 서비스 제공과 연계를 위한

인프라를 구축하고 세부적인 프로그램 운영 모델을 개발하여 적용함.



<그림 5-2> 방문건강지원센터의 네트워크 체제

## 2) 건강증진, 예방 및 만성질환 관리 프로그램의 확대 운영

### ① 단기과제

- 노인 건강증진사업(금연, 절주, 운동, 영양, 비만 등) 수행에 대한 종합계획 수립
- 노인 맞춤형 건강검진 사업과 주기적 건강검진 프로그램 운영
- 제주노인의 만성질환 예방과 치료를 위한 기반구축과 관련하여 종합 대책 수립

- (가칭) 「제주특별자치도 노인 만성질환 예방과 치료 종합대책 수립」

○ 성인 및 노인 대상 만성질환 관리사업 활성화

- 만성질환 조기발견을 및 지속관리를 제고

- 자기관리(self-care) 역량 향상

② 중·장기 과제

○ 노인 질병예방을 위한 사전 예방적 보건의료 프로그램 개발 및 운영

- 제주노인과 제주특성을 고려한 사전 예방적 보건의료 프로그램 개발

- 전문가 T/F 팀 또는 공공보건의료 기획 및 기술지원 전문조직을 통한 자문 및 실무 업무 지원

- (가칭) 「제주지역 사전 예방적 보건의료체제 구축 방안」 연구사업 추진

○ 노인장기요양 급여지원 확대

- 등급 판정 확대하여 수혜받는 층의 확대

- 건강 회복된 판정자에 대한 지속적 관리체계 구축

○ 저소득 노인층 대상 임플란트 시술 지원

○ 관절염 등 근골격계 질환예방 및 관리 프로그램 활성화

- 퇴행성 관절염 등 근골격계 질환 예방을 위한 교육 및 홍보 강화

○ 치매예방 및 관리사업 지원 확충

- 간병비 예산 확충, 치매예방 및 관리 교육프로그램 개발 및 운영, 치매노인 돌봄 가족에 대한 실제적 지원 등

3) 독립병원을 노인 보건의료서비스 권역센터로 육성

① 단기과제

○ 제주권역재활병원을 중심으로 한 재활서비스 네트워크 구축

② 중·장기 과제

○ 제주의료원 내 아급성기 및 장기요양 서비스 권역센터 설치

- 제주의료원 병상 일부를 아급성기 병상으로 전환

- 노인 장기요양서비스 기획, 관리, 기술지원 역할 수행

다. 지역간 노인 공공보건의료 서비스의 균형 발전

1) 산남과 산북지역의 공공보건의료 서비스 격차 해소

① 단기과제

○ 서귀포의료원 신축 사업의 조속 완공

○ 서귀포시 지역에 건축 중인 「제주권역재활병원」의 성공적 개원과 안정적 운영

② 중·장기 과제

○ 서귀포시 읍·면 지역의 보건소·보건지소의 시설 및 인력지원 확충

2) 농어촌 지역과 도시지역 간의 보건의료서비스의 격차 해소

① 단기과제

○ 읍·면지역의 보건지소·보건진료소의 기능과 역할의 재정립

② 중·장기 과제

- 읍·면지역 주민들의 맞춤형 건강예방, 관리 및 치료를 위한 관리 시스템 구축과 서비스 확대

## 라. 공공보건의료기관과 민간병원간의 네트워크 구축

### 1) 지역사회 내에 공공 및 민간의료 기관 간 정보교류 협조

#### ① 단기과제

- 보건소·보건지소, 의료원(제주시, 서귀포시), 민간 병·의원 간에 업무협약 체결
  - 공공 및 민간보건의료기관의 전문인력 간 상호 정보교류 추진
  - 지역사회 내 노인 건강증진사업, 지역주민 의료지원, 건강강좌 및 보건교육 등 공동추진

### 2) 지역사회 내에 공공 및 민간의료 기관 간의 인적교류 촉진

#### ① 단기과제

- 지역사회 내에 (가칭) 「제주공공 및 민간의료기관 공동발전협의체」 구성·운영

#### ② 중·장기 과제

- 공공 및 민간 병·의원 간의 상호교류 사업 추진
  - 보건의료기관(보건소, 의료원 등)과 민간 병·의원 간에 상호 보완할 수 있는 의료인력(의사, 간호사)의 교류 프로그램 운영
  - 지역사회 및 지역주민의 보건의료서비스 지원을 위한 공동사업 발굴 및 추진과 행정의 재정지원

- 민간의료기관과 연계된 노인 보건의료서비스 운영체계 개발 및 적용

#### 마. 보건의료복지와 노인복지의 연계성 강화

##### 1) 보건의료서비스 체계와 노인복지의 연계 역할 구심체 지정

###### ① 단기과제

- 「제주특별자치도지역사회서비스지원단」의 역할 강화
  - 제주발전연구원에 위탁사업으로 운영되고 있는 「제주특별자치도지역사회서비스지원단」이 보건의료서비스 사업과 노인복지 사업과의 연계성 강화를 위한 자문, 사업 발굴 및 평가 업무 담당

###### ② 중·장기 과제

- 보건의료서비스 담당 부서와 노인복지 담당 부서간의 칸막이 제거하여 협업 모델 구축
  - 제주특별자치도 내 (가칭) 초고령사회대응전략단 혹은 초고령사회대응본부 구성·운영하여 복지분야의 업무 통합적 관리 추진 필요

##### 2) 제주도내 보건의료복지와 노인복지 통합 모델 구축

###### ① 단기과제

- (가칭) 보건의료복지와 노인복지 통합모델 구축 방안 관련 연구사업 추진

###### ② 중·장기 과제

- 보건의료복지와 노인복지 총괄하는 통합 부서 설치
- 보건+의료+복지 연계 및 통합 프로그램 개발

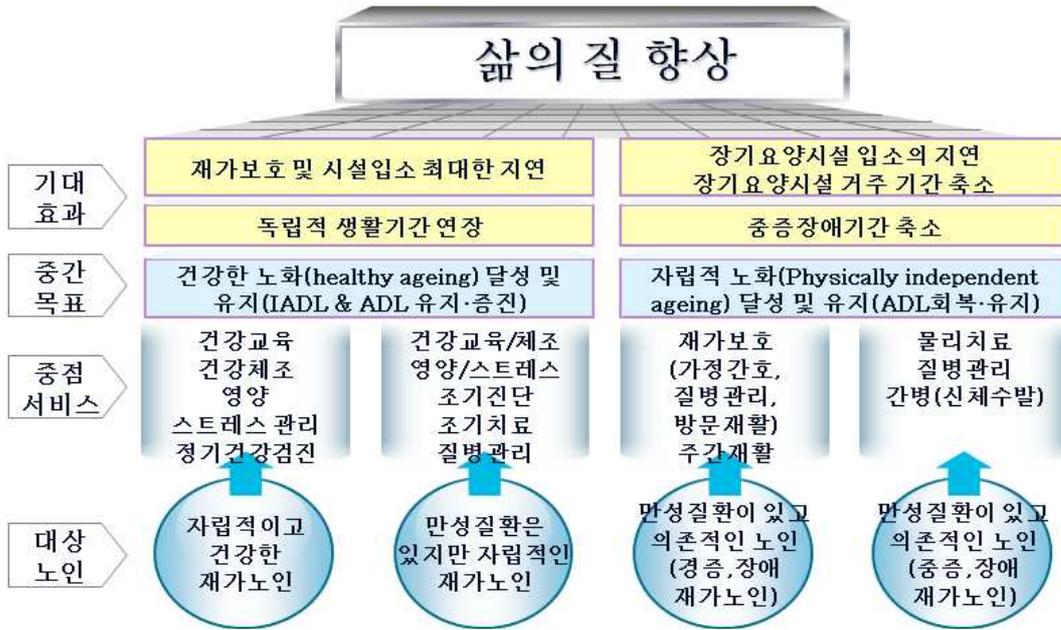
## 바. 노인 자립생활 지원 서비스 프로그램 운영 모델

- 노인 보건의료서비스의 질적 제공은 궁극적으로 노인들이 건강하게 생활할 수 있는 기반을 조성하는데 있음. 그래서 노인 자립생활지원 서비스 프로그램을 제주지역 노인을 대상으로 구축하여 운영할 필요성이 있음.
- 제주지역의 노인들이 신체적·정신적·정서적으로 건강하여 당당한 노화(Active Ageing)와 적극적 사회참여 활동을 통한 행복한 노후를 지속하여 장수사회를 조성해 나가는 것임.
- <그림 5-3>은 노인들의 노후생활을 이상형(Ideal Type)으로 분류하였음. 다시 말해서 노후에 노인들이 독립적 생활기간을 최대한 연장하고 가능한 재가보호 및 시설입소를 최대한 지연하는 방법과 중증장애기간을 가능한 최소화하여 장기요양시설 입소의 지연과 장기요양시설 거주 기간을 축소하는 방법이 있음.

### 1) 재가보호 및 시설 입소 최대한 지연 전략

#### □ 단기과제

- 자립적이고 건강한 재가노인을 대상으로 건강교육, 건강체조, 영양유지, 스트레스 관리, 정기건강검진 실시
- 만성질환은 있지만 자립적인 재가노인 대상으로 건강교육, 건강체조, 영양유지, 스트레스 조기진단, 조기치료 및 질병관리 실시
- 자립적이고 건강한 재가노인과 만성질환은 있지만 자립적인 재가노인을 대상으로 하기 때문에 주로 예방·교육에 중점을 둔 서비스를 제공함.



<그림 5-3> 노인 자립생활 지원서비스 프로그램 운영 모델

## 2) 장기요양시설 입소의 지연 및 장기요양시설 거주 기간 축소

### □ 중·장기 과제

- 만성질환이 있고 의존적인 노인(경증, 장애재가노인) 대상으로 재가보호(가정간호, 질병관리, 방문재활, 주간재활) 서비스 제공함.
- 만성질환이 있고 의존적인 노인(중증, 장애재가노인) 대상으로 물리치료, 질병관리, 간병(신체수발) 서비스를 제공함.
- 만성질환이 있고 의존적인 노인(경증, 중증, 장애재가노인)을 대상으로 하기 때문에 관리에 중점을 두어 중·장기적 준비와 치료가 요구됨.

## 사. 노인 자립생활 지원 서비스 제공 단계별 정책과제

### 1) 자립적이고 건강한 재가노인

- 보건소 혹은 보건지소 등이 중심이 되어 건강노인을 대상으로 맞춤형 건강관리 프로그램 개발 및 운영할 필요가 있음.
  - 경로당, 노인대학, 평생교육기관 등과 협조하여 노인 건강교육, 건강체조, 영양유지 등과 관련된 프로그램을 개설하여 체계적으로 운영할 필요가 있음.
  - 건강노인을 대상으로 금연·금주 그리고 규칙적 식사와 운동을 하도록 교육하고, 특히 고혈압 및 당뇨, 치매 등과 같은 만성질환에 대한 예방 및 관리를 잘 하도록 교육함.
- 건강한 재가노인을 대상으로 자산관리, 가족관계 유지, 사회참여, 여가활동, 여행 등과 관련된 다양한 문제들에 대하여 전문가 상담 서비스를 제공함.
- 노인 맞춤형 건강검진 사업과 주기적 건강검진 프로그램 운영사업의 지속화·체계화

### 2) 만성질환은 있지만 자립적인 재가노인

- 민간의료기관과 연계하여 노인 만성질환 관리사업의 활성화
  - 만성질환을 가진 노인이 더 이상 악화하지 않도록 체계적 관리에 필요한 인력, 조직 및 예산 확보 필요
  - 읍·면 지역의 보건소·보건지소의 운영 개선을 통해 만성질환을 가진 자립적 재가노인 관리 지원 강화
- 읍·면·동 단위 (가칭)방문건강지원센터가 중심이 되어 만성질환

의 체계적 관리를 위한 네트워크 기능을 수행함. 예컨대, 보건소 보건지소, 병 의원, 주민자치센터 그리고 복지기관 등과의 연계를 통해 만성질환 예방과 치료에 도움을 줌.

- 만성질환에 대한 조기진단과 조기치료 그리고 체계적 관리의 연계 체계 구축

### 3) 만성질환이 있고 의존적 노인

- 만성질환으로 인해서 경증의 장애를 가진 재가노인에 대해서 장기 요양시설 입소를 최대한 지연
  - 노인장기요양서비스에 대한 이해도를 높이고, 가정간호, 주간 및 방문재활 사업의 활성화
  - 특히 가정간호, 주간 및 방문재활 프로그램 운영을 위한 인력 충원 및 예산 확보
  - 경증의 만성질환 재가노인의 체계적 관리를 위해서 (가칭)방문건강 지원센터가 중심이 되어 보건소·보건지소 그리고 병·의원과의 연계 강화
- 중앙정부는 경증의 만성질환 노인에 대한 질병 치료에 대한 재정 확충을 통해 의료비 지원 정책의 재수립
- 경증의 만성질환 노인이 중증의 단계로 들어서지 않도록 노인재활 병원에서 정기적 재활 프로그램의 참여 활성화

### 3) 만성질환이 있는 중증의 의존적 노인

- 만성질환으로 인해서 중증의 의존적 노인에 대해서 노인장기요양 서비스 제도에 의한 간병과 보호 체계를 강화할 필요가 있음.

- 특히 중증의 만성질환 독거노인에 대해서는 노인돌봄 서비스를 더욱 강화하여 밀착형 관리체계의 구축
  - 만성질환을 가진 중증의 의존적 노인을 요양보호하는 경우에 맞춤형 요양보호 체계를 구축하여 우수 요양보호사를 배치하는 것이 바람직함.
- 노인전문병원과 노인요양병원 등에서 전문의사와 간호사의 전문적 진료와 치료를 받을 수 있도록 노인환자 가족에게 상담 프로그램 운영
- (가칭)방문건강지원센터가 중심이 되어 보건소·보건지소 그리고 병·의원과의 연계하여 중증의 만성질환 노인 가족에 대한 지원 서비스 제공

## □ 참고문헌

- 고승한·박상철(2009). 「장수이미지 브랜드 구축을 위한 장수인 분포 조사」 2009.
- 고승한·김진영(2008). 「제주장수노인의 사회적 부양체계와 복지대책 방안」 제주발전연구원.
- 고승한·임병우(2011). 「제주지역의 고령친화도시 조성을 위한 기초연구」 제주발전연구원.
- 고승한·정지형·홍수성(2012). 「베이비붐 세대와 은퇴자 대상 인구유입 방안」 제주발전연구원.
- 고수희(2012). “장수노인의 사회적 부양과 지역사회의 역할.” 「2012 제주장수문화포럼 자료집」 제주특별자치도·제주발전연구원.
- 곽은주(2009). 「노인의료복지서비스에 관한 연구」 동국대학교 불교대학원 미간행 석사학위 논문.
- 국민건강보험공단(2012. 12). 「2011 지역별 의료이용 통계」
- 국민건강보험공단(2013). 「2012년 건강보험 주요통계」
- 국민건강보험공단(2012. 12). 「2011년 노인장기요양보험 통계」
- 기획예산처 사회서비스향상기획단(2007). “사회서비스 확충 전략.” 「사회서비스 분야 좋은 일자리 창출 추진 보고회」 자료집.
- 김귀환·나직균(2012). 「노인복지론」 서울: 동문사.
- 김선자(2010). “서울의 고령친화도시 추진전략” SDI정책리포트」 2010. 5.31. 제64호
- 김육(2007). “노년기 사회활동 참여 현황과 정책과제.” 「고령사회의 밝은 미래」 pp. 237~253. 서울: (사)한국노인과학학술단체연합회.

- 남진열(2007). “제주지역 사회서비스 일자리 효과적 창출 : 진단과 향후 과제.” 「사회서비스 일자리 효과적 창출을 위한 워크숍」 자료집. pp. 5~27.
- 박상철(2011). “당당한 노화와 장수문화.” 「제주장수문화포럼 창립 세미나 : 제주장수문화의 새로운 발전과 과제」 초청강연 발표자료.
- 박차상·김옥희 외(2007). 「한국노인복지론」 서울: 학지사.
- 박동석·김대환 외(2003). 「고령화 쇼크」 서울: 굿인포메이션.
- 보건복지부(2013). 「2013 업무계획: 국민행복을 향한 맞춤형복지」
- 보건복지부(2012a). 「2012년도 노인보건복지사업안내」
- 보건복지부(2012b). 「2011 보건복지백서」
- 보건복지부 (2009). 「2008년 치매노인 유병률 조사」
- 보건복지부 홈페이지 : <http://www.mw.go.kr>
- 보건복지부·한국보건사회연구원 (2012. 6). 「2011 노인실태조사」
- 서울시복지재단(2010d). 「서울시고령친화도시 가이드라인」 공동연구진 제3차 회의자료.
- 선우덕·송현중 외. (2005). 「고령화사회에서의 노인보건의료체계 구축 방안」 한국보건사회연구원.
- 선우덕 외. (2009. 12). 「노인건강정책의 현황과 향후 추진과제」 한국보건사회연구원.
- 이견직(2012). “100세 시대 도래에 따른 산업구조의 변화와 대응전략.” 「100세 시대 도래와 제주의 산업·경제분야 변화」 Pp. 7~22. 제12회 제주미래포럼 발표자료.
- 이성순(2003). 「고령사회정책론」 서울: 홍익재.
- 이윤환(2007). “노년기 사회활동 활성화를 위한 보건학적 접근.” 「고령사회의 밝은 미래」 pp. 254-261. 서울: (사)한국노인과학학술단체연합회.

- 임병우(2010a). “서울시 고령친화도시 기반조성.” 「전문가 포럼자료」 서울시복지재단.
- 임병우(2010b). “WHO 고령친화도시.” 「여성정책개발원 포럼자료」 여성정책개발원.
- 이광재(2007). 「노인장기요양보험제도」 경기: 공동체.
- 이정애(2007). “노인건강과 장기요양서비스.” 「고령사회의 밝은 미래」 pp. 328-356. 서울: (사)한국노인과학학술단체연합회.
- 장세철·강인 외.(2006). 「노인복지」 경기: (주)교문사.
- 제18대대통령직인수위원회(2013). 「박근혜정부 국정비전 및 국정목표」 경기: (주)교문사.
- 제주특별자치도(2012). 「제주특별자치도 2011 통계연보」
- 제주특별자치도(2012). 「2012 제주 사회조사 및 사회지표」
- 제주특별자치도. 「주민등록인구통계보고서」 각 년도.
- 제주특별자치도(2012). 「내부자료」 노인장애인복지과.
- 제주특별자치도·제주대학교(2012. 8). 「2011 지역사회건강조사 제주특별자치도 지역사회 건강통계」
- 제주특별자치도(2013). 「내부자료」 보건위생과.
- 전홍택 외.(2011) 「100세 시대 어떻게 살 것인가」 휴먼뉴딜 종합연구 총서 11-05-02, 경제인문사회연구회.
- 정경희 외.(2006). 「한국의 사회서비스 쟁점 및 발전전략」 한국보건사회연구원.
- 정기혜 외. (2012. 7). 「주요국의 사회보장제도: 일본」 한국보건사회연구원.
- 진영찬(2011). 「제주특별자치도 공공보건의료 정책 강화 방안」 한국보건산업진흥원.
- 통계청(2010. 11). 「2010년 인구주택총조사, 100세 이상 고령자 조사」
- 통계청(2012. 4). 「2011년 생명표」

- 통계청 「경제활동인구연보」 각 년도
- 통계청 「경제활동인구조사 부가조사(고령층)」 각 년도
- 한경혜(2007). “고령화 사회와 가족.” 「고령사회의 밝은 미래」 pp. 59-66. 서울: (사)한국노인과학학술단체연합회.
- 한국은행 제주본부(2005). 「제주지역 인구고령화가 제주경제에 미치는 영향」
- 한국여성정책연구원(2011). 「100세 시대 가족」 제69차 여성정책포럼 자료집.
- 현외성(2010). 「노인복지학 신문」 서울: 양서원.
- 현외성 외.(1992). 「복지국가의 위기와 신보수주의적 재편」 대학출판사.
- WHO(2002). Department of Health Promotion, Non-Communicable Disease Prevention and Surveillance, Health and Ageing: A discussion paper.
- WHO(2006). 「Global Age-friendly Cities: A Guide」 WHO
- Swedish National Institute of Public Health(2007) : [www.healthageing.nu](http://www.healthageing.nu))

□ 부 록 1 □

설 문 조 사 표

# 고령사회에 대비한 노인 공공보건의료서비스 체계 구축 방안

## 면접조사표

--	--	--

안녕하십니까?

금번 저희 제주발전연구원은 「고령사회에 대비한 노인 공공보건의료서비스체계 구축 방안」 관련 설문조사를 실시하게 되었습니다.

본 조사는 제주지역의 노인 건강증진과 질병 예방 및 치료의 효율적 체계를 마련하여 건강하고 행복한 노후생활을 유지해 나갈 수 있도록 귀하의 의견을 청취·수렴하는데 그 목적이 있습니다.

귀하의 솔직한 응답이 제주지역의 노인들이 건강하게 일상생활을 보내고 질병의 예방과 치료가 잘 이루어질 수 있도록 노인 공공보건의료서비스의 질적 개선에 기여하는 소중한 자료로 활용될 것입니다.

모든 응답은 「통계법」 제33조에 의거하여 익명 처리되며, 본 연구 목적 이외에는 절대로 이용되지 않음을 약속드립니다. 바쁘시더라도 자료 수집에 협조해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

2013. 5.

제주발전연구원장

연구책임: 고 승 한 박사(☎ 726-6145. FAX 751-2168.

[soc628@jdi.re.kr](mailto:soc628@jdi.re.kr))

건강실천행위
--------

1. 어르신께서는 **현재 담배**를 피우십니까?

- ① 피우고 있다 (하루에 \_\_\_\_\_ 개피 정도 )
- ② 안 피운지 1년 이상 되었다 ( \_\_\_\_\_ 세 부터 )
- ③ 과거부터 전혀 피우지 않는다

2. 어르신께서는 **현재 술**을 드십니까?

- ① 마신다 (1주일에 \_\_\_\_\_ 일 정도) ☞ (2-1번 문항으로)
- ② 안 마신지 1년 이상 되었다 ( \_\_\_\_\_ 세 부터 )
- ③ 과거부터 전혀 마시지 않는다

2-1. 술을 끊어야 한다고 생각하십니까?

- ① 그렇다
- ② 그렇지 않다

2-2. 술 마시는 것을 비난하는 사람들 때문에 귀찮을 때가 있습니까?

- ① 그렇다
- ② 그렇지 않다

2-3. 음주 때문에 죄책감을 느끼거나 **기분이 나쁠** 때가 있습니까?

- ① 그렇다
- ② 그렇지 않다

2-4. 술을 마신 다음날 아침 불쾌감을 없애고 기운을 차리기 위해 **해장술을 마실** 때가 있습니까?

- ① 그렇다
- ② 그렇지 않다

3. 어르신께서는 **정기적으로** 운동, 스포츠, 체조, 산책 등을 하시고 계십니까?

- ① 하고 있다 ☞ (9-1번 문항으로)
- ② 하고 있지 않다

3-1. 어떠한 운동을 하고 계십니까? (해당되는 사항 모두 골라주십시오)

(※ 발이나 과수원 일을 하기 위해서 걷는 것은 제외함)

- ① 게이트볼    ② 조깅    ③ 구기(테니스, 탁구 등)    ④ 등산이나 하이킹
- ⑤ 춤    ⑥ 수영    ⑦ 무술    ⑧ 체조    ⑨ 산책
- ⑩ 걷기    ⑪ 기타 \_\_\_\_\_ (말씀해주십시오)



<b>건강상태</b>
-------------

9. 어르신의 **신장과 체중**은 얼마입니까?

신장 : \_\_\_\_\_ cm                      체중: \_\_\_\_\_ kg

10. 어르신께서는 **자신의 건강상태**가 어떠하다고 생각하십니까?

- ① 매우 나쁜 편이다
- ② 대체로 나쁜 편이다
- ③ 보통이다
- ④ 대체로 좋은 편이다
- ⑤ 매우 좋은 편이다

11. 어르신께서 **지난 1년간** 다음과 같은 증상을 **경험하신 적이** 있습니까?

구 분	예	아니오
11-1. 가슴이 답답하거나 통증을 느낀 적이 있다.	①	②
11-2. 밤에 잠잘 때 숨이 차거나, 자다가 숨이 막혀 깬 적이 있다.	①	②
11-3. 낮에 발이나 발목이 붓다가 저녁에 가라앉았던 적이 있다.	①	②
11-4. 평소에 기침을 하거나 가래가 나온다.	①	②
11-5. 숨쉴 때 쉼쉼 거리는 소리(피리소리, 천명은 등)가 들린 적이 있다.	①	②
11-6. 한 달 이상 손이나 손목이 아프거나, 쭈시거나, 불편한 적이 있다.	①	②
11-7. 한 달 이상 어깨가 아프거나, 쭈시거나, 불편한 적이 있다.	①	②
11-8. 한 달 이상 엉덩부위가 아프거나, 쭈시거나, 불편한 적이 있다.	①	②
11-9. 한 달 이상 무릎이 아프거나, 쭈기거나, 불편한 적이 있다.	①	②
11-10. 한 달 이상 발이 아프거나, 쭈기거나, 불편한 적이 있다.	①	②
11-11. 한 달 이상 허리가 아프거나, 쭈기거나, 불편한 적이 있다.	①	②
11-12. 일어날 때 현기증이 난 적이 있다.	①	②
11-13. 귀에서 소리가 난 적이 있다.	①	②
11-14. 명치부위가 아프거나 더부룩하고 신물이 넘어온 적이 있다.	①	②
11-15. 종종 우울한 감정이 들곤한다	①	②

## 병리상태

12. 어르신께서는 **지난 1년 동안**에 넘어진 적이 있습니까?

(※ 사례: 미끄러져서, 발을 헛디뎈서, 사물에 손발이 걸려서, 갑자기 주저앉게 되어서)

- ① 있다  (12-1번 문항으로)                      ② 없다

12-1. 어르신께서 치료를 받아야 할 정도로 크게 넘어진 적이 있는 경우에 **그 원인**은 무엇이었습니까? (해당 사항 모두 골라주십시오)

- ① 미끄러져서  
 ② 다리를 접질려서(발을 헛디뎈서)  
 ③ 사람이나 사물에 부딪쳐서  
 ④ 갑자기 어지러워서(갑자기 주저앉게 되어서)  
 ⑤ 보도나 문의 턱에 손발이 걸려서  
 ⑥ 기타 \_\_\_\_\_ (말씀해주십시오)

13. 어르신의 **현재** 의사로부터 진단을 받고 3개월 이상 앓고 있는 **만성질환**에 관한 질문입니다. (※ 해당되시는 분만 말씀해주십시오)

구 분		있다	없다
13-1. 현재 3개월 이상 앓고 있는 질환이 있습니까		①	②
13-2. 압		①	②
13-3. 근골격계 질환	10-3-1. 관절염(퇴행성 또는 류마치스성 관절염)	①	②
	10-3-2. 요통, 좌골통	①	②
	10-3-3. 디스크(추간관 탈출증)	①	②
	10-3-4. 신경통	①	②
	10-3-5. 골다공증	①	②
13-4. 소화기계 질환	10-4-1. 소화성궤양(위염, 위궤양, 십이지장궤양)	①	②
	10-4-2. 만성간염, 간경변증	①	②
13-5. 내분비, 대사성	10-5-1. 당뇨병	①	②
	10-5-2. 갑상선 질환	①	②
13-6. 순환기계 질환	10-6-1. 고혈압	①	②
	10-6-2. 중풍, 뇌혈관 질환	①	②
	10-6-3. 협심증	①	②
	10-6-4. 심근경색증	①	②

구 분		있다	없다
13-7. 호흡기계 질환	10-7-1. 폐결핵, 결핵	①	②
	10-7-2. 만성기관지염(심한 기침, 가래), 폐기종	①	②
	10-7-3. 천식	①	②
13-8. 눈, 귀질환	10-8-1. 백내장	①	②
	10-8-2. 만성중이염	①	②
13-9. 만성신장질환(만성신부전)		①	②
13-10. 우울증		①	②
13-11. 빈혈		①	②
13-12. 피부병		①	②
13-13. 골절, 탈골 및 사고로 인하 휴유증		①	②
※ 위에서 말씀 드린 질환 외에 3개월 이상 앓고 있는 질환이 있습니까? 있다면 아래에 기입하여 주십시오.			
13-14. 질병 명 : _____			
13-15. 질병 명 : _____			

### 신체기능 상태

14. 귀하는 다음의 일상생활 수행 행동들을 하실 때 어떻습니까?  
(각 각의 해당 사항에 V를 해 주십시오)

구 분	전혀 할 수 없다	대체로 할 수 없다	보통	대체로 할 수 있다	아주 잘 할 수 있다
옷 입기					
세수하기					
목욕하기					
식사하기					
이동하기 (바깥출입)					
화장실 사용하기					
대소변 조절					

15. 귀하는 다음의 도구적 일상생활 행동들을 하실 때 어떻게습니까?  
(각 각의 해당 사항에 V를 해 주십시오)

구분	전혀 할 수 없다	대체로 할 수 없다	보통	대체로 할 수 있다	아주 잘 할 수 있다
몸단장					
집안 일하기					
식사준비					
빨래하기					
근거리 외출					
교통수단 이용					
물건사기 (가게, 시장)					
금전관리하기					
전화사용하기					
약 챙겨먹기					

**보건의료서비스**

16. 다음은 노인 보건의료 서비스 개선과 관련된 질문 사항입니다.  
(어르신께서 생각하기로 가장 가깝다고 생각하시는 해당란에 V표 주십시오)

구 분	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	보통 이다	거의 그렇다	매우 그렇다
16-1. 의료와 간호를 할 수 있는 건강관리 가정봉사원이 필요하다	①	②	③	④	⑤
16-2. 방문 간호 등 재가복지 의료서비스가 확대 되어야 한다	①	②	③	④	⑤
16-3. 질병 예방, 건강증진, 재활 등 종합적 보건 의료 서비스가 제공되어야 한다	①	②	③	④	⑤
16-4. 보건소에서 노인질병 치료 기능을 강 화해야 한다	①	②	③	④	⑤

구 분	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	보통 이다	거의 그렇다	매우 그렇다
16-5. 보건소 시설을 노인질병 치료가 가능 토록 확충되어야 한다	①	②	③	④	⑤
16-6. 보건소에서도 방문 간호사업을 하여야 한다	①	②	③	④	⑤
16-7. 노인전문병원이 설립되어야 한다	①	②	③	④	⑤
16-8. 노인질병 상태에 따라 전문화된 전문 요양 시설이 있어야 한다	①	②	③	④	⑤
16-9. 일반 병원에서도 노인전문 병동이 별 도로 운영되어야 한다	①	②	③	④	⑤
16-10. 노인병 전문의, 간호사, 물리치료사, 간병인력이 체계적으로 양성되어야 한다	①	②	③	④	⑤
16-11. 보험 진료시 본인 부담률이 인하되어 야 한다	①	②	③	④	⑤
16-12. 치매, 응급의료, 치관 보존 치료 등에 대해서도 의료보험을 적용하여야 한다	①	②	③	④	⑤
16-13. 병원들은 노인질병에 적합한 의로서 비스가 제대로 공급되지 않고 있다.	①	②	③	④	⑤

17. 어르신은 **지난 2년간** 건강을 위해 신체검사 또는 건강검진을 받으신 적이 있습니까? (※ 단, 혈액 및 소변채위에 의한 검진에 한함)

① 있다 ☞ (17-1번 문항으로)

② 없다

17-1. 어르신께서 **건강검진**은 어디서 받으셨습니까?

① 종합전문/종합병원

② 병원

③ 의원

④ 한방병·의원

⑤ 보건소/보건지소

⑥ 기타 \_\_\_\_\_ (말씀해주십시오)

18. 어르신께서 **현재** 복용하고 있는 약물(양약)이 있습니까?(복수응답)

(※ 연고류 제외)

- ① 없다
- ② 병·의원이나 보건소의 의사가 처방해준 약(치료약) ☞ (18-1번 문항으로)
- ③ 의사의 처방 없이 약국에서 약사가 권해주거나 본인 판단하여 산 약(치료약)  
☞ (18-1번 문항으로)
- ④ 본인이 직접 판단하여 약국에서 산 비치료약(영양제 등) ☞ (18-1번 문항으로)

18-1. 어르신께서 **현재** 몇 가지의 약을 복용하고 있습니까?

- ① 치료약 ( \_\_\_\_\_ ) 종류 ☞ (18-2번 문항으로)
- ② 비 치료약 ( \_\_\_\_\_ )종류

18-2. 어르신은 하루에 약을 드셔야 하는 **복약 횟수**는 정확하게 지키시는 편입니까?

- ① 잘 안 지키고 빼먹는 적이 많다
- ② 가끔 빼먹는 적이 있다
- ③ 정확하게 지킨다

19. 어르신께서 의료기관(의원, 병원 등)을 이용할 때 **어떤 점이 가장 불편하다고** 생각하십니까? (가장 중요한 **한 가지**만 골라주십시오)

- ① 교통이 불편하여 병원가기가 힘들다
- ② 진료 시간이 너무 길다
- ③ 간호사들이 불친절하다
- ④ 의사가 너무 간단히 진료한다
- ⑤ 의원 및 병원 내 안내가 잘 안되었다
- ⑥ 기타 \_\_\_\_\_ (적어주십시오)

20. 어르신께서 **지난 1년 동안** 제때에 필요한 병·의원 치료를 받지 못한 적이 있습니까?

- ① 예 ☞ (20-1번 문항으로)
- ② 아니오

20-1. 그렇다면 그 이유는 무엇입니까?

- ① 병원비가 모자라서
- ② 교통수단이 없어서
- ③ 병원문을 안 열어서
- ④ 다른 가족을 돌보아야 하기에
- ⑤ 일을 하여야 하기에
- ⑥ 거동이 불편해서
- ⑦ 기타 \_\_\_\_\_
- ⑧ 없다

21. 어르신께서 노인들의 질병 예방이나 치료를 위해 **행정기관이 어떤 도움을 주면 좋겠습니까?** (가장 중요한 두 가지만 골라주십시오)

- ① 노인전문병원 설립
- ② 의료보험 적용 범위 확대
- ③ 4대 중증질환(암, 당뇨, 치매 등)에 대한 지원 확충
- ④ 의료기관(병원, 의원) 이용시 교통서비스 확충
- ⑤ 노인 돌봄 간병인 지원 확대
- ⑥ 노인요양병원의 질 개선
- ⑦ 위급시 빨리 병원으로 갈 수 있도록
- ⑧ 기타 \_\_\_\_\_ (적어주십시오)

22 어르신께서 **질병 예방**을 위해서는 다음의 의료기관 중 **어디를 1차로** 이용하겠습니까?

- ① 약국
- ② 보건소 (혹은 보건진료소)
- ③ 한의원
- ④ 일반 의원 (개인병원)
- ⑤ 종합병원 (대학병원 혹은 아주 큰 병원)
- ⑥ 기타 \_\_\_\_\_ (적어주십시오)

23. 어르신께서 **질병 치료**를 위해서는 다음의 의료기관 중 **어디를 1차로** 이용하겠습니까?

- ① 약국
- ② 보건소 (혹은 보건진료소)
- ③ 한의원
- ④ 일반 의원 (개인병원)
- ⑤ 종합병원 (대학병원 혹은 아주 큰 병원)
- ⑥ 기타 \_\_\_\_\_ (적어주십시오)

## 일반사항

1. 어르신께서 현재 **어디에 거주하고** 계십니까?

- ① 제주시 동지역                      ② 제주시 읍·면지역
- ③ 서귀포시 동지역                    ④ 서귀포시 읍·면지역

2. 현재 어르신과 **함께 살고 있는 가족**이 있습니까?

- ① 없다      ② 배우자      ③ 배우자와 자녀      ④ 자녀(아들, 며느리)
- ⑤ 자녀의 배우자(며느리 혹은 사위)      ⑥ 손자녀      ⑦ 손자녀의 배우자
- ⑧ 친인척      ⑨ 친인척의 배우자      ⑩ 기타 ( \_\_\_\_\_ )

3. 어르신의 **의료보장 가입상태**는 어떠하십니까?

- ① 의료보험(국민기초생활보장 수급권자)
- ② 건강보험(피보험자, 피부양자로 가입한 경우 모두 해당)
- ③ 미가입(보험료부담 못함)

4. 어르신의 **현재 주택유형**은?

- ① 단독주택      ② 다가구주택      ③ 아파트      ④ 다세대주택
- ⑤ 주상복합아파트      ⑥ 오피스텔      ⑦ 기타 (요양시설 등)

5. 어르신께서 **현재** 살고 계시는 집에 얼마 동안 사셨습니까?

몇 \_\_\_\_\_ 년

6. 어르신의 **현재 주택점유 형태**는?

- ① 자기집      ② 전세      ③ 보증금 월세      ④ 사글세
- ⑤ 무상      ⑥ 기타

7. 어르신께서 앞으로 **다른 곳으로 이사할 의향**이 있습니까?

- ① 예      ② 아니오

8. 어르신의 **결혼상태**는 어떠하십니까?

- ① 미혼
- ② 유배우
- ③ 사별
- ④ 이혼
- ⑤ 별거

9. 어르신께서는 **학교를 어디까지 다니셨습니까?**

- ① 무학      ② 초등학교 (중퇴 포함)
- ③ 중학교 (중퇴 포함)      ④ 고등학교 (중퇴 포함)
- ⑤ 전문대학 (중퇴 포함)      ⑥ 대학 (중퇴 포함)
- ⑦ 대학원 (석사 수료 이상)



## ABSTRACT

### The Ageing Society and Health Medical Service System's Building Measures for the Old People in Jeju

Koh, Seung-Hahn & Park, Hyung-Geun

Keywords: ageing society, health medical welfare, health medical service system, health promotion, health types, long-term care insurance of the aged,

There have been increasingly social concerns on how to take care the aged facing the ageing and super-ageing society in Korea as well as Jeju society as a whole. We need to build some significant policies against such a future ageing society, regarding the older people's health promotion, and management measures devoted to sustaining a happy life.

This study is to figure out some pivotal natures of the ageing society and primary policies in Korean health medical welfare institution. Furthermore, by exposing critical problems wapped with Jeju's health medical service system operation and situation, this study would and imply and suggest practical policies to renew the health medical service system for the elderly in Jeju region. To meet this goal, the analysis was based on the survey data of the 350 among the old people over 65-age dwelling in Jeju province. The survey was conducted between May 10~18 in 2013 by using either self-administrative questionnaire or in-depth interview methods. The statistical analytic method was dependent on frequency analysis.

Some primary implications for the social survey compromise the following things : 1) non-smoking behavior, regular exercise and eating habit are so important to maintain the old people's health, 2) it is needed to practice some medical cure programs for the less health aged, 3) in the light of falling down by the aged, we encourage them to go to the hospital, 4) the elder persons surveyed have no problem with activity of daily living and instrumental daily living, 5) several essential implications for the health medical service reshaping are raised, for instance, comprehensive health medical service building, service provision of both care and medical service, medical hospital construction for the aged, insurance application for the serious disease among the aged, and so on.

The future policy implications stemming from data analysis and diverse discussion by now would be coupled with several critical ones as follows. The first is to reform the existing public health medical care service into a much more qualified infra facilities. The second is that a qualified man power who would be involved in the public health medical service sector are needed. The third is connected into the operation system renewal and intensification of management capacity in the old people's health medical service system. The fourth lies on inducing the balanced development of the aged's health medical service between Jeju and Seogwipo city. The fifth is to have a linkage between public and private medical institutes including community health care center, clinic and hospital, etc. The sixth will intensify the connection between a health medical welfare and a welfare for the elderly. Finally, a special program inducement and operation for the independent life assistance among the old people must be facilitated.

The policy measures and practices for better quality life security among Jeju's olds persons would be essentially made enormous efforts by both central and local government, in cooperation with community and civil society.

## 연구진

책임연구원 : 고 승 한 (제주발전연구원 연구위원)

공동연구원 : 박 형 근 (제주대학교 교수)

기본연구 2013-04

### 제주지역의 노인보건의료서비스 체계 구축 방안

---

발행인 || 양 영 오

발행일 || 2013년 6월

발행처 || 제주발전연구원

690-162 제주시 오라 2동 44-1(아연로 253)

전화: (064) 726-0500 팩스: (064) 751-2168

홈페이지: [www.jdi.re.kr](http://www.jdi.re.kr)

인쇄처 || 한미기획출판 전화: (064) 753-7891

---

ISBN : 978-89-6010-308-5 93510

- 이 보고서의 내용은 연구진의 견해로서, 제주특별자치도의 정책적 입장과는 다를 수 있습니다. 또한 이 보고서는 출처를 밝히는 한 자유로이 인용할 수 있으나 무단 전재나 복제는 금합니다.