

노인건강문제와 간호의 방향

김 희 자*

I. 서 론

1. 우리나라 노인간호의 문제

우리 나라는 노인인구의 급속한 증가로 인하여 여러 가지 노인문제가 제기되고 있다.

전체인구 중 노년층이 차지하는 비율은 점점 증가하는 추세이며, 이는 우리나라 뿐 만 아니라 전 세계적 현상이기도 하다. 심지어 2차 세계대전이후의 “베이비 붐”은 2010년 경 바로 “노인 붐”으로 연결되리라 하는 인구학적 추측도 있다(한복기, 1997). 이처럼 인구의 노령화 추세는 더욱 가속화 될 전망이어서, 우리나라의 노령화지수는 1980년 11.2에서 1990년 20.0, 1995년 25.2, 1997년 28.3으로 나타나고 있다(통계청, 1997).

뿐만 아니라 노인 인구가 5%에서 12%로 되는데 소요되는 기간을 보면 프랑스는 175년, 미국은 65년, 일본은 40년 걸렸으나, 한국은 29년이 걸릴 것으로 추정되고 있다(송건용, 1994).

우리나라의 65세 이상 인구는 1996년 265만명으로 전체인구의 약 5.8%이나, 2000년에는 6.8%, 2020년에는 12.5%로 크게 증가할 것으로 추계되고 있다.

우리나라 국민의 평균 수명도 1960년에는 55.3세(남 53.0, 여 57.8)이었는데, 1995년에는 72.9세(남

69.5, 여 76.6)로 연장되었으며 2020년에는 77세(남 74.9, 여 79.1)로 크게 증가될 것으로 전망된다. 그러나 이러한 수명연장은 건강한 생활습관에 의해 유도된 것이 아니라 과학기술의 발전에 의한 것으로 이들이 장수하는 만큼 건강하며, 삶의 질도 높은 것이 아니라 많은 고통과 건강문제를 가진 채 장수한다는 증거가 많다(송미순, 1996).

우리 나라는 고령화 사회의 도래로 노인건강과 관련된 문제가 심각하게 제기되고 있다. 1994년도에 한국보건사회연구원에서 조사 발표한 바에 의하면 우리나라 65세 이상 노인의 약 87.6%가 고혈압, 당뇨, 관절통, 심장질환 등 소위 만성퇴행성질환을 한 가지 이상 앓고 있으며, 이 중 약 35% 정도는 일상생활을 유지해 가는 데 제3자의 도움을 필요로 하는 거동불편자로 보고하였다. 노인은 어떤 연령군 보다도 의료비 사용이 많고 병원수진율이 높은 집단이다. 그러므로 노인 인구의 건강은 우리나라 전체 인구의 의료비 지출이나 건강관련 통계지수나 삶의 질을 좌우할 수 있는 중요한 측면이다.

이처럼 중요한 노인 인구의 건강문제는 다음과 같이 세가지 관점에서 생각해 볼 수 있다.

첫째, 노인들이 건강한 노년생활을 오래 유지하도록 하는 것이 가장 바람직하므로 건강한 노인들의 건강관리가 필요하다. 의료인들의 노인에 관한 잘못된

* 청주과학대학

편견중의 하나는 노인의 생활습관을 변화시키는 것은 불가능하다고 생각하여 노인의 건강증진에 대해 노력하려하지 않는 것이나, Perce 등(1994)의 연구에 의하면 노인들은 자기건강에 대해 관심이 높고 자발적으로 건강에 대해 어떤 중재를 하려고 하는 잠재성이 높은 집단으로 나타났다. 그러므로 노인을 위한 건강증진 노력은 이들의 높은 건강 위험과 만성질환 및 장애상태의 잠재적 위험 때문에 오히려 다른 어떤 연령층보다도 더 풍부한 효과를 거둘 수 있을 것이다(송미순, 1996). 우리나라에는 건강한 노인들에 대한 다양한 건강관리 program이 필요한 데 매우 미흡한 실정이다.

더불어 노년기의 건강은 노년기에 결정되기 보다는 평생의 건강습관에 의해 만들어지는 것이다. 그러므로 노인의 건강을 증진하기 위해서는 다음세대의 노인이 될 40대 내지 늦어도 50대 초반부터 예방보건 사업을 실시함으로써, 남의 도움을 받지 않고 건강문제를 스스로 해결할 수 있도록, 즉 노인이 자가간호를 하여 건강을 유지 증진할 수 있도록 간호사가 지도하는 것이 바람직하다.

그러므로 건강한 생활양식을 유지하여 질병예방 및 건강증진을 하기 위하여 식생활개선, 음주, 흡연억제, 정기적 운동 등 보건 교육을 실시하고, 정기 건강진단을 통한 질병의 예방 또는 조기발견을 도모해 나가는 사업이 필요하다.

둘째, 질환이 있는 노인에게 적절한 의료, 요양서비스를 제공하는 것이 필요하나, 병상이 부족하고, 서비스 제공이 미흡하다. 즉, 효율적인 노인치료, 요양체계를 확립하여, 노인들이 필요할 때는 언제 어디서나 진료 또는 입원서비스를 받을 수 있게 체계를 구축해야 하며, 이에 필요한 노인 간호서비스제공을 위해 노인 전문 간호사가 필요하다.

1996년부터 노인 의료보험 급여가 365일로 확대되어 질환 노인이 의료서비스를 받게 되었으나, 노인들은 대부분 장기요양을 필요로 하는 만성퇴행성질환을 가졌으므로, 병원에 장기간 입원하여 호전 또는 완치를 기대하기 어려운 노인의 경우는 의료비가 고가인 일반병원의 입원중심의 치료보다는 가정에서 필요한 의료서비스를 받도록 하는 재가노인 보건사업을 활성화하거나, 치매 등 질환상태가 중증이어서 가정에서 보호하기 어려운 노인을 위해서는 요양시설의 확충을 통해 필요한 요양서비스를 병원보다 저렴한 비용으로 받을 수 있도록 하는 것이 요구된다(신흥권, 1997).

셋째, 노인의료비가 증가추세에 있으므로, 이에 대한 효율적 대처방안을 세워 노인가정의 경제적부담완화는 물론 국가, 사회적 비용도 경감시키는 것이 필요하다.

노인의료비용 감감을 위해 요양시설확충, 가정방문간호사업의 활성화, 노인전문병원 확충 방안 등이 요구된다.

노인인구의 높은 의료이용율은 의료비의 증가를 초래함으로써 전체진료비 중 노인의 의료보험 진료비는 1985년에는 8.3%에서, 1993년에는 10.3%로 증가하고 있다. 이러한 노인의료비의 높은 증가는 전체 국민 의료비의 상승을 주도하고 있어, 국민 의료비 총량을 억제하려면 노인의료비의 집중적 관리가 요구되고 있는 실정이다. 이러한 노인의료비의 증가는 노인에 대한 의료서비스가 고도의 전문성을 요하는 고가의료서비스를 필요로 하기보다는 오히려 장기적 치료를 요하는 노인의 질병구조를 반영하고 있다고 보인다.

그러므로 일반병원보다 저렴하면서도 필요한 적정 서비스를 제공하는 노인전문병원 확충, 요양시설 확충, 가정간호사를 통한 가정방문사업의 활성화가 필요하며 이를 위해 이들 사업에 대한 의료보험급여가 실시되는 것이 필요하다.

우리나라는 고령화 사회의 도래로 노인인구는 증가하고 있으나 핵가족화, 여성인구의 취업 등의 증가로 노인들을 돌볼 수 있는 여건이 마련되지 않고 있는 실정이며, 전체가구 중 60세 이상 노인가구의 비율이 14.1%를 차지하고, 이중 노인단독가구 비율이 22.9%(이선자, 1994)로 보고되었다.

노인문제는 현대화하는 사회변화에 의해 생긴다고 인식하고 예방 차원의 정책수립을 하는 것이 필요하다. 그리고 노인건강과 관련된 문제는 심각하게 제기되고 있으며 이 문제를 해결하기 위해서 노인소득, 사회참여, 여가 등 제반 문제와 복합적, 종합적으로 연계하여 대처해 나가야 할 필요가 있다. 일본의 경우 급속한 노령화 현상에 대한 대책으로 New Gold Program을 세운 것처럼 우리나라도 선진국의 자료를 참고하여 국가적인 차원에서 의료보장, 소득보장, 주택보장, 사회적 서비스 등 노인보건의료시설 확충 정책 및 재가노인 복지정책을 우리나라 실정에 알맞게 추진해 나갈 것이 요구되고 있다. 그러므로 우리나라 노인 건강 및 노인간호와 관련된 문제를 해결하고자, 우리나라 노인의 건강상태와 의료이용 현황, 우리나라와 외국의 노인보건의료복지에 대해 살펴보고자

한다.

II. 본 론

1. 노인의 건강 상태와 의료 이용

1) 노인의 건강 상태

노인은 고령화 됨에 따라 노화 현상으로 인해 신체적, 심리적 의존성이 증가한다. 노인은 신체적 기능의 저하로 질병에 이환될 가능성이 매우 크고 여러 가지 질환이 여러 장기에 복합적으로 발생하는 특성을 지니고 있으며, 질병으로부터 회복 또한 늦어져 장기적인 치료 및 요양이 불가피 한 경우가 많다. 60세 이상 노인의 평소 건강 상태를 살펴볼 때, 주관적으로 자신의 건강 상태가 나쁘다고 인식하는 율은 43.7%(보건사회연구원, 1994)였다. 이 중 여자 노인이 남자 노인보다 건강하지 않다고 느끼고 있으며, 연령이 증가할수록 자신의 건강이 나쁘다고 느끼고 있었다(최영희, 1998).

2) 일상 생활 기능

노인은 신체 기능이 저하되고 활동력이 떨어지며, 심신 기능이 쇠약해 짐에 따라 일상 생활을 스스로가 해결하지 못하고 누군가의 도움을 필요로 하는 경우가 많다. 일상생활 동작능력(Activities of Daily Living : ADL)은 노인이 사회인으로서 자립된 생활을 하는데 최저한도로 필요한 능력이며, 개인이나 가정 생활뿐만 아니라 사회 구성원의 하나로서 사회와의 관련을 가지고 생활하기 위한 매일의 필요한 동작을 의미하는 것으로 노인 생활의 전반적인 면에 크게 영향을 주고 있다. 1994년 한국보건사회 연구원에서 조사된 바에 의하면 65세 이상 노인의 51.9%가 일상 생활 수행에 도움을 필요로 하고 있었다(이가옥 외, 1994). 1988년 한국보건사회 연구원이 노인 단독 가구에 대한 실태 조사에서 노인들의 일상 생활 능력 즉 세수, 목욕, 옷 갈아입기, 실내 이동, 화장실 이용 등의 불편 정도를 조사한 결과 60세 이상 노인의 20.9%만이 불편이 없고 그 외는 한 가지 내지 6가지의 불편이 있는 것으로 조사되었으며 특히 75세 이상의 고령층에서는 남자의 86.9%, 여자의 88.4%가 1가지 이상의 불편이 있는 것으로 나타나 많은 노인들이 일상 생활에서 외부의 도움이 필요한 상태라는 것을 보여 주고 있다(송미순, 1997).

경상북도 일부 농촌 지역에서 60세 이상 남녀 475명을 대상으로 ADL에 대한 조사를 한 이성국(1998)에 의하면 일상 생활 동작 능력은 Katz(1983)의 건강 지표 6개 항목(① 혼자 목욕할 수 있다. ② 혼자 옷을 갈아 입을 수 있다. ③ 혼자 화장실에 가서 용변을 볼 수 있다. ④ 혼자 일어설 수 있다. ⑤ 남의 도움 없이 혼자 식사할 수 있다. ⑥ 소변이 마려울 때 화장실에 갈 때까지 참을 수 있다.)을 이용하였는데, 1993년과 1997년 ADL의 장애 분포를 보면 ADL 6개 항목 모두 가능하지 않은 사람이 각각 0.4%, 0.8%, 6개 항목 중 1-5개 항목이 가능한 사람은 각각 8.4%, 8.8%였으며, 남자 노인보다는 여자 노인에서, 연령이 증가할수록 높은 유병률을 보였다. 4년간 장애 발생률을 보면 전체 6.7%로 남자 4.6%, 여자 8.1%의 장애 발생률을 보였으며, 연령에 있어서는 60-69세가 1.9%, 70-79세가 11.9%, 80세 이상이 28.6%의 장애 발생 율을 보여 연령이 증가할수록 높은 장애 발생 율(1997년 재조사시 장애자수/1993년 ADL 가능군 100)을 보였다(이성국, 1998). 최영희(1998)에 의하면 거의 누워서 일상 생활을 하고 지낸다는 와상 노인은 2.3%(조유향)-3.6%(한국인구보건원)로 보고되고 있고 일상 생활에 지장을 받고 있는 노인은 3.7%정도로서 실제의 기능 장애도 심각한 편으로 보고하고 있다.

3) 유병율 및 사망 원인

일반적으로 노인들은 노화와 더불어 신체적 기능이 저하되므로 질병에 이환될 가능성이 매우 크다. 노인 질환의 특성은 다음과 같다: 2가지 이상의 질병이 병존한다. 증상과 경과가 비전형적이다. 기능의 감퇴, 이상으로 발현한다. 합병증이 잘 생긴다. 악화가 잘 되고 회복이 늦다. 정신 증상의 발현이 잦다. 수분과 전해질 균형이 불안정하다. 약물에의 반응이 다르고 부작용이 잦다. 검사의 정상치가 다르다. 여러 분야가 협동 접근하여야 치료된다.

65세 이상 노인을 대상으로 1994년 한국보건사회 연구원에서 조사한 노인 생활 실태 조사에서 보면 노인들의 만성 유병율은 86.8%였으며, 호흡기계만성질환, 만성요통, 골절, 탈구, 백내장 등은 연령이 증가하면서 유병율이 높아지는 경향을 보이고 있다(표 1). 그러면서도 보다 일반적 질환인 관절통, 만성요통, 골절탈구 및 백내장 등의 만성 질환에서 노인 인구의 상당수가 의사의 진단을 받지 않고 있었던 것으로 조사되고 있어(문옥륜, 1995) 노인 의료 수요의

많은 부분이 충족되지 못하고 있다고 보고되었다. 이 가족외(1994)에 의하면 65세 이상 인구의 15일간 유병률(및 만성 유병률)은 53.3%였으며, 지역별로는 도시(50.2%)보다는 농촌(57.1%)에서 유병률이 높았다.

최수정등(1995)에 의하면 65세 이상 만성 질환 유병률에서 가장 많이 발생하는 질환은 근골격계 및 결합조직질환, 순환기계질환, 소화기계질환 순이었다. 특히 근골격계 및 결합조직질환은 여자가 2배 이상

발생하고 있으며 순환기계질환은 여자에서, 소화기계 질환은 남자에서 높은 유병률을 나타내었다. 전반적으로는 여자의 유병률이 높은 것으로 나타났다.

1994년의 자료(표 2)에 의하면 통계청에서 발표한 65세 이상 노인에서 가장 높은 사망원인은 순환기계 질환이 38%로서 전체 평균 30%보다 높은 비율을 나타내었고, 신생물은 16.9%를 나타내었으나 전체 평균 21.4%보다는 낮은 비율을 보였다.

〈표 1〉 지역·성·연령별 65세이상노인 만성질환의 연간 유병률

	전 체	지 역		성		연 령			
		시부	군부	남	여	65-69	70-74	75-79	80세이상
악성신생물	1.0	1.3	0.7	1.8	0.6	1.0	1.1	1.7	-
당 노 병	6.4	8.3	3.9	6.3	6.5	7.7	7.6	3.3	3.3
고 혈 압	18.8	21.9	14.9	15.4	21.0	22.5	17.4	12.4	18.7
뇌 출 증	6.1	6.7	5.4	7.4	5.3	5.3	6.6	5.7	8.2
호흡기계 만성질환	12.0	12.8	11.1	15.0	10.1	10.6	10.4	14.2	17.6
결 핵	1.5	1.9	0.9	2.5	0.8	1.2	1.5	2.3	1.5
소화기계 만성질환	18.7	17.5	20.3	15.7	20.6	19.3	17.6	21.8	15.5
관 절 통	57.8	53.9	62.9	41.9	67.8	57.2	58.8	61.7	53.7
만성요통	32.6	27.6	39.1	21.2	39.8	30.1	34.6	21.6	38.0
골절·탈구	4.7	5.2	3.9	6.1	3.8	3.9	4.8	4.4	7.1
백 내 장	9.1	11.5	6.1	7.6	10.1	6.9	10.7	8.6	13.8
치 매	2.0	1.9	2.2	1.7	2.1	0.9	0.5	2.2	8.8
전 체	86.8	85.0	89.2	78.1	92.3	86.3	84.7	89.9	89.3

주 : 조사대상자수=1,371명 유병률=(각 질병별 유병자/총 조사대상자)×100
 자료 : 이가옥 외.(1994년). 노인생활실태 분석 및 정책과제. 한국보건사회연구원.

〈표 2〉 65세 이상 사인별 사망자수(1994)

사망원인	총 수	구 성 비	65세이상	구 성 비	비 율
사망 총수(명)	230,677	(100)	125,622	(100)	54.5%
순환기계의 질환	68,907	(30.0)	47,787	(38.0)	69.3%
신 생 물	49,466	(21.4)	21,279	(16.9)	43.0%
호흡기계의 질환	11,192	(4.9)	8,389	(6.7)	75.0%
소화기계질환	17,589	(7.6)	6,570	(5.2)	37.4%
손상 및 중독	32,016	(13.9)	4,547	(3.6)	14.2%
내분비, 영양 및 대사 질환과 면역장애	7,978	(3.4)	4,566	(3.6)	57.2%
정신장애	4,559	(2.0)	2,502	(2.0)	54.9%
감염성 및 기생충성질환	5,693	(2.5)	2,493	(2.0)	43.8%
근골격계 및 결합 조직의 질환	2,259	(1.0)	1,800	(1.4)	80.0%
비뇨생식기계의 질환	2,267	(1.0)	1,223	(1.0)	53.9%
신경계 및 감각기계질환	2,371	(1.0)	701	(0.6)	29.6%
혈액 및 조혈기질환	469	(0.2)	184	(0.1)	39.2%
피부 및 피하조직질환	226	(0.1)	151	(0.1)	66.8%
선천이상	1,167	(0.5)	23	(-)	2.0%
증상, 징후 및 불명확한 상태	24,194	(10.5)	23,415	(18.6)	96.8%

자료 : 한국통계연감.(1996). 제43호, 통계청.

4) 의료이용현황

한국인의 건강과 의료 이용 실태-1995년도 국민 건강 및 보건 의식 행태조사(한국보건사회 연구원, 1995)에 의하면 60세 이상 연간 입원율(=연간 입원 건수/전체조사대상인구 \times 1,000)은 전체 평균(56.3)에 비해서 매우 높게 (86.8) 나타나고 있으며, 종합병원 입원율이 병의원보다 높게 나타나고 있다.

연간 60세 이상 입원환자 평균 재원일수도 전체 평균 재원일수 18일보다 긴 21일로 나타나고 있으며 외래의료 이용율도 전체 평균보다 높은 이용률을 나타내고 있어 전반적으로 노인계층이 의료자원을 많이 소모하고 있는 것으로 나타나고 있다.

2주간 유병률이 50세 이상에서 다른 연령층보다 현저히 높게 나타났으며 연간 만성질환 유병율도 50세 이하에서 보다 훨씬 높게 나타났다(최영희, 1998).

1989년 전국민 의료보험 실시 이후에 노인들의 총 진료건수가 현저하게 증가하고 있다. 65세 이상 노인의 경우에 1988년 3,321천 건에서 1993년 10,067천 건으로 증가하여 3배 증가하였고, 연 평균 증가율은 24.8%로 매우 높게 나타났다.

내원 일수에 있어서도 65세 이상 노인은 1988년 9,852천 일에서 1993년 25,299천 일로 전체인구의 연 평균 증가율은 20.8%인 반면, 노인의 경우는 약 3.5배 증가하였고, 연 평균 증가율은 28.6%였다.

노인의 건강상태 및 이환율이 다른 연령층에 비해 높은 편이므로 노인의 의료이용율은 상대적으로 높을 수 밖에 없는 결과가 사료된다.

그리고 노인 인구의 높은 의료 이용률은 의료비의 증가를 초래함으로써 전체 진료비 중 65세 이상 노인의 의료보험 진료비는 1985년 5.4% 수준이었으나, 그 후 계속 증가하여 1989년에는 8.3%, 1993년에는 10.3%로 증가하고 있다. 이러한 노인 의료비의 높은 증가는 전체 국민 의료비의 상승을 주도하고 있고, 수년 내로 노인 의료비가 1조원을 상회할 것으로 예상되고 있다. 따라서 국민의료비 총량을 억제하려면 노인의료비의 집중적 관리가 요구되는 실정이다. 이러한 노인 의료비의 증가는 노인에 대한 의료 서비스 고도의 전문성을 요하는 고가 의료 서비스를 필요로 한다기 보다는 오히려 장기적 치료를 요하는 노인들의 질병 구조를 반영하고 있다고 보이는데, 1993년 노인 1인당 일당 진료비는 외래의 경우 전체 3,456원인데 비해 65세이상 노인은 2,834원으로 오히려 전체 인구 집단에 비해 낮은 것이 그것을 뒷받침 해준다.

그러므로 노인에게 적합한 시설을 갖추고 노인 중심의 서비스를 제공해주면 국민의료비 증가를 감소시킬 수 있으리라 생각된다.

2. 노인 보건 의료 현황 및 전망

1) 노인 보건 의료

노인 인구가 증가하고 있으므로 만성 퇴행성 질환을 위주로 하는 노인 인구에 적합한 의료 서비스가 제공되어야 하며, 날로 폭등하는 노인 의료비 증가에 효과적으로 대처하여야 하므로 종합적인 노인 전문보건의료 체계의 확립에 대한 필요성이 제기되고 있다. 현재 정부의 노인 복지법에 근거한 노인 보건의료 대책으로는 노인 건강 진단 사업과 요양 시설 서비스가 있다. 보건복지부는 2000년까지 전국 시, 도에 1개소 이상 노인 의료 시설을 설치할 계획으로 있다. 이를 위해 국민 연금 기금에서 최고 60억원까지 장기저리로 융자할 계획이며 또한 치매 노인 특별 대책으로서 치매 전문 병원을 2005년까지 전국 시, 도에 1개소 이상 설치하고 치매 전문 요양 시설 70개소를 확충할 계획으로 있다. 정부의 이에 따른 관련 정책 현황은 다음과 같다.

(1) 노인 의료 보험 급여 확대

1995년까지는 65세 이상 노인의 의료 보험 급여 일수가 270일로 제한되어 있으나 질환 노인이 1년 내내 필요한 의료 서비스를 받을 수 있도록 1996년부터 노인에 대하여 의료 보험 급여 가능 기일을 365일로 확대하였으며, 70세 이상 노인 단독 가구 중 생활이 어려워 보험료 부담이 힘든 가구에 대하여는 외래 진료비를 경감하였다. 중, 장기적으로는 70세 이상 노인에게 노인의 일상생활에 필수 불가결한 '틀니'와 '보청기'를 의료 보험 급여 범위에 포함시켜 나갈 계획이다.

(2) 노인 의료 서비스 강화

노인 건강 진단 사업은 노인 복지법 제9조에 근거하여 노인성 질환의 예방 또는 조기발견을 위한 예방 보건사업으로 노인의 건강 증진을 도모하고자 1983년부터 저소득층 20여만명에 대해 65세 이상 노인 중 희망자에 한해 무료로 건강 진단을 실시하여 왔으며, '95년부터는 생활보호대상노인 뿐 아니라 일반노인에 대하여도 의료보험급여를 통하여 정기건강검진을 실시하고 있다. 그러나 건강검진시 진단 과목의 제한, 진단 결과에 대한 치료 대책의 미비 등의 문제점이 지적되고 있다. 정부에서는 생활보호노인을 위한 검

진의 내실화를 위해 검진수가를 의료보험수가 수준으로 점차 인상하고, 검진항목도 암검사 등 실질적으로 필요한 검사항목을 추가할 예정이다. 이러한 건강검진을 지방 자치 단체 단위로 국공립 병원과 보건소에서 실시하고 있다. 무료 건강 검진 대상을 현재 65세 이상 저소득층 노인에서 40세 이상의 생활 보호 대상자로 확대하고, 기본 검진 항목을 확대하여 우리나라의 유병률 및 사망률이 높은 위암, 폐암, 대장암, 유방암 등이 포함되도록 하는 것이 바람직하다고 지적하고 있다(이가옥 외, 1994).

(3) 보건소 노인진료기능 강화

보건소 내 노인 건강 상담실, 물리 치료실, 중풍, 치매 노인 탁노스 등 설치, 노인 보건 전담 조직 신설 등 전국의 보건소를 노인의 일차 진료 기관으로 육성하고 이곳을 이용하여 노인보건 교육, 건강상담 및 일차 진료기능을 담당하도록 지원하고 있다.

(4) 가정방문 간호서비스사업 시범 실시

최근 가정방문 간호사업의 필요성이 제기되고 있는바, 정부에서는 현재 보건소를 중심으로 시범사업을 하고 있으므로 이 결과를 평가하여 도입해 나갈 계획이다.

보건소에서의 방문 가정 간호 사업은 현재 서울시 25개구에서 실시하고 있고, 그 중 8개구가 지역 보건과를 설치하여 운영하고 있으며, 1995년 상반기 실적에 의하면 관리 대상자 환자 중 60세 이상이 43.8%로서 주요 서비스 수혜자였다. 민간 단체에서의 시범 사업은 서울시 간호 협회에서 한국 보훈 병원, 고대구로 병원, 도봉구 보건소와 협조하여 실시하고 있으며, 1994년 대상자의 67.4%가 노인으로 나타났다. 시범 지역은 서울 관악구, 대구 달서구, 경기 아산시, 강원 홍천군, 전북 완주군이다.

가정 간호는 1990년 의료법에 업무별 간호사에 가정 간호 분야의 간호사가 추가됨으로써 그 기반이 마련되었다. 가정 간호는 질병이나 고통, 만성 질환이나 상해로 인한 장기간의 불구 또는 제한이 있는 개인이나 가족이 최적의 건강 활동 및 독립성을 유지할 수 있도록 가정에서 제공하는 서비스를 의미하나. 노인들은 이러한 가정 간호 사업의 가장 빈번한 수혜자로 알려져 있다. 전문 가정 간호사의 자격은 간호사로서 1년 이상의 전문 가정 간호사 과정을 이수한 자로 규정되어 있으며, 서울대를 비롯한 6개 국립 간호학과와 충남대 보건대학원, 연세대 등에서 교육을 실시하고 있다. 현재 가정 간호 사업에 대한 시범사업은 중

합 병원, 보건소, 간호 협회에서 실시되고 있으며, 정부에서는 시범 사업이 끝나는 1996년 이후에 가정 간호 사업의 실시 주체를 보건소로 확대할 방침이다. 종합 병원 중심의 시범 사업은 간호사가 종합 병원에서 조기 퇴원한 환자의 가정을 방문하여 의사의 지시에 의한 간호 서비스를 제공하며, 교통비를 제외한 비용은 의료 보험에 의하여 급여된다.

(5) 치매 노인을 위한 특별 관리 대책 추진

아직까지 전국 규모의 치매 유병률을 밝힐 수 있을 정도의 대규모 역학 조사는 실시된 바 없지만 한국 보건 사회 연구원에서는 외국의 치매 유병률 조사 자료를 토대로 65세 이상 노인의 5.0%가 치매라고 추정된 바가 있다. 이렇게 볼 때 1996년 현재 우리나라의 치매 노인수는 약 14만 5천명으로 추정되고 있다. 이러한 치매 노인을 위한 특별 대책으로 금년 중에 보건소에 치매 상담 신고 센터를 설치하고 가정 또는 일반 요양 시설에서 보호가 어려운 중증 치매 질환 노인을 위해 치매 전문 요양 시설을 1997년에 16개소에서 2005년까지 70여 개소로 확충할 계획이며, 치매 병원도 1997년도에 6개소로 늘려 나가고 향후 2000년까지 시, 도별로 1개소씩 확충하여 16개소로 건립할 예정이며 치매 노인에 대한 정확한 진단 및 치료 서비스를 제공해 나가며 다음과 같은 사업을 펼칠 계획이다.

치매 예방 또는 환자 조기 발견 사업 강화

치매 노인 및 가족을 위한 방문 서비스 강화

치매 원격 진료 정보 통신망(DNS : Dementia Service Network)구축

치매 종합 센터 설치

(6) 노인 전문 병원 설치 지원

요양 시설서비스는 요양 시설이 1990년 9월 30일 현재 총 98개 시설 중에 24개소로 1,564명이 수용되어 있는 상태이다(보건사회부, 1991). 전체 노인 중 시설을 이용하는 노인 비율은 0.1%에 불과한 매우 적은 비율이다. 그리고 시설 보호의 양호 수준 및 시설의 다양화가 부족한 상태를 문제점으로 지적할 수 있겠다. 1994년 1월 의료법이 개정되어 의료 기관 중별에 요양 병원이 신설되었다. 이 요양 병원의 특징은 노인성 만성 질환자가 주된 입원 대상이 되고 의료 인력과 시설 기준이 병원보다 크게 완화되었으며, 특히 의사와 한의사가 함께 진료할 수 있도록 하였으므로 앞으로 전문 노인 병원이 발전할 수 있는 토대를 마련한 점에서 의의가 있다. 치료가 가능하나 장기간

입원, 치료가 필요한 노인 또는 수술 후 회복기에 있는 노인 등을 위하여 노인 전문 병원을 설치, 일반 병원보다 저렴하게 운영하여 의료비 부담을 경감케 하는 것을 목적으로 1996-1998년까지 전국 15개소에 설치하려하며, 국민 연금 기금 또는 재특자금 활용을 통한 장기 저리 융자를 할 계획이다.

(7) 재가노인 보건사업 확충

의료기관이나 요양시설에서 치료 보호하는 대신 질한 정도나 내용을 감안하여 가능한한 노인이 거주하는 지역이나 가정에서 필요한 서비스를 받을 수 있도록 하는 사업이다. 가정을 직접 방문하여 식사, 목욕수발 등 필요한 서비스를 제공하는 가정봉사원 서비스는 1995년 전국의 23개소의 노인 재가복지봉사센터에서 가정봉사원 파견사업을 제공하고 있다. 그리고 1992년부터 낮동안 또는 수일간 노인을 시설에 보호하는 주간보호시설(8개소) 및 단기보호시설(10개소)이 운영되고 있으며 이러한 사업기관을 2000년까지 시, 군, 구에 적어도 1개소 이상씩 확충해 나갈 계획이다.

2) 노인 복지

노인생활안정을 위한 정부의 대책은 다음과 같다.

(1) 노령수당지급

노령수당은 경제적으로 어려움을 겪고 있는 노인에게 소득보장혜택을 부여함으로써 노후생활안정을 위해 지급하고 있다.

노령수당지급이 이전에는 70세 이상 생활보호대상 노인에게 적용되었는데 1997년부터는 65세 이상 생활보호대상 노인('98년 247천명)으로 확대 적용되고, 지급액은 65-79세(211천명)까지는 월 3만5천원씩, 80세 이상(36천명)은 월 5만원을 지급한다.

(2) 경로연금지급

경로연금은 노후생활을 자녀에게 의존하거나 생활의 어려움을 겪고 있는 65세이상 저소득노인에게 감사와 보상의 차원에서 생활안정에 도움이 되도록 지급하고 있다.

경로연금은 1998년 7월부터 생활보호대상노인(247천명)에게는 월 5만원씩, 저소득노인(677천명)에게는 월 3만원씩을 지급할 계획이다.

(3) 취업기회 확충

근로능력이 있는 노인의 취업기회를 확충하기 위하여 노인의 취업상담 및 알선등의 업무를 수행하는 노인취업알선기관(1997년 현재 70개소 운영중) 및 고령

자취업 적합 직종(1997년 40종)을 매년 꾸준히 확대하고 있다. 고령자취업을 장려하기 위하여 기업에 매 분기 9만원씩 고령자 취업장려금을 지급하고 있는 대 상기업과 기업에 지원하는 금액도 연차적으로 확대해 나가고 있다.

(4) 주택보장

1995년부터 무의무탁 저소득층 노인의 주거 보장을 위하여 생활보호 노인 4.5인이 1개 주택에서 공동으로 생활하게 함으로써 전·월세 부담 및 공동 난방에 따른 경비 절감과 외로움을 함께 나눌 수 있도록 하는 노인의 집을 운영하고 있다. 주택 구입 자금으로 개소당 2,500-4,000만원을 지원하고 있으며, 1995년에는 40개소, 1996년에는 384개소의 노인의 집 설치 자금이 지원되어 현재 424개소가 설치되어 있다. 그 외에 노인의 일상생활능력 저하를 고려한 노인주택 설계 등 노인의 편의주택 개발, 노인집단주택, 양로원 시설 확대 등을 들 수 있는데 아직 미흡한 실정이다 (현인숙, 1997).

(5) 사회적 서비스

사회적 서비스로는 경로당 운영비 지원(월 5만원의 운영비와 연 25만원의 난방비), 철도 요금의 할인, 월 버스 승차권에 해당하는 현금 지급 등의 내용을 포함하는 경로 우대 제도를 시행하고 있다. 노인들의 여가선용을 위해 1996년말 전국에 경로당(노인정) 30,401개소, 노인 교실은 444개, 노인 복지 회관은 14개소가 운영되고 있다. 경로당은 현재 노년 인구의 15-20%정도만이 이용하고 있다(김춘수 등, 1995).

노인의 취업 상담 및 알선을 통하여 노인들에게 여가선용 및 소득 기회를 부여하기 위하여 1981년부터 사단법인 대한 노인회가 노인 능력 은행을 설치, 전국에 60개소가 운영되고 있는데 정부가 1개소당 30만원씩 지원하고 있다. 정부에서는 1992년에 고령자 고용 촉진법을 제정하여, 이를 근거로 노동부에서는 고령자 인재은행 25개소를 설치, 운영하고 있으나 취업 알선 대상이 주로 50-60세이므로, 노년의 기준이 되는 65세에 미치지 못하여 노년의 복지 정책이라 말하기 곤란한 실정이다.

일반 노년에게 건강 관리, 교양, 여가선용 및 문화 활동, 소득 증대 등 다양한 복지 서비스를 종합적으로 제공할 수 있도록 2,000년까지 전국 5개소에 노인 종합복지타운을 시범 운영한 후 전국에 확대, 설치될 전망이다(보건복지부, 1997). 노인종합복지타운은 주거 시설과 통합할 경우 더욱 효과가 있을 것으로 생

각된다. 이 외에도 결식 노인을 위한 경로식당, 효행자 포상제도, 부모 봉양 가족에 대한 세제 지원 등이 실시되고 있다.

3. 외국의 노인보건복지

1) 미국의 노인보건복지

1994년 미국의 65세 이상 노인인구는 전체인구의 약 11.7%를 차지하고 있으며, 2020년에 약 15%, 2030년에 약 22%로 증가할 것을 예측하고 있다. 1965년에는 노인복지법과 Medicare, Medicaid의 새로운 법안을 마련하였다. 노인보건의료 제도는 주마다 조금씩 다르나 GNP중 약 10% 정도를 연금과 노인보전에 할당하고 있다. 65세 이상의 노인에게 연금이 지급되며 의료보장정책으로는 Medicare, Medicaid가 있다. 노인보건시설 및 서비스에 대해 살펴보면 다음과 같다. 간호사의 책임 하에 간호를 수행하는 요양기관인 Nursing home은 65세 이상 노인의 약 5.3%가 이용하고 있다. 가정간호사, 지역사회 방문간호사에 의해 가정 내에 있는 환자들에게 간단한 치료 및 간호를 제공하는 기관인 home Health Agency는 이용자의 80% 이상이 노인들이며, 전체국민의료비의 약30%가 소비되는 곳이다.

그 외에 1980년부터 말기환자의 고통경감을 목적으로 간호를 행하는 Hospice, 그 외에 주간보호시설, 노인전문병원, Life care community등이 노인들에 의해 이용되고 있다.

2) 영국의 노인보건복지

영국의 65세 이상 노인인구는 1991년 전체인구의 약 16%를 차지하고 있다. 노인 중 90%는 자신의 소유주택에, 약5%는 관리인이 있는 공동주택에, 약 5%는 시설에 입소되어 있다. 영국의 노인보건의료는 전 국민을 대상으로 하는 국민보건서비스(NHS)에 포함되어 있으며, 세계에서 가장 포괄적인 사회보장제도를 실시하는 나라중의 하나이다. 영국에서의 노인을 위한 복지정책으로는 소득보장, 의료보장, 재택서비스, 시설서비스 여가활동 및 오락서비스 등으로 나눌 수 있다. 이 중 의료보장에 대해 살펴보면, 60세 이상의 와병노인들은 전체인구의 약 36.8%를 차지하며 이 중 시설에서 치료를 받는 노인이 약 10.1%, 집에서 치료를 받는 경우가 약 89.9%로 나타나고있어, 재가 치료를 많이 하고 있다. NHS를 통한 노인보건 서비

스는 다음과 같다. 지역사회에서 개업하고있는 General Practitioner에 의한 진료, 낮병원(Day hospital), 노인병동에 입원하기 전에 검사, 처치등을 받는 사정 및 재활병동(Assessment and rehabilitation wards), 월요일에서 금요일까지 보호관리하고 주말에는 집에서 가족과 함께 지내는 Five day wards, 일종의 노인보호 수용병동인 Continuing care unit, 노인보건복지 시설 서비스등이 있다. 영국의 노인보건복지 시설은 Residential homes과 Nursing homes 이 있고, 운영형태는 Private homes, Voluntary homes, Local Authority homes의 형태로 운영된다. Residential homes은 일종의 양로시설로서 개인의 경제적 능력에 따라 매우 다양하게 운영되고 있으며, 주로 부부 중심으로 일상생활을 할 수 있도록 지원하고 있으며, 운동시설, 기능훈련시설 등도 지원하며, 필요하면 간호사나 보건의료서비스의 서비스가 지원되며, NHS에 의해 의료서비스가 제공되며 1994년 수용된 인원은 전체노인의 약 2.7% 정도이다. Nursing homes은 재택서비스와 보건의료서비스와의 중간 형태로서 저소득층 노인들이 주로 이용하는 시설로서, 병원의 의료서비스까지는 필요하지 않으나 재택서비스의 한계를 넘어서 전문인력의 간호가 필요한 노인들이 이용하고 있으며, 1994년 현재 수용된 인원은 전체노인의 약 1.4% 정도이다. 영국의 노인보건의료의 방향은 시설에서 보호받는 것보다는 가정 내에서 서비스를 받도록 하는 Neighborhood Support Unit의 개념이 도입되고 있다. Support Worker에 의해 집안일, 청소, 장보기, 세탁, 운전등의 서비스가 제공되며, Home Warden이나 Home care에 의해 하루에도 몇 번씩 방문되며 노인들의 필요를 충족시키도록 하고 있다.

3) 일본의 노인보건복지

일본의 65세 이상 노인인구는 전체인구의 약 14.1%를 차지하고 있으며, 평균수명은 80세이다. 1963년 노인복지법을 제정하였고, 1983년에 노인보건법이 제정되어 노인의 건강과 복지를 위해 일관된 보건의료체계를 구축하고 있다. 노인복지법에 의한 노인복지 시설 서비스에는 노인복지시설 서비스와 재가노인복지사업이 있다. 노인보건의료 서비스를 제공하는 시설로는 노인병원과 중간시설인 노인보건시설이 있으며 노인 보건사업으로는 일관된 노인보건의료체계를 구축하기 위해서, 의료 이외의 보건사업으로 건강수

침의 교부, 건강교육, 건강상담, 건강진단 및 검사, 기능훈련, 방문간호가 설정되어 노인보건법의 중심적인 사업이 되었다. 1989년 고령자 보건복지추진 10년 전략 즉 골드플랜이 책정되었으나, 1994년 12월 고령자 보건복지추진 10년 전략의 전면적인 개선을 하기 위해 지방 노인복지 계획의 일환으로 신골드플랜을 추진 하였다. 신골드플랜에 의해 가정봉사원 파견등의 재가복지서비스의 적극적인 추진, 특별 양호노인 홈 등에서의 입소결정사무를 지방자치단체에 이양하고 노인보건복지계획의 작성, 노인 건강유지사업을 촉진하기위한 전국규모의 범인지정, 유료노인복지시설에 대한 지도 감독이 강화되었다. 일본은 고령화의 속도가 너무 빨라서 2010년에는 고령자의 비율이 21.3%로 세계 1위가 될 것으로 예측되므로, 노인을 위한 제반 서비스를 제공할 수 있는 계획을 추진하고 있다.

Ⅲ. 결론 - 우리나라 노인 간호의 발전방향과 과제

노인은 어떤 연령군보다 건강문제가 많아 의료비 사용을 많이하는 집단이다. 그러나 노인들은 어떤 간호대상자 보다도 높은 건강증진의 효과를 기대할 수 있는 집단이기도 하다. 간호사들은 지역사회와 시설에 있는 건강한 노인 및 질환 노인의 건강증진을 위해 건강한 생활습관의 유지, 자가간호를 위한 교육과 상담 등의 건강증진 프로그램운영, 노인의 간호중재 방법의 연구 개발, 가정방문 간호사업의 활성화등 다양한 노력을 해야 할 것이다. 간호사의 이러한 노력은 건강한 노인 및 질환노인의 건강을 증진시킬수 있어 국가적인 수준에서 국민건강증진의 성취가 가능하며 날로 증가하는 국민의료비의 경감효과도 있을 것이며, 더불어 간호계의 위상도 높일 수 있을 것이다. 앞으로의 노인간호 발전을 위하여 시설서비스와 간호역할, 재가노인 서비스와 간호역할, 교육 및 연구의 추진의 순서로 살펴보고자 한다.

1. 시설서비스와 간호역할

노인의 복지 및 건강과 관련된 시설로는 양로 및 요양시설과 노인병원, 노인 보건시설등이 있다. 노인복지법에는 노인복지시설로서 양로 및 요양시설(무료시설, 실비시설, 유료시설)과 노인복지회관, 실비 혹은 유료 노인복지주택등 9종으로 규정되어 있다. 노

인 양로시설은 노인을 입소시켜 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설로 규정되어 있고, 노인양로시설은 노인양로시설에서 제공하는 서비스뿐만 아니라 입소노인에게 치료서비스도 제공하는 시설이다. 노인 복지관은 현재 우리나라 정부정책에 의해 늘어나고 있으나 그 안에 건강관련 프로그램이 거의 없는 상태이며 특히 간호사가 일할 수 있는 장은 전혀 마련되어 있지 않으므로, 노인의 건강증진을 위한 간호를 할 수 있는 정책적 지원을 받을 수 있도록 간호계가 함께 노력해야 한다. 정책입안자들을 움직일 수 있는 방안으로 간호실무자와 간호학자들이 연대하여 보건소 산업장, 노인대학, 보건진료소등에서 노인대상으로 건강증진활동을 시작하고 이 활동의 결과를 연구를 통하여 검증하고 그 결과를 기록된 자료들로 남기는 것이 필요하다.

그 외에 노인환자의 급성기에 입원 가료하는 전문병원인 노인병원, 그리고 노인환자의 증상이 안정기에 이르러 병원에서의 입원 가료의 필요는 없으나 재활의료, 간호 등을 중심으로 하는 의료와 돌봄이 필요한 노인으로서, 가정에 복귀하기 위한 훈련, 준비를 위한 시설인 노인보건시설등이 있다.

1) 양로 및 요양시설 서비스

현재 노인 복지 시설은 <표 3>과 같이 양로시설 102개소, 요양시설 63개소, 총 165개소에 13,032명을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 있다. 그런데 현재 시설의 수용율은 69%로서 낮은 수준이다. 이는 시설 입소요금의 부담, 요양시설에 대한 인식부족, 시설생활에 대한 부정적 이미지, 시설입소자 자격기준의 엄격성, 전통적 가치관에 의한 시설 입소 기피등의 이유라고 할 수 있는데, 이러한 문제가 해결되면 현재 수준의 시설공급은 실제의 예상수요에 크게 못미친다고 한다(최성재, 1995; 송미순, 1997).

<표 3>에서 보는 바와 같이 생활보호대상자나 저소득자를 위한 노인복지시설의 수용현황을 살펴보면 노인요양 시설의 경우 시설당 평균 68명을 수용하고 있고, 실비 노인요양시설에는 평균 38명의 노인들이 입소하고 있는 것으로 나타나고 있어 65세 이상 생활보호대상자 노인 인구 190,835명중 극히 일부만 입소되어 있는 것으로 나타나고 있다(박영배, 1997).

현재 요양시설에는 경증, 중증의 질환노인, 치매 등 여러 종류의 환자가 혼합수용되어 있어 환자특성에 맞는 적절한 요양이 충분히 제공되지 못하며, 시설중

〈표 3〉 노인복지시설 현황(1996)

	양로시설				요양시설				합계
	무료	실비	유료	계	무료	실비	유료	계	
시설수	87	3	12	102	50	12	1	63	165
정원	6,801	150	774	7,725	4,478	777	62	5,317	13,032
현원	4,628	82	348	5,058	3,401	502	35	3,938	8,996
현원/정원(%)	68.0	54.7	45.0	65.5	75.9	64.6	56.5	74.1	69.0

자료 : 보건복지부(1997). 보건복지백서.

사자들이나 전문인들의 어려움은 물론 피수용노인들 상호간에도 피해가 있다. 따라서 노인복지시설을 대상자의 질병종류, 상태의 수준에 따른 요구수준에 맞추어 보다 전문화된 요양시설로 분류 설치하여야 할 필요가 있다.

노인복지시설 서비스에서 입소시설의 경우 지금의 숙식위주인 양로원형태는 노인간호호흡의 형태로 바뀌어지는 것이 좋으며, 이 시설에는 노인 전문간호사가 배치되어야 할 것이다(조유향, 1998).

정부는 급격하게 증가하는 노인의료비 부담에 효율적으로 대처하기 위하여 간호양로원, 치매전문병원, 재택진료 등 노인보건의업을 지속적으로 확충하고 이들에 대한 보험수가를 개발하여 단계적으로 보험급여를 할 계획이므로 앞으로 간호사의 역할은 보다 많아질 것이다. 문의 연구(문옥륜, 1995)에서 제시된 요양원병상의 수요추정에서도 24,411개 병상이 필요한 것으로 추계되어, 이러한 병상수에 해당되는 간호사가 필요하게 된다. 그러므로 노인간호 전문인력의 충원이 필요하며, 새로운 양상의 노인복지시설에서 제공되어야 할 서비스도 노인의 요구에 맞도록 프로그램화 되어야 할 것이므로 이 역할을 담당할 간호인력의 양성은 시급하다.

동시에 노인복지시설에서 근무하는 간호사에 대한 처우도 개선되어야 하겠다.

2) 노인병원 및 노인보건시설 서비스

1996년 한국보건사회연구원의 조사에서 현재 노인 질환에 대한 진료기능을 시행하고 있다고 보고되고 있는 기관들은 총 11개이다.

앞으로 노인전문병원과 치매병원이 설치, 운영되고 실버산업이 확대될 경우, 노인간호전문인력이 매우 필요하다(문현상 외, 1996 : 조유향, 1998).

의료관련분야는 의료에 대한 수요가 큰 폭으로 증대되고 있으며 단순히 병원시설 내에서 노인의 치료

를 행하는 의료기관 뿐만 아니라 다른 실버관련 분야와 연계하여 복합기능(유료양로원과 같은 주거시설 등과 연계한 주거+의료의 복합기능)을 갖거나, 주택케어와 서로 보완적인 관계를 유지하여야 한다(김수춘 외, 1996)고 한 바 있어 실버산업의 확대는 필연적이다.

문의 연구(문옥륜, 1995)에서는 노인의료비의 초고속증가, 만성질환으로 인한 노인 삶의 질 저하, 의료보험제도의 제한성, 노인의료시설의 부재로 인한 병상활용의 비적절성, 노인간병기능의 취약성, 노인의료수요의 미충족, 노인보건에 대처할 전문인력의 부족을 문제점으로 지적하면서 노인병원병상의 수요를 추정하고, 노인의료시설의 인력 및 시설규모에 대해 뒷받침되어야 한다고 언급하며, 가정간호제도와 노인건강관리사업의 활성화가 요구됨을 밝힌 바 있다. 이에 노인병원병상의 수요추정에서는 2000년에는 8,137개(저 추계)-11,656개(고 추계) 병원병상이 필요한 것으로 예측되어 결국 노인간호전문가가 육성되어야 하는데, 노인성 질환에 따른 전문적인 서비스의 제공을 위해서는 필수적이다(조유향, 1998).

노인들은 병,의원에서 가정이나 복지시설로 바로 퇴원하기 어려운 사례가 많을 것인데, 이런 경우에 복지서비스와 의료서비스의 중간서비스를 받을 수 있는 중간시설의 역할이 필요할 것이다.

이러한 중간시설로서 일본의 노인보건시설이 있는데 이곳은 정원 100인당 의사 1인이 상근하는 요양시설로서 1994년 현재 893개소에서 75,862병상을 보유하고 있다.

우리나라도 중간시설에 해당하는 시설이 필요할 것이며, 보건소나 보건진료소를 활용하는 방안을 생각해 볼 수 있으며, 이 시설에서 간호사의 역할 확대를 통하여 노인보건에 이바지할 수 있는 기회도 생각할 수 있다.

2. 재가노인 서비스와 간호역할

우리나라 노인의 99.7%는 지역사회에서 생활하고 있으며, 인구의 고령화로 인해 노인인구의 건강유지 및 증진과 삶의 질 수준을 향상시키려는 요구가 증대되고 있다. 그러나 만성질환을 가진 노인 및 외상노인 등 요보호노인의 증가, 가족 구성원 수의 축소, 여성의 사회진출로 인한 부양역식의 변화에 따라 가정의 수발능력이 저하되므로 재가 복지 서비스의 확충은 긴요한 사업이라 하겠다(김수춘 등, 1995). 노인복지법(1993)에는 재가노인복지사업으로 가정봉사원 파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업을 규정하고 시, 도지사의 허가를 받아 실시하도록 규정하고 있으나 주로 저소득층을 대상으로 하는 시범사업의 수준에서 행하고 있으나 앞으로는 일반 노인을 대상으로 지역사회에서 총괄적 노인복지서비스를 지속적이고 연계적으로 제공하여 지역사회에서 건전하고 보람있는 삶을 유지시키는 데 도움을 주는 노인종합복지관, 주간보호소 및 단기보호소 등 재가노인 복지시설의 확대 등 재가노인 서비스 확대가 필요하다. 이외에도 보건소의 방문간호사업을 포함한 노인보건사업과 가정간호사제도에 의한 가정간호사업이 실시되고 있다.

1) 가정봉사원 파견 서비스

정부에서는 노년세대 중 저소득층이나 정신적 신체적 장애가 있는 자를 대상으로 그들이 가정에서 원만한 일상생활을 영위할 수 있도록 재가 노인복지사업을 실시하고 있다. 1987년부터 민간노인복지기관인 한국노인복지회가 처음 시작하였고 1993년에 노인복지법을 개정하여 그 사업 기준도 명료화하여 개인이나 민간기업들이 재가노인 복지서비스 사업에 참여할 수 있도록 하였다.

가정봉사원의 파견센터는 1997년에 49개소 두고 있으며 점차 확대하여 기초자치단체에 1개소씩 운영할 계획으로 있다(이성국, 1998). 이밖에 전국의 사회복지관에는 238개의 재가 복지 봉사센터를 설치하여 가정봉사원 파견사업을 실시하고 있다(한국사회복지관 협회, 1995). 또한 중산층 이상의 노년을 대상으로 한국노인 복지회와 여성신문교육원에서 유료가정봉사원 서비스를 실시하고 있다. 노인복지법에 근거한 가정봉사원 파견 서비스는 현재 20시간 및 40시간의 교육을 받고 1997년 현재 약 3800여명의 무급 및 유급 가정봉사원이 파견되어 정신적 신체적 이유로 혼자서

일상생활을 하기 곤란한 재가노인을 대상으로 말벗, 청소, 거동부축, 식사, 목욕, 간병, 병원안내 등 각종 생활편의를 제공하는 서비스를 제공하고 있다. 그러나 재가노인 복지서비스는 가장 중요한 서비스인 건강보호 서비스, 즉 방문의료 서비스가 제외되어 있는 것이 문제라고 지적되고 있으며(한국노인 복지회, 1997) 따라서 간호서비스의 요구가 충족되지 못한다는 점을 감안할 때 복지와 간호가 통합되어 간호측에서의 접근이 하루 빨리 이루어져야 할 것이다(조유향, 1998).

2) 주간 보호 서비스 및 단기보호서비스와 간호역할
재가복지사업으로는 부양가족이 질병이나 출장 등 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 노인을 낮 동안 혹은 수일간 입소시켜 필요한 여가선용과 교양 등 각종 서비스를 제공하는 주간보호(day-care)사업과 단기보호(short-care)사업을 실시하고 있는데, 1997년 현재 40개소에서 2000년까지는 각각 시, 군, 구별로 1개소씩 확충해 나갈 계획이다. 주간보호 사업은 1992년에 처음 설치되어 1997년 현재에는 25개소의 주간보호 시설에서 1일 15명 전후의 심신 장애 노인을 오전 10시부터 오후 4시까지 실비로 보호하고 있다. 사회 복지 시설이나 가정봉사원 파견사업 기관에서 병설하는 경우에는 주간 보호 시설의 직원배치 기준은 사업 기관의 장, 사회복지사(생활보조원), 물리치료사(간호조무사), 사무원, 취사부, 보조원(운전기사)등인데 완화 적용해 주고 있다. 문제점으로는 아직 전국적인 수준에서 Day Service가 이루어지지 못하고 있으므로 서비스의 대상과 프로그램의 제한성을 들 수 있으며, 서비스 제공자의 양성과 훈련, 이송 서비스 체계의 확립이 필요하다. 그리고 이런 시설에도 간호사가 간호 서비스를 제공하여야 함이 마땅하다(조유향, 1998).

3) 보건소와 재가노인 간호서비스

1995년에 서울시 및 32개 통합시의 보건소에서는 지역 보건계 또는 방문보건계를 설치하고 방문 간호 사업을 실시하였는데 다른 지방 자치 단체의 보건소로 확대되고 있다. 특히 1995년부터 1997년까지 5개 지역 보건소에 사회 복지 전담 요원을 배치하여 복지 사업과 보건 사업을 연계하는 보건복지 사무소 시범 사업을 실시하여 이 결과 전국적으로 확대할 계획으로 있는데 이렇게 될 경우 보건소 단위의 가정 간호

사업은 더욱 활성화될 전망이다. 앞으로 가족계획, 모자 보건, 결핵관리 및 급성 전염병 관리에 대한 수요가 감소함으로써 생긴 보건소 체계의 여력을 만성 퇴행성 질환관리와 노인 보건으로 전환해야 하는데(이성국, 1998) 보건소 간호 인력과 보건 진료원을 활용하여 가정 간호 사업을 활성화해야 할 것이다.

치매 상담 센터의 역할을 하고 정신 보건 활동을 활성화하는 보건소에서 현재 다양한 요구에 대한 충족은 곤란할 것이다. 그러나 보건소는 적극적으로 노인 보건 사업을 전개하여 노인의 건강 유지 및 건강 증진을 도모하여야 하며 보건 지소 또는 보건진료소에서 노인 간호 서비스가 제공되도록 하는 것이 필요하다. 왜냐하면 농촌 지역에 노인이 많으며 소규모 단위로 서비스가 제공되는 것도 바람직하기 때문이다. 그리고 주간 서비스가 제공될 수 있도록 간호사가 프로그램을 개발하고 접근시켜야 할 것이다. 이미 일본은 노인 보건법에 근거하여 매주 보건의간호사가 재할 프로그램 및 다양한 주간 서비스를 제공하고 있다.

치매 노인의 부양 부담을 경감해 줄 수 있는 지지 및 보완적 서비스를 체계적으로 제공해 주도록 조정하는 역할을 하는 것이 지역 사회 간호 사업의 중요한 과제로 지적된 바 있어(대한간호협회, 1997) 치매 노인 관리와 더불어 만성 퇴행성 질환자 관리와 노인 보건 관리를 위해 보건소 간호인력과 보건진료원, 가정 간호사 등을 활용하여 재가 노인 간호 서비스를 제공함이 바람직하다.

3. 교육 및 연구의 추진

앞에서 언급한 노인복지 및 보건의료 시설에서의 서비스와 더불어 재가노인을 위한 서비스에서 간호영역을 담당하기 위해서는 노인간호인력이 준비되어야 한다. 문(1995)도 앞으로 노인간호전문인력의 육성은 노인성 질환의 특성에 따른 전문적인 서비스의 제공을 위해서는 불가피하다고 지적한 바 있다.

노년학자 Brody(1985)에 의하면 이제 건강분야에 입문하는 사람은 앞으로 그의 실무시간의 반이상을 노인을 대상으로 사용하게 될 것이라고 하였다. 미국에서 노인인구가 12%이던 1985년에 조사된 바에 의하면(Brower, 1985) 병원 간호사는 근무시간의 49.1%, 요양원은 96%, 가정간호사는 85%의 근무시간을 노인을 대상으로 일하고 있다고 한다. 미국과 유럽

등 노인인구의 비율이 아시아 지역에 비해 월등히 많은 지역에서는 이미 오래 전부터 노인간호는 중요한 전문분야로 인정되어 왔으나 이러한 지역에서도 노인간호학이 노인간호교과과정에 포함된 역사는 얼마되지 않는다(Brower, 1985).

우리나라도 65세 이상 노인 인구가 1996년 전체인구의 약 5.8%이며, 2000년에는 6.8%, 2020년에는 5%가 될 것으로 전망하고 있다. 그러므로 노인간호의 교육 및 훈련이 긴급한 실정으로 빠른 시일내 노인전문간호사가 양성되는 것이 필요한 시기이다.

우리나라에서는 간호대학에서 이제 노인 간호학 과목을 독립과목으로 운영하고 있는 학교도 점차 많아지고 있으나, 우리나라의 상황과 문화에 보다 더 적합한 노인간호 교과과정이 개발될 필요가 있다. 그리고 이들 과목을 운영하는 학교나 앞으로 개설하려고 계획하는 학교에서 문제로 생각되고 있는 것은 크게 두 가지로 볼 수 있는데, 첫째는 노인간호분야에 훈련받은 교육자의 부족이며, 두 번째는 교수, 학생, 그리고 졸업생이 가진 노인과 노인관련 분야에 대한 부정적 태도(송미순, 1995)라고 지적되고 있다. 위의 두 문제의 해결책으로 첫째 문제는 우리보다 먼저 노령화사회에 진입한 외국의 노인간호를 참고하는 것이 필요하나, 노인집단은 다른 어떤 집단보다도 그 지역의 문화적 특징을 강하게 유지하고 있는 간호대상자이므로, 서양보다는 우리와 문화적 유사성이 많은 아시아권의 노인간호학을 더욱 많이 참고하는 것이 바람직하다. 노인간호교육자 양성은 미국에서 초기에 사용되었던 방법을 참고로 하여 기존의 지역사회 간호학 교수나, 성인간호학 교수들에게 몇 주간의 워크샵을 이용하여 노인간호학을 교육시키는 방법등도 활용할 수 있다. 둘째 문제인 노인에 대한 부정적 태도로 인하여 노인을 대상으로 일하기를 기피하며 불가피하게 노인을 대상으로 일할 때는 질적으로 낮은 간호를 하게 되므로, 학생, 교수, 간호사들이 노인에 대해 긍정적인 태도를 가지도록 노력해야 한다. 그러므로 학생들도 아픈 노인보다 건강한 노인을 대상으로 먼저 실습하게 하는 등 긍정적 태도를 함양할 필요가 있다(송미순, 1995).

노인간호 전문인 양성을 위해서는 우선 정규 교과과정에서 노인간호학을 교육하는 한편 국가고시 과목으로 선정하거나(조유향, 1997), 전문간호사의 일환으로 노인간호학 전공과정의 설치도 고려되어야 할 것으로 본다. 간호교과과정에 노인간호학 과목이 포

함되기 전까지는 노인간호 계속교육이 필요하며, 이 미 대한간호협회는 수차례 걸쳐 노인간호 및 치매노인간호에 대한 보수교육이 실시한 바 있다. 대학원 교육에서는 노인간호 전문가로서 독자적 역할을 수행할 수 있는 노인간호 전문가의 배출이 필요하다.

1997년 12월에는 노인전문간호사제도에 대한 필요성도 제기되었다. 대한간호협회는 앞으로 노인전문간호사 제도의 법제화를 1999년까지는 마무리 짓게 될 것으로 전망하고 있다(최영희, 1998).

1999년은 유엔이 정한 노인의 해로서 유엔의 노인정책이 정해지면, 우리나라는 우리나라의 사회, 문화, 정치, 경제 상황에 맞게 한국의 노인정책이 수립될 전망이다.

이를 위해 미국에서 활동하고 있는 Gerontological Nurse Practitioner개념을 도입하여 노인전문 간호사를 양성할 필요가 있다. 이러한 전문간호사가 20년 이상 활동해 온 미국에서의 성공사례(Schultz etc, 1998; 송미순, 1995)가 시사하는 바가 크다. 이들 보고서에 의하면 노인건강문제의 특성 때문에 care의 개념을 가지고 훈련받은 노인전문간호사는 만성질환을 가진 노인들이나 혹은 건강한 노인들을 대상으로 일할 때 노인요양원, 노인병원, 노인복지관, 가정간호기관, 주간노인보호소등에서 어떤 의료인보다 효율적으로 일할 수 있었다고 한다(송미순, 1995).

간호연구는 노인간호학을 발전시키고, 노인간호실무를 확립하고 발전시키기 위해 매우 시급히 요구되고 있으나 우리나라의 현실과 문화에 알맞는 노인간호 연구는 매우 부족한 실정이라서 전과 옥(1992)은 우리나라 노인간호연구는 이론정립이 미비하여 과학적인 지식체의 정립과 적용이 필요하며, 과학적인 이론의 확립과 그를 위한 연구가 필요하다고 지적한 바 있다. 간호학은 응용과학으로서 노인 간호학도 생물, 행동, 사회, 건강 관리, 의학, 환경, 심리학 등 많은 전공 영역에 걸쳐 있으므로 다학문적 접근이 필요하다. 노인 간호 연구 주제는 다양하며 노화와 관련된 노인 생리, 노인의 가족 관계, 사회적 지위, 경제 상태에 대한 이해, 노인 보건 의료의 수요와 공급 및 제도의 개선, 모든 간호 환경 안에서 안녕에 대한 중재, 건강 교육 프로그램 개발 및 효과 측정, 운동 등과 같은 건강 증진 개발 및 효과 측정 등 노인 간호 요구와 관련된 많은 문제들이 연구 주제가 될 수 있으며, 노인 간호학자들이 같은 개념으로 지속적 연구를 수행하는 태도를 가지는 것도 바람직한 방향으로 볼 수

있다. 우리나라의 상황과 문화에 적합한 노인간호연구가 이루어지고 노인간호 교과과정이 개발되며, 노인간호 전문가가 양성되어 지역사회에 거주하는 노인이나 시설에 있는 노인의 요구에 알맞는 보살핌이 이루어져야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 김수춘 등 (1995). 노인복지의 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원, 12.
- 김신월 (1997). 지역사회 노인보건사업. 대한보건협회지, 23(1), 15-20.
- 김정순, 권자연 (1996). 요양원 노인의 신체적, 인지적, 사회적 기능상태에 관한 연구. 지역사회 간호학회지, 7(2), 216-228.
- 대한간호협회 (1997). 치매환자간호. 보수교육교재.
- 문옥륜 (1995). 노인보건제도와 노인간병 요양원제도 개발의 과제와 전망. 한국노년학, 15(1), 181-212.
- 배창주 (1997). 노인보건사업. 대한보건협회지, 23(1), 14.
- 보건간호사회 (1994). 노인건강관리.
- 보건복지부 (1997). 보건복지백서.
- 보건사회부 (1991). 노인복지 종합대책.
- 보건사회연구원 (1994). 아시아지역의 노인복지정책 및 노인생활실태 비교 자료. 정책연구.
- 서미경 (1996). 노인 치매 정책의 현황과 과제. 노인복지정책연구-한국노인문제연구소. 115-150.
- 송건용 (1994). 노인보건을 위한 정책 과제. 21C 노인을 위한 복지 건강 의료 심포지움에서 발표. 1994.5.28.
- 송미순 (1995). 아시아 태평양지역 노인간호 발전 방향 패널토의-교육, 실무. 아시아 태평양지역 간호학술대회: 노인간호의 정책과 전망. 365-372.
- 송미순 (1996). 와상노인환자의 간호. 한국노년, 노인병, 노화학연합회 학술대회, 한국노년, 노인병, 노화학 연합회. 174-186
- 송미순 (1996). 노년기의 건강 증진-보건의료체계의 변화와 건강증진. 서울대학교 간호과학 연구소. 1996.10.11.
- 신건희 (1996). 노인보건정책의 창출과정과 과제 및 전망. 한국노년, 노인병, 노화학 연합회 학술대회. 51-80.

- 신흥권 (1997). 노인보건사업. 대한보건협회지, 23(1), 11-13.
- 이가옥 외 (1994). 노인생활실태분석 및 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 이선자 (1994). 노인보건의료 관리 모형. 한국보건간호학회지, 8(2).
- 이선자 (1997). 재가노인복지시설 표준모델 및 운영 프로그램 개발에 관한 연구. 서울특별시.
- 이성국 (1998). 고령화 사회의 보건복지정책. 노인간호의 전망. 계명대 간호과학연구소. 13-28.
- 이인수 (1996). 장기보호시설의 개발에 관한 연구Ⅱ. 한국노년, 노인병, 노화학 연합회 학술대회. 126-142.
- 이흥운 (1997). 보건학종합학술대회, 대한보건협회.
- 조유향 (1995). 노인과 관련된 정책 및 연구의 발전 방향. 아시아 태평양지역 간호학술대회: 노인간호의 정책과 전망. 373-394.
- 조유향 (1997). 일본과 한국의 노인의료산업과 간호사의 역할. 간협신보, 12.
- 조유향 (1998). 노인보건의료복지 서비스의 동향과 간호사의 역할. 노인간호의 전망. 계명대 간호과학연구소. 29-43
- 최영희 (1995). 한국의 노인문제와 관리방향. 아시아 태평양지역 간호학술대회: 노인간호의 정책과 전망. 321-333.
- 최영희 (1998). 노인전문간호사 제도의 방향. 노인간호의 전망. 계명대 간호과학연구소. 1-12.
- 최수정 등(1995). 한국인의 건강과 의료이용실태 -1995년도 국민건강 및 보건의식행태조사. 한국보건사회연구원.
- 통계청 (1997). 한국의 주요경제지표.
- 한국노인복지회 (1997). 재가노인복지사업 - 이론과 실제 -. 홍익제, 5.
- 한국보건사회연구원 (1995). 고령화 사회를 위한 노인 복지의 실천과제.
- 한복기 (1997). 한국노화연구의 현황 및 미래. '97장수과학 국제 심포지움.
- 한상태 (1994). Health promotion and wellbeing for the elderly. 한국노년, 노인병, 노화학 연합회 학술대회. 7-16.
- 현인숙 (1997). 지역사회 노인보건의료체계 개발에 관한 연구. 인제대학교 대학원 보건학 박사학위논문.
- 황진수 (1996). 재가노인복지사업의 제도화 전달체계 - 지방자치시대의 재가노인복지사업 활성화방안 - 제7회 노인복지 워크샵. 한국노년학회, 서울특별시.
- Charlotte Eliopoulos (1990). Caring for the Elderly in Diverse Care Setting. J.B. Lippincott.
- Hooyman & Kiyak (1996). Social Gerontology. Allyn & Bacon.
- Horan, M.A. & Brouwer Adriaan (1990). Gerontology. Edward Arnold.
- Mariah Snyder (1993). Seminar for Gerontological Nursing. Seoul National University Hospital Nursing Service Department.
- Matteson, M.A. & McConell, E.S. (1988). Gerontological Nursing. W.B. Saunders Co.
- Schultz etc. (1980). Longitudinal study of nurse practitioner : Phase III. Bethesda, MD : U.S. Dept. of Health, Education and Welfare.
- Weiner, M.B. etc. (1987). Working with the Aged. Appleton-Century-Crofts.

—Abstract—

Key concept : Geriatric Health Problem, Health Status of the Aged, Health Care and Welfare of the Aged, Improvement on Geriatric Nursing

Geriatric Health Problems and Directions for Nursing Improvements

*Kim, Hee Ja**

The elderly population will increase from 5.8% in 1996 to 12.5% in 2020. The related problems of health will also become a very important issue in the future. Therefore it is important to address the problems of geriatric nursing and geriatric health.

87.6% of the aged were ill with chronic degenerative diseases in 1994. In 1995, hospital admission rates(86.8) for those aged 60 or older were higher than that (56.3) of the total age group. Such high medical utilization will increase national health costs.

For the development of geriatric nursing, ac-

tive nursing intervention in various settings combined with education and research should be developed.

Considering the health and welfare of the aged and the present status and views in Korea, I suggest the following :

First, the health needs of the elderly in the institution, must be met by a plan that fosters geriatric nurses and programmed service development.

Second, health service for the residential elderly must be provided in day care centers, short stays, nursing homes and geriatric hospitals. Geriatric nursing services should be provided in home residential areas, public health centers, public health subcenters as well as having, community health practitioners in primary health care posts and home health nurses.

Third, geriatric nursing curriculum must be developed adjust to situations and culture of Korea and be included in the nursing curriculum. And gerontological nurse practitioner or geriatric specialist must be fosteraged to provide the professional care for the aged. Geriatric nursing research should be also achived for geriatric nursing improvements.

* Department of Nursing, Chong Ju National College of Science and Technology