

2018

# 도시노인의 건강증진을 위한 지역사회서비스 강화 방안

Strengthening Plan of Community Services to Improve Health  
Status of the Elderly in Seoul

서울연구원 | 서울의료원 | 서울특별시공공보건의료재단



**도시노인의 건강증진을 위한  
지역사회서비스 강화 방안**

## 연구책임

손창우 서울연구원 도시사회연구실 연구위원

## 연구진

김윤수 서울특별시공공보건의료재단 지역보건사업부 연구위원

김규상 서울의료원 환경건강연구실장

김정아 서울연구원 도시사회연구실 연구원

이은주 서울의료원 환경건강연구실 연구원

---

# 목차

<b>01 연구개요</b>	<b>2</b>
1_연구배경 및 목적	2
2_연구내용 및 방법	6
<b>02 지역사회 보건복지통합서비스 동향</b>	<b>12</b>
1_서울시 보건-복지연계 사례	12
2_일본 지역포괄케어 사례	20
<b>03 서울시 노인의 건강관리 실태</b>	<b>24</b>
1_응답자 기본 특성	24
2_건강수준 및 건강행태	26
3_지역사회자원 이용 실태	27
4_건강정보 미충족 현황	45
5_도시노인 건강관리 영향요인 분석	48
<b>04 지역사회자원 활용 강화를 위한 정책제언</b>	<b>56</b>
1_민간자원의 참여를 통한 공공성 및 책무성 강화: ‘서울케어-건강돌봄’ 사업을 중심으로	56
2_질병중심에서 포괄적 노인건강관리로의 전환	62
3_취약노인을 중심으로 한 서울시 보건의료 자원배분	63
4_노인친화 디자인 공인 확충	64
<b>참고문헌</b>	<b>67</b>
<b>Abstract</b>	<b>69</b>

## 표 목차

[표 1-1] 조사 설계	6
[표 1-2] 주요 조사 내용	7
[표 3-1] 응답자 기본 특성	25
[표 3-2] 지역사회자원 구분	27
[표 3-3] 지역사회자원 이용 현황 분석 내용	27
[표 3-4] 서울시 노인의 의료기관 이용 목적 및 이용 빈도	36
[표 3-5] 서울시 노인의 구청 및 동주민센터 이용 목적 및 이용 빈도	38
[표 3-6] 서울시 노인의 야외공간 이용 목적 및 이용 빈도	40
[표 3-7] 서울시 노인의 공공체육시설 및 민간체육시설 이용 목적 및 이용 빈도	42
[표 3-8] 의료기관 및 건강관리 정보 세부영역	46
[표 3-9] 지역사회자원 이용과 만성질환 관리	51
[표 3-10] 지역사회자원 이용과 걷기 실천	53
[표 4-1] 장애인거주시설·정신요양시설·노숙인시설·노인의료복지시설 촉탁의 제도 비교	59

---

# 그림 목차

[그림 1-1] 전 세계 국가의 건강수명 지도	2
[그림 1-2] 주요국의 건강수명 추이	3
[그림 1-3] 서울시 노인의 'Healthy Aging in Place'	5
[그림 1-4] 앤더슨 모형을 적용한 도시노인 건강관리 영향요인 분석	9
[그림 2-1] 서울케어-건강돌봄의 비전·목적·전략	14
[그림 2-2] 건강돌봄서비스 제공체계도	16
[그림 2-3] 보건과 복지의 서비스연계 협력 프로세스	19
[그림 2-4] 지역포괄 구축 예시	21
[그림 3-1] 서울시 전허약(pre-frailty) 및 허약(frailty) 노인 인구 비율	26
[그림 3-2] 서울시 노인 연령대별 보건소 도보 이용률(1.4km 이상)	28
[그림 3-3] 서울시 노인 보건소 이용률 및 이동수단 이용률	29
[그림 3-4] 서울시 노인 연령대별 의원 및 병원 도보 이용률(1.4km 이상)	30
[그림 3-5] 서울시 노인 의원 및 병원 이용률 및 이동수단 이용률	31
[그림 3-6] 서울시 노인 연령대별 한의원 및 한방병원 도보 이용률(1.4km 이상)	32
[그림 3-7] 서울시 노인 한의원 및 한방병원 이용률 및 이동수단 이용률	33
[그림 3-8] 서울시 노인 연령대별 종합병원 도보 이용률(1.4km 이상)	34
[그림 3-9] 서울시 노인 종합병원 이용률 및 이동수단 이용률	35
[그림 3-10] 서울시 노인 구청 및 동주민센터 이용률 및 이동수단 이용률	39
[그림 3-11] 서울시 노인 야외공간 이용률 및 이동수단 이용률	41
[그림 3-12] 서울시 노인 공공체육시설 이용률 및 이동수단 이용률	43
[그림 3-13] 서울시 노인 민간체육시설 이용률 및 이동수단 이용률	44
[그림 3-14] 현재와 미래의 지역사회 건강정보 제공자	46
[그림 3-15] 서울시 노인들의 미충족 건강정보	47
[그림 3-16] 앤더슨 모형을 적용한 도시노인 건강관리 영향요인 분석	49

[그림 4-1] 서울케어-건강돌봄을 중심으로 본 서울시 지역사회 내 보건의료자원 연계	61
[그림 4-2] 보건지소/건강생활지원센터의 향후 기능	62
[그림 4-3] 노인친화 디자인 공원 해외 사례: 독일, 일본	65
[그림 4-4] 학교운동장 야간 개방 및 교내 비상 호출벨 설치	65



01

## 연구개요



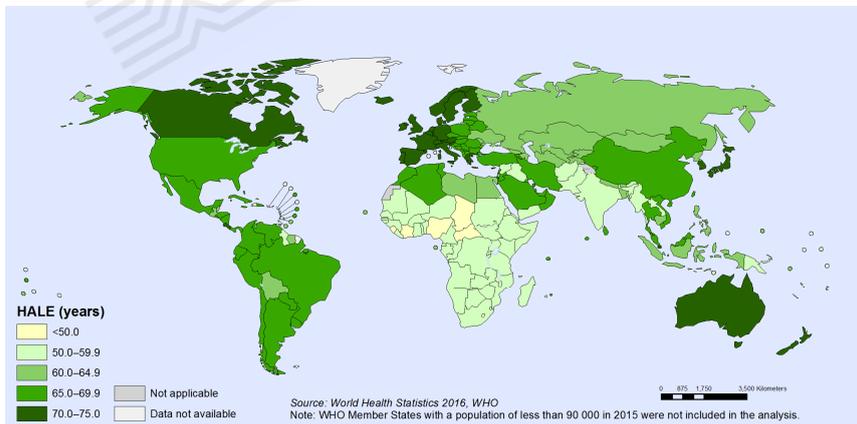
1\_연구배경 및 목적

2\_연구내용 및 방법

# 01. 연구개요

## 1\_연구배경 및 목적

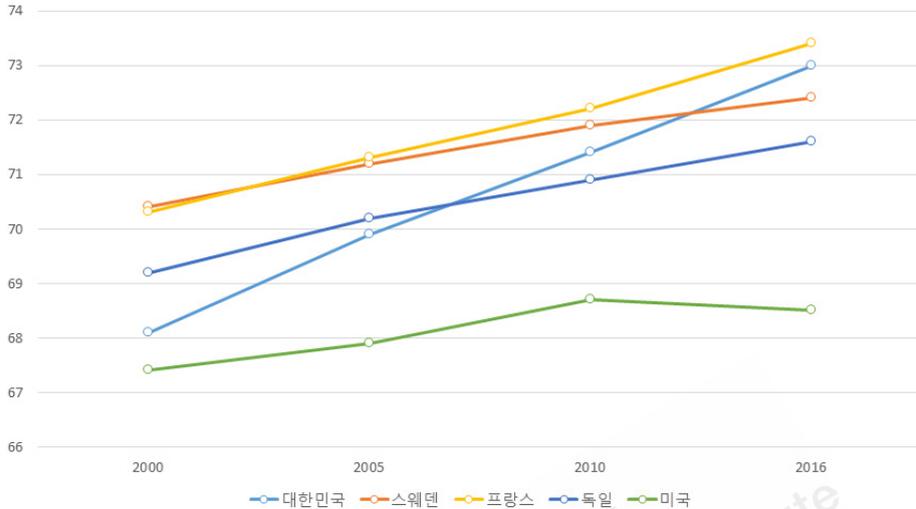
전 세계의 기대수명은 소득 및 교육수준, 거주환경, 의료기술 등의 발전으로 인해 매해 증가하고 있으며, 2016년 현재 전 세계 평균 기대수명은 72.0세이다. 지금까지 인류는 오래 사는 것, 장수(長壽) 그 자체를 중요시하며, 기대수명을 늘리는 것에 초점을 맞춰왔다. 그러나 최근 들어 선진국을 중심으로 인간의 존엄성을 유지하면서 살아가는 것, 건강하게 오래 사는 것을 국가의 주요 보건정책목표로 삼고, 건강수명(Healthy life expectancy)의 증대를 강조하고 있다. 현재 전 세계 평균 건강수명은 63.3세로 기대수명과 약 8.7세의 차이가 있다. 대륙별로는 아프리카 국가의 건강수명이 낮고, 유럽을 중심으로 한 서양 국가의 건강수명이 높다고 알려져 있으며, 실제로 아프리카 남성의 최저 건강수명(51.1세)은 유럽 여성(70.5세)과 19.4세 차이가 난다.



[그림 1-1] 전 세계 국가의 건강수명 지도

출처: WHO, 2019, Global Health Observatory data repository

한편, 우리나라의 건강수명은 2016년 기준 73.0세로 2000년 이후 크게 개선되는 추이를 보이고 있으며, 유럽의 주요 선진국과 비교하더라도 낮지 않은 수준이다<sup>1)</sup>.



[그림 1-2] 주요국의 건강수명 추이

출처: WHO, 2019, Global Health Observatory data repository

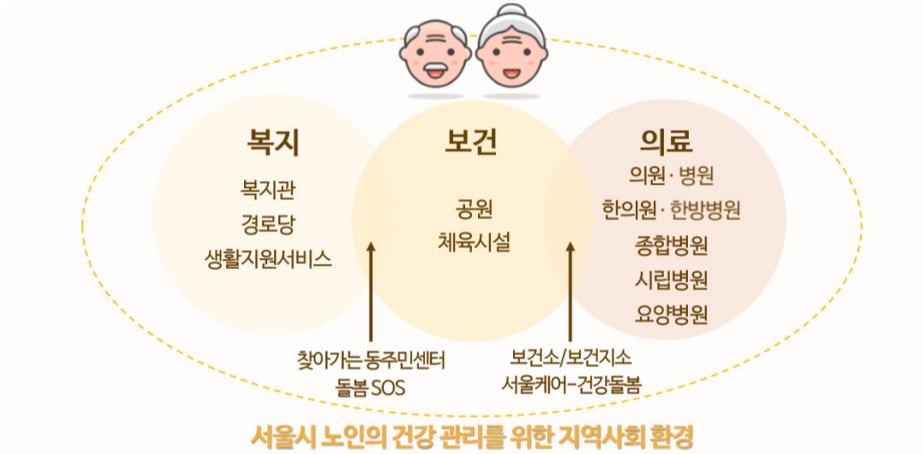
위와 같이 최근 통계를 통해 한국 노인의 건강수명이 지속적으로 증가하는 것을 확인할 수 있음에도 불구하고 여전히 대한민국의 기대수명과 건강수명은 약 10년의 차이를 유지하고 있다. 다시 말해, 대한민국 노인들의 생의 마지막 10년은 장애를 동반한 삶을 살아야만 하는 것을 의미한다. 반대로 말하면 노인들의 건강한 노년을 위해서는 기대수명과 건강수명의 격차를 줄이고, 질병을 예방하고 관리할 수 있도록 하는 것이 매우 중요하다. 모든 노인은 마지막 생애기간 동안 만성질환에 유병되어 질병으로 고통을 받게 되는데, 이러한 만성질환은 건강수명을 감소시키는 주요 원인으로 알려져 있으며, 특히 고혈압, 관절염, 뇌졸중 등이 노인 건강수명 감소에 기여가 큰 질병들로 알려져 있다(조민우, 2015). 우리나라의 천식 및 당뇨병 유병률과 같은 만성질환 유병률은 OECD 국가 평균의 2배 이상 높은 수준이나, 일차의료를 중심으로 한 만성질환 관리는 여전히 선진국 수준에 비해 미흡한 수준이다(OECD, 2017).

이러한 맥락에서 2018년 대한민국 사회에는 보건·복지·의료서비스 연계를 강조하는

1) 2016년 기준 주요 선진국의 건강수명: 프랑스 73.4세, 스웨덴 72.4세, 독일 71.6세, 미국 68.5세

‘커뮤니티케어(Community Care)’가 도입되었다. 구체적으로 커뮤니티케어란 ‘케어(Care)’를 필요로 하는 사람들이 자택이나 그룹홈 등 지역사회에 살면서, 개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하려는 혁신적인 사회서비스 및 그 체계를 의미한다. 따라서 이를 달성하기 위해서는 노인들이 그들의 욕구에 맞는 보건·의료·복지 서비스를 이용하고 거주지에서 계속 살 수 있도록 하는 것이 선행되어야 할 것이다. 구체적으로는 노인을 위한 주거·의료·재가서비스·식사 등의 생활 지원 서비스, 이동을 위한 교통지원 등 삶의 전반에 걸친 사회서비스의 노력이 필요하며, 이에 대한 서울시 노인의 실태를 확인하고 개선방안을 모색하는 것이 본 연구의 목적이기도 하다.

다만 연구 목적상 지역사회 노인 건강을 위한 정책적 범주를 보건 및 의료서비스로 제한하였으며, 노인의 만성질환 관리, 걷기 실천 영향요인을 심층 분석하였다. 평상시 만성질환이 잘 관리되지 못하여 질병이 중증화될 경우, 결국 지역사회를 떠나 요양시설에 거주하게 되거나 종합병원과 같은 전문 의료시설을 이용할 수밖에 없다. 반대로 그 과정에서 지역사회 자원을 필요에 맞게 효율적으로 잘 활용한다면 만성질환의 중증화를 늦추어 노인들의 삶의 질을 높일 수도 있다. 서울시의 경우, 보건과 복지 연계서비스를 제공하는 지역사회 자원은 동주민센터를 중심으로 제공되고 있으며, 노인에 대한 스크리닝 및 자원 연계는 ‘서울시 찾아가는 동주민센터’ 사업에서 수행되고 있으며, 보다 깊은 상담 및 사례관리는 ‘돌봄 SOS 센터’를 통해 제공될 예정이다. 또한 공원과 지역 체육시설을 이용하여 건강증진활동을 하는 것이 일반적이고, 보건소를 통해 일차적인 의료서비스 및 보건서비스가 제공되고 있으며, 최근 ‘서울케어-건강돌봄’ 사업을 통해 마을의사, 간호사를 비롯한 건강돌봄팀을 구성하여 보건 및 일차적인 의료서비스를 통합적으로 제공하고자 시도하고 있다. 마지막으로 의료서비스는 대부분의 서비스가 민간을 통해 제공되고 있으며, 지역사회에서는 의원을 중심으로, 중증질환은 종합병원을 중심으로, 만성 및 생애 말기진료는 요양병원을 중심으로 이루어지고 있는 현실이라고 할 수 있다(그림 1-3) 참조). 한편, 노인은 노화 등으로 인해 이미 신체기능 상태가 저하되었을 가능성이 크고, 설사 그렇지 않다고 하더라도 무리한 신체활동과정에서 골절 등의 사고를 겪게 되면 회복이 더디고 상황에 따라서는 합병증에까지 이를 수 있어 걷기와 같은 운동강도는 낮지만 꾸준한 운동이 노인에게 더 적합한 운동방법이라고 할 수 있다. 게다가 걷기는 고립된 노인을 집 밖으로 이끌어내는 효과도 있어, 이들의 정신건강 증진 측면에서도 기대되는 편익이 많다고 할 수 있다.



[그림 1-3] 서울시 노인의 'Healthy Aging in Place'

## 2) 연구목적

본 연구는 서울시 노인의 건강증진을 위한 지역사회자원 강화를 목적으로 수행되었으며, 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 서울시 노인들의 전반적인 건강수준 및 건강행태를 조사한다.

둘째, 건강관리를 위하여 노인들이 현재 이용하고 있는 보건 및 의료서비스 이용 현황을 파악한다.

셋째, 이용 서비스 유형에 따른 지역사회의 공간적 범위를 확인한다.

넷째, 지역사회 내 의료정보제공자는 누구인지를 확인한다.

다섯째, 노인 만성질환 및 걷기 실천 영향요인을 분석하여 건강한 노년을 위한 서울시 보건정책을 제안한다. 특히 연구의 엄밀성, 정책적 실효성을 담보하기 위해 서울연구원, 서울의료원, 서울시 공공보건의료재단이 본 연구를 공동으로 연구를 수행하였다.

## 2\_연구내용 및 방법

본 연구에서는 선행문헌 검토, 설문조사, 전문가 자문회의, 솔루션 포럼(전문가 토론회) 등의 결과를 바탕으로 결론을 도출하였다. 설문조사는 서울시 거주 만 65세 이상 노인 500명을 대상으로 2019년 2월 19일부터 3월 15일까지 가구 방문 면접조사를 진행하였다. 설문조사 대상 선정 과정은 두 단계로 먼저 서울시 내 5대 권역 별로 각 100명씩 임의로 표본을 추출하였다. 이후 두 번째 단계에서 찾아가는 동주민센터 이용 여부에 따라 계층을 나누어 다시 임의로 표본을 추출하여 최종 설문조사 대상자를 선정하였다. 구체적으로 찾아가는 동주민센터 이용 어르신은 이용자 명부를 바탕으로 200명 무작위로 선정하였으며 비이용 어르신은 5개 권역별로 연령별 임의할당 추출 방법을 통해 300명을 선정하였다([표 1-1] 참조).

[표 1-1] 조사 설계

구분	내용
조사 대상	서울시 거주 65세 이상 노인 - 찾아가는 동주민센터 이용자 및 비이용자
조사 방법	가구방문 면접조사
표본 추출	찾아가는 동주민센터 이용자: 이용자 명부를 바탕으로 무작위 추출 찾아가는 동주민센터 비이용자: 5개 권역별 연령별 임의할당 추출
유효 표본	총 500명(이용자 200명, 비이용자 300명)
표본오차	95% 신뢰수준에서 $\pm 4.38\%$ p
조사 기간	2019년 2월 19일 ~ 3월 15일

설문조사 문항은 한국의료패널, 고령화연구패널, 노인실태조사 등의 2차 자료 문항을 바탕으로 노인이 이해하기 쉽게 맥락화 하였고, 지역사회자원 이용 등의 문항은 연구진 회의와 자문회의를 거쳐 새롭게 개발하였다. 구체적인 설문조사 문항은 다음과 같다([표 1-2] 참조).

[표 1-2] 주요 조사 내용

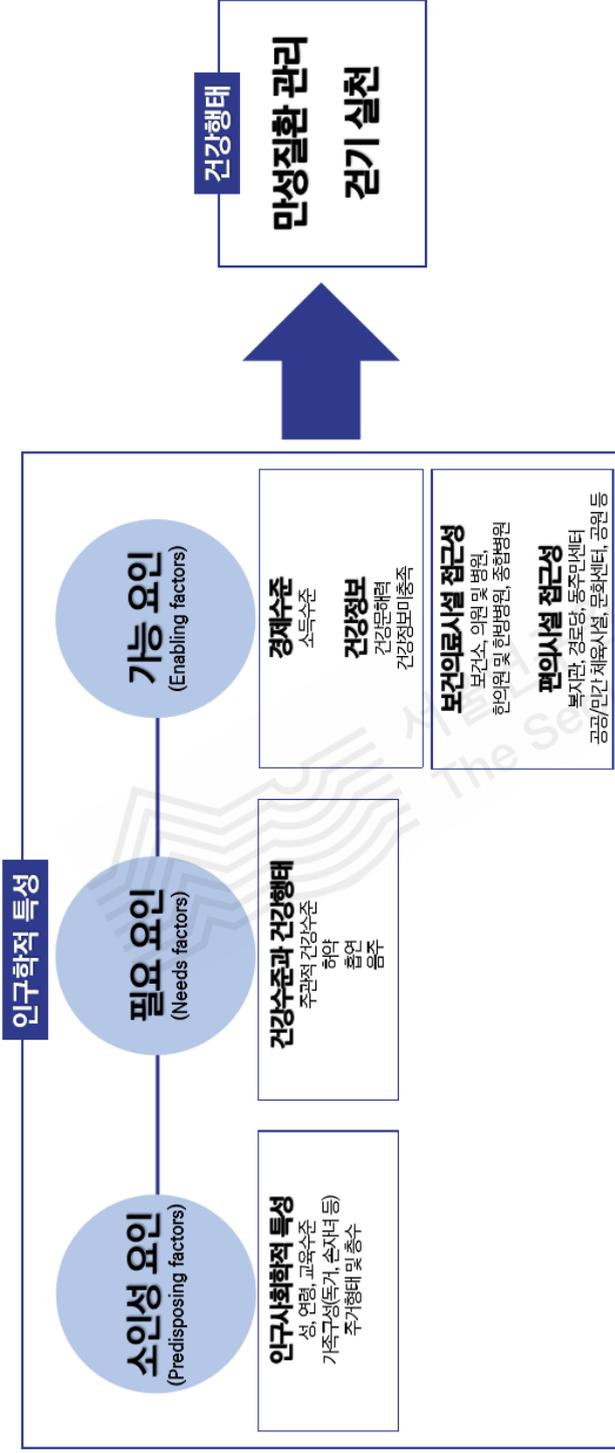
구분	항목
응답자 특성	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 거주지역, 성별, 연령별</li> <li>○ 찾아가는 동주민센터 이용여부</li> <li>○ 서울시 거주기간</li> <li>○ 주택형태, 층수, 주거 점유형태</li> <li>○ 가구원 수, 배우자 유무, 가족 구성</li> <li>○ 가구소득, 주 소득원, 경제수준</li> <li>○ 학력, 수급대상여부, 노인장기요양보험 판정, 민간의료보험 가입</li> </ul>
건강 기초조사	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 음주 여부 - 음주 횟수, 음주량</li> <li>○ 흡연 여부</li> <li>○ 최근 일주일 동안 30분 이상 걸었던 날</li> <li>○ 평소 건강상태, 동년배 대비 건강상태</li> <li>○ 허약 정도</li> <li>○ 스트레스 정도</li> <li>○ 만성질환 여부 및 치료 여부</li> </ul>
사회적 관계	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 평소 연락 또는 만남을 가장 많이 하는 사람-1, 2순위</li> <li>○ 평소 점심을 주로 먹는 사람-1, 2순위</li> <li>○ 평소 어려운 일이 있을 때 가장 의지하는 사람-1, 2순위</li> <li>○ 도움을 받지 않은 이유</li> </ul>
지역사회 자원 이용	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 의료기관(보건소, 의원/병원, 한의원/한방병원, 종합병원)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 이용 여부, 이용목적, 이용빈도, 이용수단, 이용시간, 만족도 등</li> </ul> </li> <li>○ 공공여가시설(복지관, 경로당, 구청/동주민센터)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 이용 여부, 이용목적, 이용빈도, 이용수단, 이용시간, 만족도 등</li> </ul> </li> <li>○ 체육/문화시설(공공체육시설, 민간체육시설, 문화시설)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 이용 여부, 이용빈도, 이용수단, 이용시간, 만족도 등</li> </ul> </li> <li>○ 기타(야외공간, 편의시설, 지하철, 버스)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 이용 여부, 이용빈도, 만족도 등</li> </ul> </li> </ul>
건강 책임인식, 건강문해력, 건강정보 접근성	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 건강에 영향을 미치는 요인-1, 2순위</li> <li>○ 건강문해력</li> <li>○ 건강관련 정보를 받은 경험 - 받지 못한 이유</li> <li>○ 건강관리 및 증진을 위한 정보 필요도 및 충족정도</li> <li>○ 지역사회 질병, 건강관리, 의료기관 정보제공 시 희망하는 주체 등</li> </ul>
경제활동 및 주관적 계층인식	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 수입이 있는 일 여부                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 종사상 지위, 일을 하는 이유</li> </ul> </li> <li>○ 주관적 계층인식                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 성인 이전 기간, 청/장년기, 노년기</li> </ul> </li> </ul>

연구내용은 크게 세 가지로 서울시 거주 노인을 대상으로 한 설문조사 결과를 바탕으로 서울시 노인의 건강관리 현황과 건강관리에 미치는 영향 요인을 분석하였다. 각 연구에 대한 구체적인 내용과 방법은 다음과 같다.

첫째, 서울시에 거주하는 노인의 건강관리 현황을 파악하기 위해 건강수준, 지역사회 자원 이용 현황, 정보 접근성, 정보 필요도 및 충족도를 살펴보았다. 설문내용 중 지역사회자원 이용 현황과 정보 접근성은 1) 환경 및 장소, 2) 건강증진활동 및 의료이용, 3) 지역의 조정자 세 가지 측면에서 분석하였다. 구체적으로 ‘환경 및 장소’ 측면에서 도시노인이 이용하는 보건기관, 복지기관, 체육시설 등에 대해 이동수단 및 시간, 방문횟수 등을 질문하였다. 이와 함께 ‘건강증진활동 및 의료이용’ 측면에서 현재 도시노인이 이용하는 지역사회자원을 어떠한 목적으로 이용하고 있는지, 예방접종, 질병 치료, 만성질환 관리 등으로 나누어 분석하였다. ‘지역의 조정자’는 공공, 민간, 지역사회, 가족 등 도시노인에게 건강관리, 의료이용 정보를 제공하는 주체를 분석하였다.

둘째, 앤더슨(Anderson, 1973)이 제시했던 의료이용 모형을 활용하여 서울시 노인의 건강관리에 미치는 영향 요인을 도출하였다(그림 1-4 참조). 앤더슨이 제시한 의료이용 모형은 1) 소인성 요인, 2) 필요 요인, 3) 가능 요인 차원에서 의료이용에 영향을 미치는 요인들을 파악하는 것으로 ‘소인성 요인’ 측면에서는 성, 연령, 교육수준, 가족구성(독거 및 손자녀 가구 등), 주거형태 및 층수, 과거 및 현재 직업, 주관적 계층인식(성인 이전 기간, 청·장년기, 노년기)을 분석하였고 ‘필요 요인’ 측면에서는 신체건강 및 정신건강, 만성질환, 장기요양보험 등급 여부, 허약 등의 건강수준과 건강책임인식이 어디에 있는지를 분석 내용에 포함하였다. ‘가능 요인’ 측면에서는 경제수준, 건강정보, 보건의료시설과 편의시설 접근성 세 가지로 나누어 분석하였다. 구체적인 변수로는 소득수준, 주관적 경제수준, 민간보험 가입 여부 등을 경제수준에 포함하였으며, 소득수준은 가구원 균등화 소득<sup>2)</sup>으로 재계산하여 소득 상위(1~33번), 중위(34~66번), 하위(67~100번) 그룹으로 재분류하였다. 건강정보 영역에는 건강문해력, 건강정보 미충족을 포함시켰으며, 마지막으로 보건소, 병원 및 의원 등 보건의료시설 접근성과 복지관, 구청 및 동주민센터 등 편의시설 접근성 관련 변수를 분석모형에 포함하였다.

2) 가구원 균등화 소득 =  $\frac{\sqrt{\text{동거인수(가구원수)}}}{\text{가구원소득의중위수}}$



[그림 1-4] 앤더슨 모형을 적용한 도시노인 건강관리 영향요인 분석

02

## 지역사회 보건복지통합서비스 동향



- 1\_서울시 보건-복지연계 사례
- 2\_일본 지역포괄케어 사례

## 02. 지역사회 보건복지통합서비스 동향

### 1\_서울시 보건-복지연계 사례

#### 1) 서울시 찾아가는 동주민센터와 방문건강관리사업

서울시 찾아가는 동주민센터(이하 찾동) 사업은 ‘주민이 만드는 복지공동체, 주민과 함께 하는 동주민센터’에 대한 비전을 갖고 지역의 사회안전망을 강화하고 주민자치를 구현하고자 하는 목표를 달성하기 위해 2015년 7월, 13개 자치구 80개 동을 대상으로 시작되었다(서울시 복지포털, 2017). 찾동 사업은 복지, 건강, 마을, 행정의 4개 분야로 구분하며 2019년에는 25개 자치구, 424개 동에서 진행되고 있다. 서울시 어르신 방문건강관리사업은 고령사회에 대비하여 지역사회에 거주하고 있는 65세 이상의 노인을 대상으로 보편적인 가정방문과 건강 설계, 지속적인 맞춤형 방문건강관리, 주민과 어르신의 참여 및 의료와 복지 등의 자원연계를 시행하고 있다. 이를 통해 어르신의 건강수준을 향상시키고 의료비와 사회적 비용을 절감하며, 건강형평성을 제고하고 사회 연대성을 강화하는 것이 목표이다. 어르신 방문간호사는 배치된 동에서 동단위로 지역진단을 포함한 건강사업을 기획하고, 65세와 70세 도래 어르신 전수를 대상으로 보편적인 가정방문을 한다. 대상자에게 건강문제가 발견된 경우에는 건강위험도에 따라 지속적인 건강관리 서비스를 제공하고, 필요 시 맞춤형 지역자원을 연계하도록 하는 것을 필수 사업내용으로 하고 있다. 또한 65세 이상 건강고위험 어르신을 선택적으로 가정방문하고, 빈곤위기가정에게 방문건강관리 서비스를 제공하며 소집단 건강프로그램을 운영하고 있다. 마지막으로 어르신의 지역사회 참여 촉진을 위한 참여건강사업도 선택적으로 하도록 하고 있다(찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼, 2017).

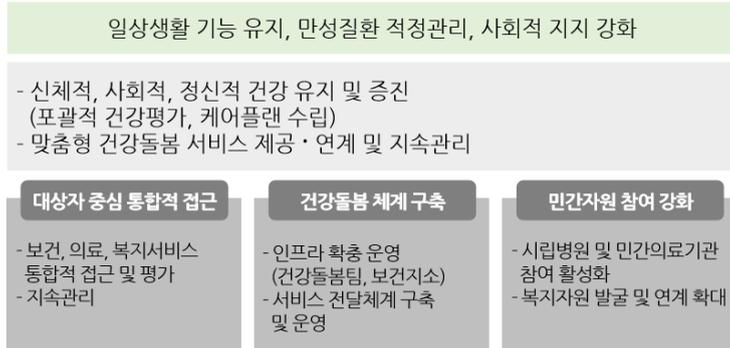
기존의 방문보건사업이 경제적 취약성을 지닌 인구집단이 대상이었다면 찾동 방문건

강관리사업은 노화, 고립, 소외계층인 노인 인구를 대상으로 하며 ‘건강’을 매개로 대상자와 만나서 개인의 건강뿐 아니라 자발적인 지역사회에 참여를 유도하는 플랫폼이 될 수 있었다. 또한 전문성을 가진 간호사가 방문간호를 수행함으로써 찾동 사업에 대한 평가와 친밀도가 타 프로그램보다 매우 높아, 건강을 개인의 이슈에서 지역사회 이슈로 전환할 수 있는 주민들의 공감대가 확대되고 있다. 하지만 찾동 사업은 기존의 취약계층을 대상으로 방문관리사업과는 다르게 건강문제가 없는 인구집단의 건강관리와 나아가 지역주민들의 건강을 돌보는 체계를 구축하는 것을 주목표로 하고 있기 때문에 이에 상응하는 새로운 형태의 방문관리에 대한 확대된 형태의 개념 정립이 필요하다. 또한 지역사회 내의 다양한 기관들과의 연계성 및 지속성이 확보되지 않은 문제 등에 대한 확실한 자리매김과 네트워크 구축 등도 해결되어야 할 중요한 문제이다. 마지막으로 현재의 찾동 사업은 다양한 영역의 서비스를 한꺼번에 대상자에게 제공하는 것으로 각 영역에서 서비스 제공자 간의 소통과 조정이 사업의 성패를 좌우할 정도로 중요할 것이다(백희정, 2017).

## 2) 서울케어-건강돌봄 사업

건강돌봄은 2018년 3월 발표된 ‘건강서울 조성 종합계획’의 핵심과제이다. ‘서울케어-건강돌봄’은 고령사회에 건강을 중심으로 대상자를 포괄 평가하여 체계적으로 관리하는 전국 최초 통합 돌봄서비스로, 시민 누구나 정든 지역에서 건강한 노후 보내기를 실현해 나간다는 목표를 가지고 있다(그림 2-1) 참조). 이 사업은 대상자가 서비스를 찾아 나서는 대신 ‘건강돌봄팀’ 전문가들이 집에 방문해 대상자에게 맞춤형 서비스를 포괄적으로 제공하기 위해 마련되었다. 건강돌봄팀은 마을의사를 중심으로 간호사, 사회복지사, 영양사, 운동치료사, 정신건강전담요원으로 구성되며, 대상자의 신체적, 정신적, 사회적 문제점을 포괄적으로 평가한 뒤 대상자의 요구에 맞게 ‘케어플랜’ 설계를 목표로 하고 있다. 또한 서울시 자치구 의사회와 협력해 환자의뢰 및 회신체계를 활성화해 나갈 계획이다. 2018년 10월, 4개 자치구(은평, 노원, 관악, 성동)에서 시행하고 있으며 2019년에는 10개 자치구로 확대, 2022년까지 25개 전 자치구에서 시행할 예정이다(찾아가는 건강돌봄서비스 사업안내서, 2018).

## 지역에서 건강한 노후 보내기



[그림 2-1] 서울케어-건강돌봄의 비전·목적·전략

### (1) 배경 및 현황

2017년 말 기준 우리나라 만 65세 노인 인구는 14.2%로 고령사회에 진입하였고 노인의료비의 급증과 장기요양비용의 증가로 2013년 건강보험에 의해 지출된 노인진료비는 건강보험 총 진료비의 34.5%를 차지하는 것으로 나타났다(건강보험통계, 2013). 만성질환을 세 개 이상 갖고 있는 국내 노인 인구 비율은 46.2%로, 평균 2.6개의 만성질환을 보유하고 있으며, 5.3개의 약을 복용하는 것으로 나타났다(노인실태조사, 2014). OECD 통계에 따르면 한국의 만성질환(당뇨병, 뇌혈관질환, 만성폐색성폐질환, 급성심근경색증 등) 사망 및 회피가능 사망률은 34.6%로 예방 분야가 취약한 것으로 판단된다(질병관리본부, 2017). 그동안 서울시 방문건강관리사업에는 사업에서 발굴된 건강 고위험군 및 시립병원 퇴원 후 지역사회로 복귀하는 환자의 적정관리를 위한 지역사회 기반 포괄적 건강돌봄서비스가 없어 질병악화 및 재입원의 악순환이 발생하고 있었다. 하지만 노후 돌봄에 대한 인식이 ‘가족’ 중심에서 ‘사회’와 ‘공공’이 함께 책임을 가져야 한다고 변하고 있으며, 대상자 중심의 포괄적 건강돌봄에 대한 커뮤니티케어에 대한 필요성이 증대되고 있다.

### (2) 추진경과

2016년 9월부터 찾동 방문관리사업에 대한 미비점을 보완하고 보건소 의사의 적극적인 참여 및 지역사회와 의료기관 연계에서 중심 역할을 수행의 중요성 등을 논의한

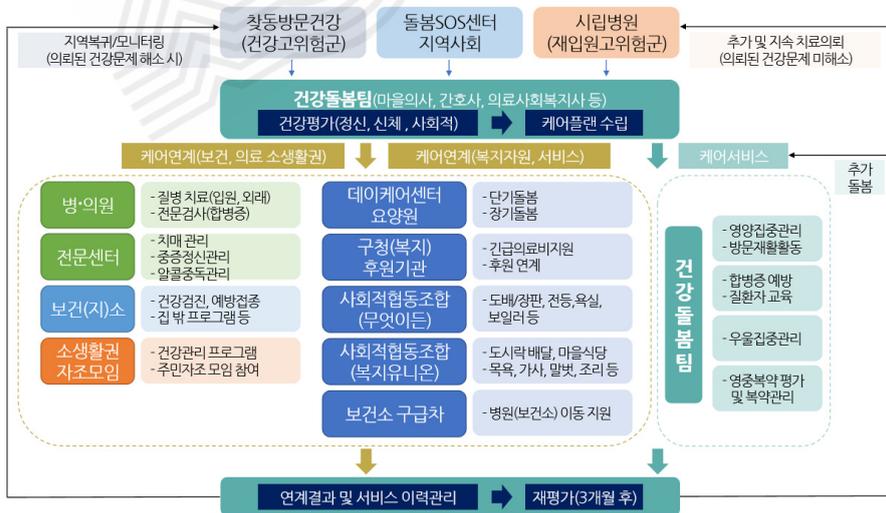
후 ‘서울형 안심돌봄 건강관리 서비스 제공 전달체계 마련 논의’를 시행하였다. 2017년 4월부터 평가도구 개발을 위한 전문가 자문과 의사 전문역량 강화를 위한 교육 콘텐츠 개발을 위한 자문을 진행하였고, 2018년 2월부터 보건소 의사 136명을 대상으로 노인 건강평가, 만성질환 관리, 약물 관리, 영양과 재활 관리, 지역사회 연계, 사례관리 등 총 18회의 역량강화 교육을 실시하였다. 서울시 공공보건의료재단은 2018년, ‘서울형 건강돌봄 네트워크 구축을 위한 형성 연구’, ‘퇴원환자 요구도 평가와 지역연계체계 개발 연구’, ‘서울형 보건의료자원 MAP’ 등의 연구를 진행하고, 연구결과를 정책에 반영했다. 또한 건강돌봄서비스 체계와 단계별 서비스 내용, 참여인력, 평가도구 활용법, 자원연계 및 지역자원 정보 등을 담은 매뉴얼을 개발하고 보급했다. 생활복지통합정보시스템에 ‘시민맞춤형 건강돌봄 메뉴’를 추가해 40여 종에 해당하는 평가, 케어서비스, 연계 등과 관련된 서식을 구현할 수 있도록 프로그램을 개발, 보급해서 효율성을 더했다.

서울시 관계자들은 일본의 ‘하치오지시 지역포괄케어 서비스’ 현장을 견학하여 실행에 대한 관련 자료를 보완하였고 보건소 운영개선 및 지역포괄케어 추진 필요성에 대해 보건소장, 의사회 등과 소통을 통한 공감대를 형성하였다. 또한 민간자원 연계체계 구축을 위해 서울시 의사회와 4회에 걸쳐 서비스 참여 범위와 절차 등에 대해 논의하고, 서울시 의료사회복지사회 등 유관단체와 사전협력체계 구축을 협의하였다. 2018년 7월 ‘2018 어르신 안심돌봄 건강관리서비스 추진계획’을 수립하여 4개의 시범 자치구(성동, 노원, 은평, 관악)를 선정하였다. 9월부터는 참여 자치구에 대한 컨설팅 및 전문가 자문 등을 진행하여 준비하였고, 10월부터 사업을 시범, 시행하였는데 11월부터는 특히 2주에 한 번씩 4개구(성동, 노원, 은평, 관악) 현장을 순회하면서 전문가, 실무자 및 서울시 담당자 등 40여 명이 모여 건강돌봄 사례 공유와 미비점 등에 대한 협의 회의를 진행하였다. 11~12월, 2개월 동안 4개구 운영 결과 59명의 가정을 방문해 포괄적 건강평가를 실시한 후, 38명의 대상자 맞춤형 계획을 수립하였고, 총 304회의 방문, 1,091건의 서비스를 제공·연계하였다(만성질환 관리 472건, 영양식품 지원 181건, 복지상담 234건, 의료기관 연계 20건 등). 또한 2019년 3월 7일에는 건강돌봄 선도적 추진에 힘써 온 자치구, 보건소, 시립병원, 서울시 의사회, 대한 노인병학회, 한국지역사회간호학회 등과 함께 ‘서울케어-건강돌봄 선포식’을 개최하고 시민들 앞에서 적극적 참여와 협력을 다짐하였다.

### (3) 사업내용

‘서울케어-건강돌봄’ 사업에서는 건강돌봄팀이 만성질환자나 퇴원환자 등 지역사회에서 발굴한 돌봄 대상 주민을 찾아가 사회적 욕구를 포함한 의학적 포괄평가와 건강관리 계획을 수립하고, 3개월의 건강돌봄 기간 동안 집중적으로 만성질환 관리, 영양 및 재활 서비스, 복지적 측면에서의 관리 등의 돌봄서비스를 진행한다. 이후 대상 주민의 생활 및 건강개선 상태를 재평가하고 지속적인 재돌봄이나 사회복귀 프로그램과 연계한다. 보건소, 민간의료기관, 정신건강복지센터, 치매안심센터, 건강생태계 주민건강 모임 등과 연계하거나 낙상 환경 개선, 이송 서비스, 도시락 배달, 돌봄서비스 등 지역의 다양한 자원과 협력해 지원하고 그 결과를 지속적으로 관리하는 통합돌봄을 목표로 한다([그림 2-2] 참조).

구체적인 이용 대상은 건강고위험군과 만성질환으로 일상생활에 어려움을 겪고 있는 서울시 노인으로 ①혈압, 혈당이 조절되지 않는 경우, ②치매·정신건강 상담 및 관리 대상 노인, ③고립·은둔형 등 사회적 취약계층으로 서비스가 필요한 노인, ④허약노인 및 영양집중 관리대상 노인, ⑤당뇨·뇌졸중·심근경색 입원력이 있는 고혈압·당뇨병 노인환자, ⑥시립병원에서 가정으로 퇴원하는 노인 중 재입원위험도 평가기준 7점 이상인 노인, ⑦약 복용 모니터링 등 집중개선이 필요한 노인, ⑧기타 지역사회 안착을 위해 건강돌봄서비스가 필요한 노인 등이 있다.



[그림 2-2] 건강돌봄서비스 제공체계도

#### (4) 향후 계획

서울시는 건강돌봄 대상자에게 찾아가는 접근성을 향상시키고 보다 전문적인 서비스를 제공하기 위해 건강돌봄 인프라 차원에서 보건지소를 확충(2018년 28개, 2019년 33개, 2022년 80개)한다는 방침이다. 인구 10~15만 명 당 1개소 규모로 균등하게 설치해 건강돌봄의 접근성을 높여 ‘지역 포괄케어 거점’기능을 수행하게 될 예정이다. 그동안 보건지소가 만성질환 예방관리와 주민참여형 건강증진 사업을 담당했다면 앞으로 모든 보건지소가 ‘건강돌봄’을 필수적으로 추진하며, 보건소가 보건지소 건강돌봄팀을 총괄하게 된다. 아울러 시립병원과 보건소 간 연계체계를 활성화해 신속한 서비스를 진행한다. 시립병원은 퇴원환자의 요구도 평가, 퇴원계획 수립을 통해 지역사회나 가정으로 복귀하는 환자 중 지속 관리가 필요한 경우 해당 지역 건강돌봄팀에 의뢰하고 모니터링 결과를 공유할 것이다. 건강돌봄의 이용자도 지역사회에서 발굴 의뢰된 복합만성질환자의 재입원 고입원군을 대상으로 우선 서비스를 적용하고, 앞으로 장애인·여성·장기요양 탈락자·대상자를 간병하는 가족을 대상으로 점차 확대될 예정이다. 사업지역도 2018년 시범사업이 실시된 4개 자치구를 시작으로 2019년 10개로 확대되었고, 2020년 15개구, 2020년 20개구, 2022년 25개구로 확대해 정착시킨다는 계획이다(서울시 보건의료정책과, 2019).

#### 2) 돌봄SOS센터 사업

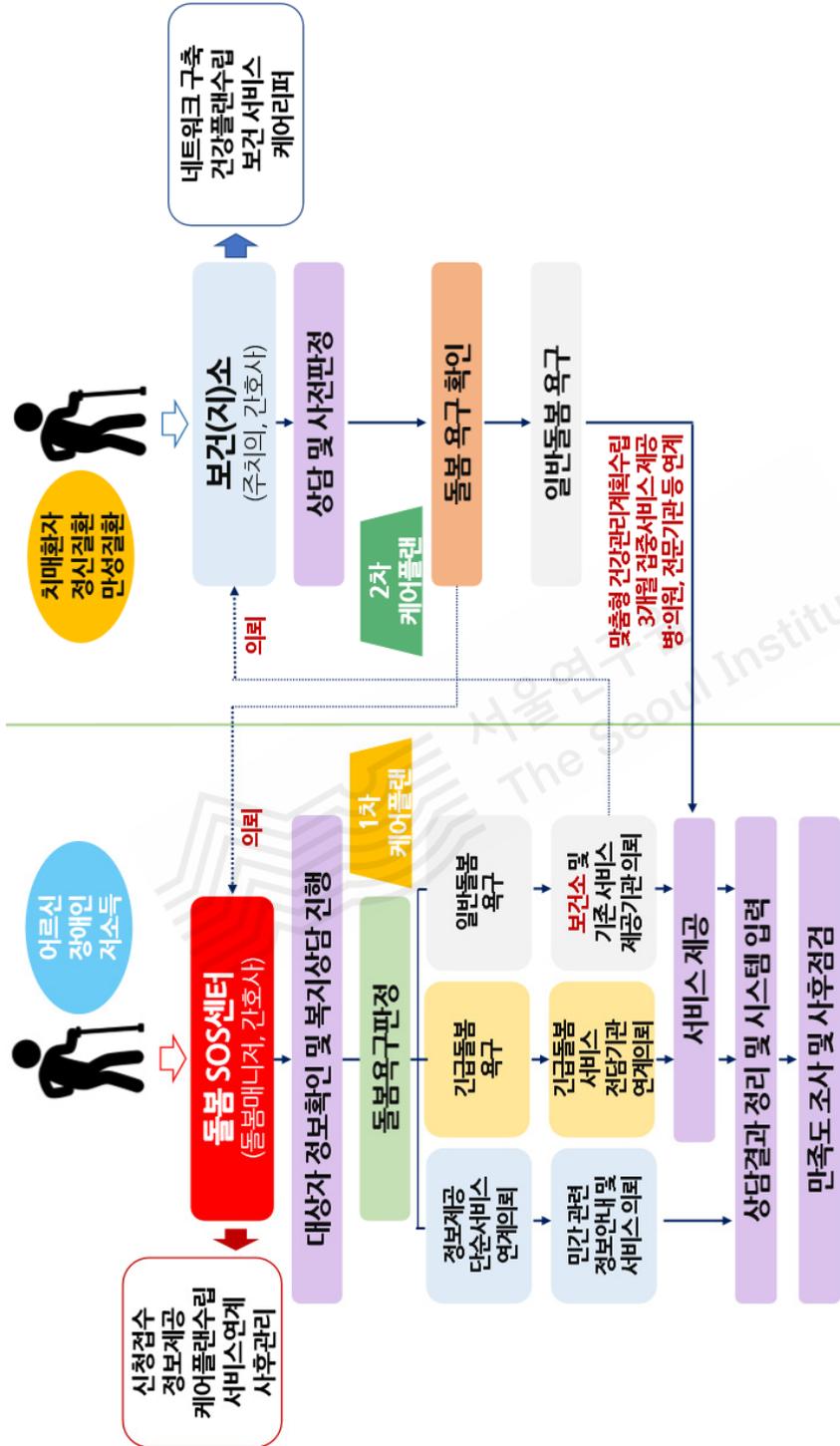
서울시는 2019년 7월, 동단위 ‘돌봄SOS센터’ 설치로 돌봄 사각지대를 위한 돌봄 혁신을 시범 시행하였고, 2020년 7월부터는 13개 자치구, 228개 동에서 돌봄SOS센터를 만나볼 수 있다. ‘돌봄SOS센터’는 갑작스런 질병이나 사고로 긴급하게 가사, 간병이 필요한 경우부터 병원방문동행, 형광등 교체 같은 일상적 도움까지 주민 개인의 돌봄 욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 원스톱으로 제공하는 복지·보건·의료 통합서비스 창구이다. 지역 내 서비스 제공기관과 사전협의를 통해 긴급 돌봄서비스 전담기관을 선정하여 돌봄 욕구에 따라 긴급돌봄, 일반돌봄, 일상편의 서비스로 구분하여 제공할 예정이다.

주민복지 최일선에 있는 ‘찾아가는 동주민센터’ 내에 설치·운영되며, 사회복지직과 간호직 공무원으로 구성된 전담인력 ‘돌봄매니저’가 배치된다. 어르신, 장애인, 치매환자 같이 돌봄 욕구가 있는 주민 누구나 전화나 방문 등을 통해 신청하면 ‘돌봄매니저’가 72시간 내로 직접 찾아가 필요한 서비스를 파악, 개인별로 적절한 서비스를 받

을 수 있도록 케어플랜을 수립하고 필요한 시설과 서비스를 연계해 준다. 서비스 이용 후에도 돌봄매니저가 만족도 조사와 사후점검을 통해 전 과정을 관리한다.

서울시는 2019년, 5개 자치구에서 시범사업(성동, 노원, 은평, 마포, 강서)을 시작하였고, 5개 자치구 시범사업(성동, 노원, 은평, 마포, 강서)을 시작으로 2022년까지 25개 전 자치구로 확대하겠다는 계획이다. '돌봄SOS센터'는 긴급 돌봄서비스 신설을 통한 제도권 밖 돌봄 사각지대 해소, '우리동네 나눔반장(가칭)' 서비스와 연계한 일상편의 서비스 제공, 복지-보건 통합적 접근을 통한 '서울케어'의 선도적 추진 기능을 하게 된다. 자격이 되지 않아 기존 제도권의 돌봄서비스를 받을 수 없는 대상자들을 위한 서비스로 돌봄 사각지대에 대한 공공의 책임을 강화한다. 장기요양등급 외 판정자(탈락자)나 홀몸 어르신(장애인)이 돌봄이 필요하다고 판단되는 경우, 요양보호사의 가사·간병 서비스를 연간 최대 5일간(필요시 최대 10일, 1회당 최대 3시간) 지원받을 수 있다. 서비스 비용은 소득에 따라 차등부담률이 적용된다.

또한 홀몸 어르신, 고령 부부 가구, 장애인 단독가구 등 일상적인 활동이 어려운 대상자에게는 '우리동네 나눔반장' 서비스를 연계해 편의서비스를 제공하게 된다. '우리동네 나눔반장'은 사회적 협동조합, 마을기업, 자활기업 같은 지역 내 사회적경제 기업이 병원방문 동행·도시락 배달·형광등 교체 같은 돌봄서비스 제공, 돌봄공동체 조성 과 지역사회 내 일자리 창출을 동시에 추구하는 사업이다. 서비스비용은 서비스 종류별, 소득수준별 차등부담률이 적용된다. 아울러 돌봄 욕구를 가진 대상자 대부분이 복지와 건강문제가 동반되는 경우가 많은 만큼 찾동 방문건강관리사업, 서울케어 건강돌봄 사업 등의 찾동방문간호사, 복지플래너, 보건지소 건강돌봄팀과의 긴밀한 협력을 통해 보건·복지통합케어플랜을 수립한다. 찾동 방문간호사가 65세 이상 어르신 및 1인 가구 등 건강취약계층 대상자의 건강 욕구 파악 시 '돌봄SOS센터'에 연계하고, 돌봄SOS센터 간호사는 건강돌봄 욕구판정 및 케어플랜 수립, 서비스 제공 사후관리 등 원스톱 돌봄서비스를 지원한다. 또한 찾동, 돌봄SOS센터를 통해 발굴된 건강고위험군 대상자는 서울케어 건강돌봄 사업의 건강돌봄팀의 찾아가는 통합건강관리서비스로 지속 관리를 강화한다(서울시 희망복지과, 2019).



[그림 2-3] 보건과 복지의 서비스연계 협력 프로세스

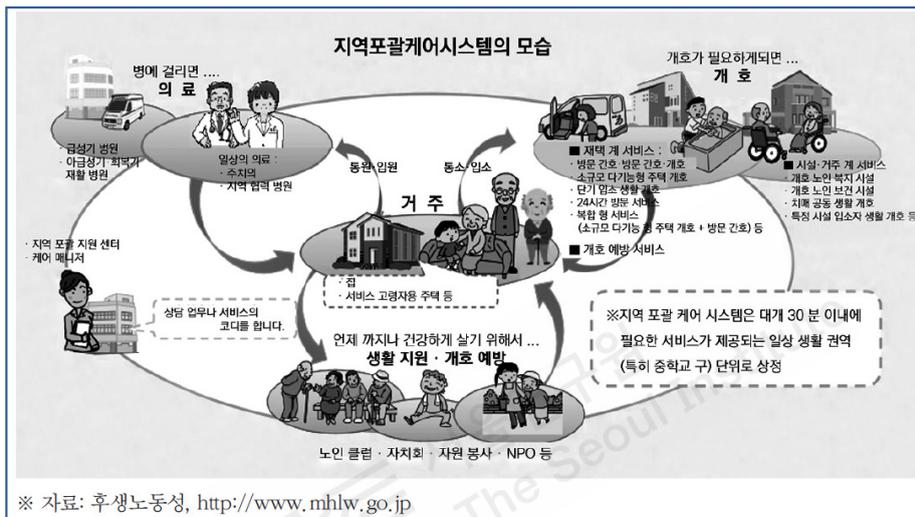
## 2\_일본 지역포괄케어 사례

국내 총인구 중 65세 이상 인구가 7% 이상을 차지할 때 고령화 사회, 14% 이상일 때 고령 사회, 20% 이상일 때는 초고령 사회라고 정의하고 있다. 일본은 1970년 고령화 사회, 1994년 고령 사회가 시작된 것에 비해 우리나라는 2000년 고령화 사회가 본격적으로 시작되고, 2017년에 고령 사회를 맞이하여 일본과 우리나라 사이에는 약 23년의 차이가 있다. 한편 일본은 2017년 초고령 사회를 넘어서고 있는데, 그동안 노인보건복지종합대책, 노인보건법, 개호보험, 고령자의료제도, 지역포괄케어 강화법안 등 노인을 위한 수많은 제도와 법률이 시행되었으며, 2011년에는 대대적인 사회보장체계 개편을 목표로 하는 2025모델이 고안되었다. 노인문제 대책으로 수많은 시행착오와 고민 속에서 최종적인 결론에 도달한 것은 지역을 기반으로 한 보건의료복지통합에 의한 포괄적인 커뮤니티케어 시스템(이하 지역포괄케어 시스템)이다.

지역포괄케어 시스템은 지금까지의 병원 중심 체제에서 지역 중심 체제로의 이동을 뜻한다. 또한 의료 중심에서 의료와 복지가 결합된 서비스를 말하며, 궁극적으로 시설 위주보다 재가서비스에 의해 자기가 살던 곳에서 마지막까지 케어를 받는다는 'Aging in Place' 실현이 목적이다(유은정, 2018). 일본은 지차체가 3년 주기로 지역 내 의료기관과 인력 등 지역자원을 활용하도록 지역포괄케어 계획을 수립해야 하며 거점 역할을 하는 지역포괄지원센터를 중심으로 이용자, 지역주민, 간병서비스제공자, 의료관계자, NPO법인, 유관기관, 상담관계자 등 다양한 지역주체가 참여할 수 있도록 규정하고 있다(김윤영 외, 2018). 지역포괄케어에서 강조하는 것은 ①치매지원책 충실, ②의료와의 연계, ③고령자 거주와 관련된 정책과 연계, ④일상생활지원서비스에 주점을 두고 있다는 점 등이 있는데, 이 모든 사항에 대해서 지역 설정에 따라 선택하여 단계적으로 계획을 수립하도록 하고 있다(일본 후생노동성, 2018; 남은우 외, 2019에서 재인용).

지역포괄케어는 '필요에 따른 주택이 제공되는 것을 기본으로 생활상의 안전·안심·건강을 보장하기 위해 의료 및 개호뿐만 아니라 복지서비스를 포함한 다양한 생활지원서비스가 일상생활 권역에서 적절하게 제공될 수 있는 지역에서의 제도'라고 정의된다. 이때 지역포괄케어 권역은 대개 30분 이내에서 이동 가능한 권역이며 구체적으로는 중학교 구(중학교 학군 생활권 단위)를 기본으로 한다. 지역포괄케어에서는 입원, 통원, 재택복귀를 통한 분절되지 않는 지속적인 서비스 제공을 원칙으로 하며, 다섯가

지 시점에 의한 포괄적 사업 추진이 필요하다. 첫째, 의료와의 연계강화로 24시간 대응 가능한 재택 의료가 실행되어야 하며 방문간호와 재활서비스가 제공되어야 한다. 둘째, 노인요양시설과 24시간 대응순회서비스 등을 통한 요양서비스가 제공되어야 한다. 셋째, 자립지원과 예방 추진이 필요하며, 넷째, 간병, 배식, 소풍 등 다양한 생활지원서비스의 확보와 권리옹호가 수반되어야 한다. 마지막으로 노인이 되어도 평소 생활을 유지할 수 있는 고령자 주택이 정비되어야 한다(이건세, 2018).

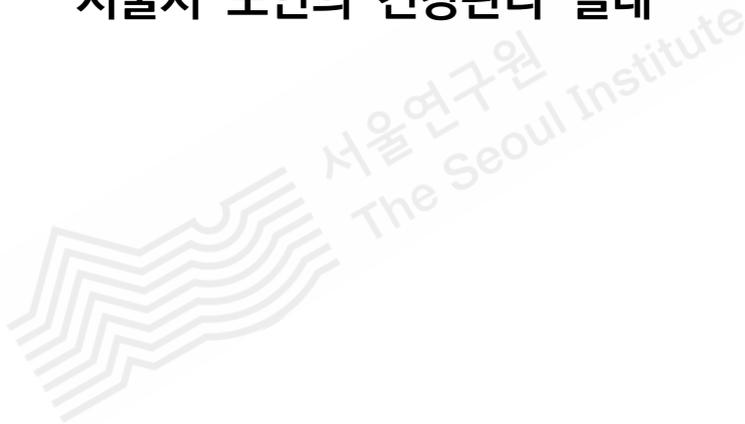


[그림 2-4] 지역포괄 구축 예시

지역포괄케어를 수행하기 위한 행정기구로 지역포괄지원센터가 있는데, 인구 2만 명 정도를 기준으로 설치되어 간호사, 사회복지사, 케어매니저가 근무하면서 지역포괄케어에 관한 각종 상담과 정보제공, 케어플랜의 작성 등을 담당하고 있다. 지역케어회를 주최하는 데에는 의료, 개호와 관련된 다양한 직종이 참여하여 고령자와 관련된 개별적인 문제 해결, 네트워크 구축, 지역과제 발견, 지역자원 개발, 정책형성 등의 기능을 수행한다. 각 지방자치단체는 지역의료계획과 개호계획을 중심으로 각 지역의 특성에 맞는 다양한 시스템을 구축하고 있다(임정미, 2018).

## 03

### 서울시 노인의 건강관리 실태



- 1\_응답자 기본 특성
- 2\_건강수준 및 건강행태
- 3\_지역사회자원 이용 실태
- 4\_건강정보 미충족 현황
- 5\_도시노인 건강관리 영향요인 분석

## 03. 서울시 노인의 건강관리 실태

### 1\_응답자 기본 특성

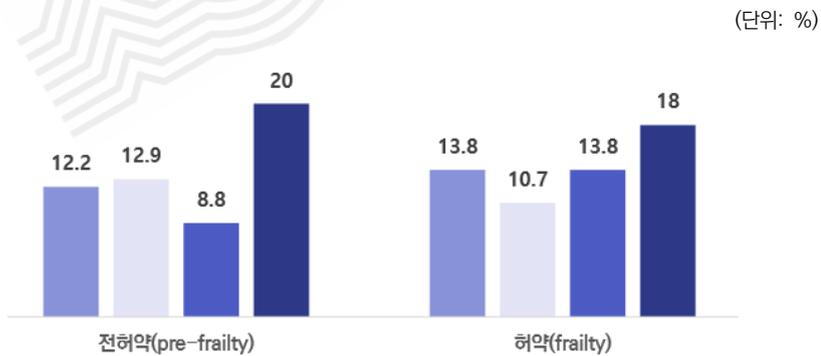
설문조사 설계 단계에서 권역별, 성별로 응답자를 추출하여 5대 권역별 100명, 성별 250명의 노인이 설문조사에 참여하였다(표 3-11 참조). 연령대를 나누어 응답자 분포를 보았을 때, 65~69세 노인은 500명 중 28%(140명), 70~74세 노인은 52%(260명), 75세 이상 노인은 20%(100명)이었다. 응답자 중 51.0%가 서울시에서 50년 이상 거주했다고 응답하였으며, 독거(1인 가구) 비율은 500명 중 30%(150명)인 것으로 나타나 본 조사에서는 서울시 독거노인 비율 22.1%에 비해 현저히 높은 것으로 나타났다. 배우자와 함께 살고 있다고 응답한 노인은 58.4%(292명)이었으며, 가구원 균등화 소득으로 재계산한 월 가구소득의 경우 상위에 속하는 노인은 32.8%, 중위 48.6% 및 하위 18.6%였다. 응답자 중 기초생활수급자는 16.4%로 노인 기초생활수급권자 비율 30.6%보다 낮은 것으로 나타났다. 학력을 조사한 결과 응답자 중 71.8%가 초등학교 졸업 또는 중학교 졸업 노인이 대부분이었으며, 주택 형태를 기준으로 아파트에 거주하고 있다는 노인이 46.2%로 약 절반에 해당하였다. 그 외 단독주택 거주(21.8%), 다세대주택(15.2%), 연립주택 및 빌라(15.0%) 순으로 나타났다.

[표 3-1] 응답자 기본 특성

응답자 특성		사례 수(명)	비율(%)
[전체]		500	100.0
권역별	도심권	100	20.0
	동남권	100	20.0
	동북권	100	20.0
	서남권	100	20.0
	서북권	100	20.0
성별	남성	250	50.0
	여성	250	50.0
연령별	65~69세	140	28.0
	70~74세	260	52.0
	75세 이상	100	20.0
서울시 거주기간	30년 미만	59	11.8
	30년 이상 40년 미만	69	13.8
	40년 이상 50년 미만	117	23.4
	50년 이상 60년 미만	153	30.6
	60년 이상	102	20.4
동거인 수	1인	150	30.0
	2인	248	49.6
	3인 이상	102	20.4
배우자 동거 여부	동거	292	58.4
	비동거	208	41.6
월 가구소득	상위	164	32.8
	중위	243	48.6
	하위	93	18.6
수급대상 여부	기초생활수급자	82	16.4
	차상위계층	32	6.4
	대상자 아님	386	77.2
학력수준	중졸 이하	359	71.8
	고졸	105	21.0
	대졸 이상	36	7.2
주택형태	단독주택	109	21.8
	아파트	231	46.2
	다세대주택	76	15.2
	연립주택/빌라	75	15.0
	기타	9	1.8

## 2\_건강수준 및 건강행태

서울시 노인의 만성질환 유병률 85.2%, 만성질환 평균 개수는 2.2개로 우리나라 노인 만성질환 유병률 89.2%, 만성질환 평균 개수 2.7개(노인실태조사, 2017) 보다 다소 낮게 나타났다. 이러한 차이가 나타난 이유는 노인실태조사보다 연구의 설문조사 대상 노인 응답자의 연령대가 낮아 만성질환 유병률 및 평균 개수가 더 낮게 나타난 것으로 보인다. 만성질환 개수 대비 현재 치료하고 있는 만성질환 개수를 계산한 만성질환 관리율의 경우 개별적인 만성질환으로 나누어 관리율을 살펴보았을 때 고혈압, 당뇨, 고지혈증에 대한 관리는 양호한 편이나, 골관절염, 전립선비대증, 백내장, 요통 및 좌골신경통, 골다공증 등 신체기능상태와 관련한 만성질환 관리는 미흡한 것으로 나타났다. 일반적으로 허약노인은 왜소함, 약함, 지구력 저하, 느려짐, 활동저하 상태인 노인을 의미하며, '최근 1년간 5% 이상의 체중 감량이 있었다', '팔을 사용하지 않고 5회 이상 일어나지 못한다', '기력이 좋지 않다고 느낀다' 3가지 문항으로 조작해서 질문하였다. '체중 감소, 약력저하, 심한 피로' 3가지 문항 중 1가지 이상이 해당 하는 허약 노인의 비율은 약 13.8%로 낮은 편이었으며, 이 또한 설문조사 대상 노인의 연령대가 낮아 나타난 결과라고 생각된다. 건강행태로서 조사한 걷기 실천율<sup>3)</sup>은 52.8%로 우리나라 노인 걷기 실천율 68%보다 낮게 나타났다(그림 3-1) 참조).



[그림 3-1] 서울시 전허약(pre-frailty) 및 허약(frailty) 노인 인구 비율

3) 걷기 실천율: (최근 일주일 동안 걷기를 1일 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 사람 수/조사 대상 응답자 수)×100

### 3\_지역사회자원 이용 실태

서울시 노인의 지역사회자원 이용 현황을 살펴보기 위해 의료기관, 공공서비스 제공 기관, 신체활동시설로 나누어 조사하였다. 구체적으로 의료기관에는 의원 및 병원, 한 의원 및 한방병원, 종합병원을 포함시켰고, 공공서비스 제공기관에는 보건소, 구청 및 동주민센터, 마지막으로 신체활동시설에는 야외공간, 공공체육시설 및 민간체육시설을 포함시켰다. 이용 현황과 관련하여 서울시 노인의 지역사회자원 이용 여부, 이용 목적, 이용 빈도, 이동수단, 이동에 걸리는 시간과 만족도를 질문하였다. 마지막으로 응답자에게 필요할 때 언제든지 질병 및 건강상담이 가능하다고 생각하는지를 5점 척도로 질문하여 4~5점에 응답한 노인의 만족률을 재계산하였다. 또한 거주지에서 각 지역사회자원까지의 이용 반경을 산출하기 위해 이동수단과 이동에 걸리는 시간을 곱하여 반경을 재계산하였다. 이용 반경 산출에는 노인 평균 보행 속도(47.9m/분), 지하철역 간 평균 거리(0.95km), 도심 자가용 평균 속도(19km/시간)를 근거로 하였으며, 도보 10분 이내 거리(430m), 20분 이내 거리(900m), 30분 이내 거리(1.4km)로 구분하여 지역사회자원별 이용률을 분석하였다.

【표 3-2】 지역사회자원 구분

구분	지역사회자원
의료기관	1) 보건소 2) 의원 및 병원 3) 한의원 및 한방병원 4) 종합병원
공공서비스 제공기관	구청 및 동주민센터
신체활동시설	1) 야외공간 2) 공공체육시설 3) 민간체육시설

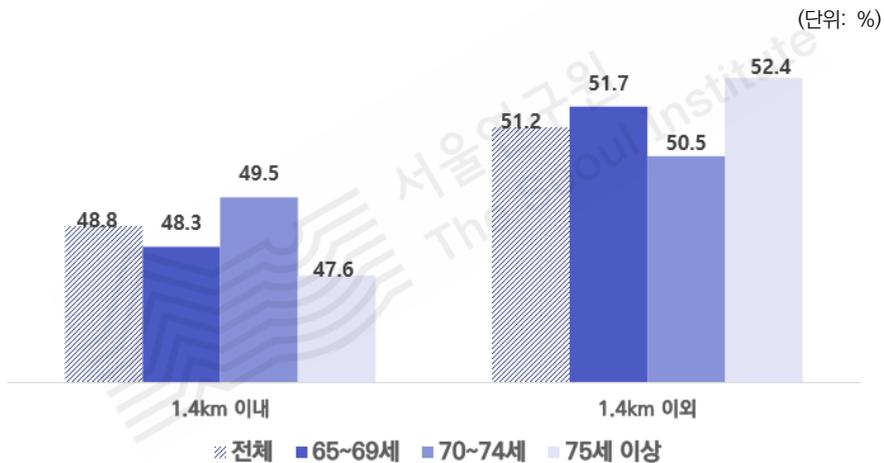
【표 3-3】 지역사회자원 이용 현황 분석 내용

항목	분석 내용	
이용률	각 지역사회자원별 이용한다고 응답한 노인 비율	
이용 목적	의료기관	1) 건강상담 2) 예방접종 3) 건강검진 4) 건강증진 활동 5) 만성질환 관리 6) 지역사회 연계 7) 물리치료 및 재활 8) 보건의료정보 습득 9) 질병 치료
	구청 및 동주민센터	1) 운동 2) 휴식 3) 약속 장소 4) 구청, 동주민센터 내 다양한 건강관리 프로그램 및 행사 참여
	신체활동시설 (체육시설 제외)	1) 운동 2) 휴식 3) 약속 장소 4) 공원 내 다양한 건강관리 프로그램 및 행사 참여
이동수단	1) 도보 2) 자전거 3) 대중교통 4) 택시 5) 자가운전 6) 기타	
이동 시간	1) 10분 미만 2) 10~19분 3) 20~29분 3) 30~59분 4) 1시간 이상	
이동 반경	(연령별) 이동수단×이동 시간 (이동수단별 근거에 기반하여 재계산)	
만족도	지역사회자원별 만족/매우 만족한다고 응답한 노인 비율	
질병 및 건강상담 가능 여부	필요할 때 언제든지 질병 및 건강상담이 가능하다고 생각하는 노인 비율	

## 1) 보건의료기관

### (1) 보건소

서울시 노인의 보건소 이용률은 41.8%로 응답자 중 절반가량이 보건소를 이용하는 것으로 나타났으며, 이용 목적은 예방접종(53.6%), 건강검진(36.8%), 만성질환 관리(28.2%) 순이었다. 예방접종 목적이 가장 높은 비중을 차지한 이유는 65세 이상 노인 대상의 폐렴 접종 및 매해 가을 독감 예방접종 등의 무료 예방접종 서비스 때문인 것으로 보인다. 응답자의 61.7%가 연 1~3회 보건소를 이용하는 것으로 나타났으며, 도보 30분 이내(1.4km 이내) 보건소를 이용하고 있다고 응답한 노인 비율은 47.5%였다(그림 3-2, [그림 3-3] 참조). 보건소 이용에 대해 응답자 중 83.3%가 만족한다고 응답하였으며, 보건소에서 건강상담이 가능하다고 생각하는 응답자 비율은 80.4%로 높은 비율로 나타났다.



[그림 3-2] 서울시 노인 연령대별 보건소 도보 이용률(1.4km 이상)

# 보건소 이용 41.8%

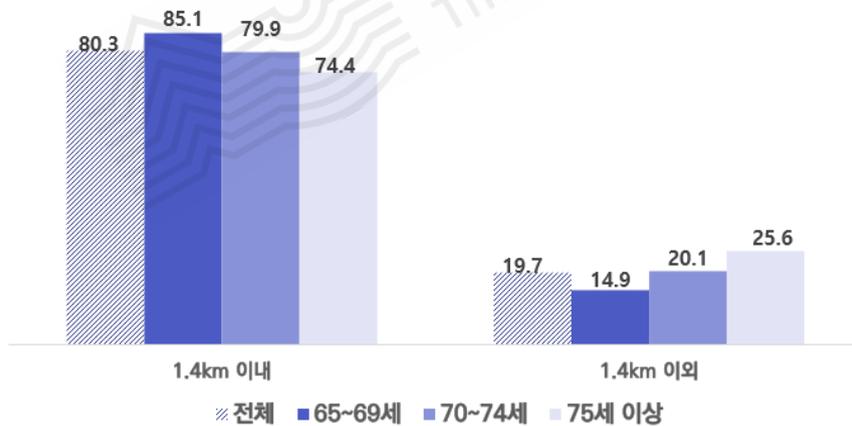


[그림 3-3] 서울시 노인 보건소 이용률 및 이동수단 이용률

## (2) 의원 및 병원

서울시 노인의 의원 및 병원 이용률은 87.2%로 질병 치료를 목적으로 이용하는 노인의 비율이 85.6%로 가장 많았으며, 만성질환 관리(67.4%), 예방접종 (17.7%) 순으로 나타났다. 응답자 중 43.6%가 월 1~2회 의원 및 병원을 이용하고 있으며, 도보 30분 이내(1.4km 이내)에서 이용하고 있다고 응답한 노인 비율은 80.0%로 응답자 중 대부분이 거주지에서 가까운 의원 및 병원을 이용하고 있는 것으로 보인다. 65~69세, 70~74세, 75세 이상으로 연령대를 나누어 도보 30분 이내 및 이외 의원 및 병원 이용 노인 비율을 살펴보았을 때, 연령대가 증가할수록 도보 30분 이상 거리 밖 의원 및 병원을 이용하는 노인 비율이 증가하였다(그림 3-4), [그림 3-5] 참조). 다시 말해, 연령대가 높아지는데도 불구하고 자신이 거주하고 있는 지역사회가 아닌 걸어서 30분 이내로 갈 수 있는 거리 밖의 병원 및 의원을 이용하고 있는 것으로 지역사회에서 의원 및 병원의 게이트키퍼(gate keeping) 역할이 제대로 되고 있지 않는 것으로 생각된다. 의원 및 병원에 대한 만족도는 88.8%로 높은 수준이었으며, 질병 또는 건강상답이 가능하다고 생각하는 노인 비율은 89%로 보건의료전문가가 있는 의료기관의 특성에서 비롯된 분석 결과라고 판단된다.

(단위: %)



[그림 3-4] 서울시 노인 연령대별 의원 및 병원 도보 이용률(1.4km 이상)

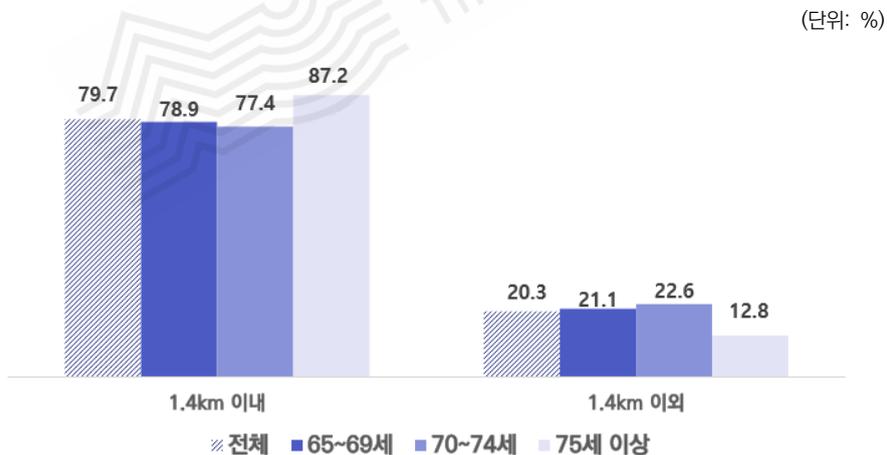
# 의원 및 병원 이용 87.2%



[그림 3-5] 서울시 노인 의원 및 병원 이용률 및 이동수단 이용률

### (3) 한의원 및 한방병원

서울시 노인의 한의원 및 한방병원 이용률은 39.4%로 절반에 미치지 못하는 것으로 나타났다. 이용 목적의 경우 물리치료 및 재활이 89.3%로 가장 높았으며, 질병 치료(77.7%), 만성질환 관리(20.8%) 순으로 나타났다. 응답자 중 32%가 연 4~6회, 26.9%가 연 1~3회 이용하고 있으며, 도보 30분 이내 한의원 및 한방병원을 이용하고 있다고 응답한 노인 비율 79.5%로 대부분이 거주지로부터 가까운 거리 내에서 이용하고 있었다. 65~69세, 70~74세, 75세 이상 연령대를 나누어 도보 30분(1.4km) 이내 및 이외 이용률을 분석하였을 때, 65~69세에서 70~74세의 1.4km 이외 거리의 기관 이용률이 증가하다 75세 이상은 감소하는 것으로 나타났다(그림 3-6, [그림 3-7] 참조). 앞서 연령대가 증가할수록 도보 30분 이외(1.4km 이외) 의원 및 병원 이용률이 증가하는 것과 달리 한의원은 다른 추이를 보였는데, 이는 한의원 및 한방병원의 이용 목적 자체가 질병 치료보다 물리치료 및 재활이 높기 때문에, 연령대가 증가할수록 거주지로부터 가까운 한의원 및 한방병원을 이용하는 것으로 생각된다. 한의원 및 한방병원에 대한 만족도는 78.2%로 높게 나타났으며, 질병 또는 건강상답이 가능하다고 생각하는 노인 비율은 75.6%로 의원 및 병원과 같이 보건의료전문가가 있는 의료기관의 특성에서 비롯된 분석 결과라고 판단된다.

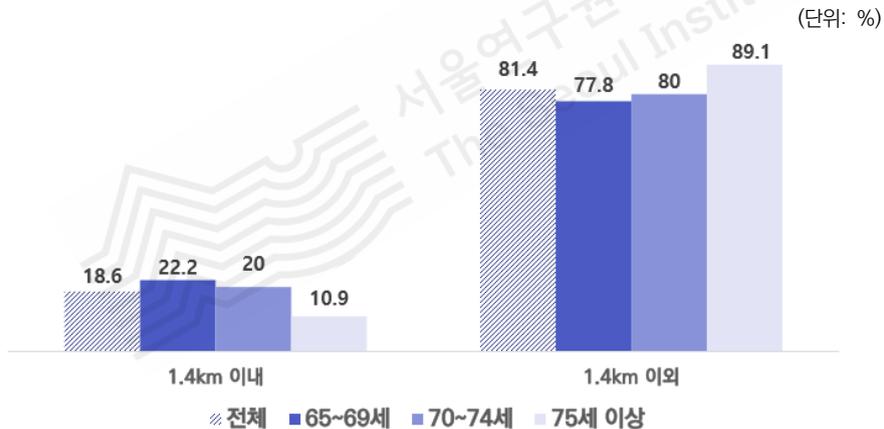


[그림 3-6] 서울시 노인 연령대별 한의원 및 한방병원 도보 이용률(1.4km 이상)



#### (4) 종합병원

서울시 노인의 종합병원 이용률은 50.6%로 응답자 중 약 절반이 종합병원을 이용하고 있는 것으로 나타났다. 응답자 중 62.8%가 질병을 치료하기 위해 종합병원을 이용하고 있으며, 만성질환 관리(50.6%), 건강검진(49.8%) 순으로 이용 목적이 높았다. 응답자 중 절반 가까이에 해당하는 49.4%가 연 1~3회, 32.4%가 연 4~6회 종합병원을 이용하고 있으며, 도보 30분(1.4km) 이내 종합병원을 이용하고 있다고 응답한 노인 비율은 17.9%로 응답자 대부분이 거주지에서 멀리 떨어진 종합병원을 이용하고 있음을 알 수 있었다. 한편 65~69세, 70~74세, 75세 이상의 연령대를 나누어 도보 30분(1.4km) 이내 및 이외 종합병원 이용 노인 비율을 분석하였을 때, 의원 및 병원과 비슷하게 연령대가 증가할수록 1.4km 이외 거리의 종합병원을 이용하는 노인 비율이 증가하였다([그림 3-8], [그림 3-9] 참조). 종합병원에 대한 만족도는 90.1%로 의료기관 만족도 중 가장 높았으며, 질병 또는 건강상담이 가능하다고 생각하는 노인 비율 또한 81.8%로 높게 나타났다.



[그림 3-8] 서울시 노인 연령대별 종합병원 도보 이용률(1.4km 이상)

# 종합병원 이용 50.6%



[그림 3-9] 서울시 노인 종합병원 이용률 및 이동수단 이용률

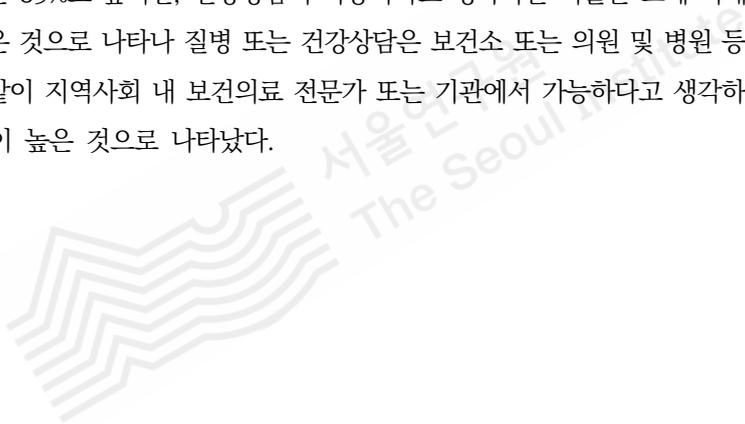
[표 3-4] 서울시 노인의 의료기관 이용 목적 및 이용 빈도

	구분	보건소 (N=209)		의원 및 병원 (N=436)		한의원 및 한방병원 (N=197)		종합병원 (N=253)	
		명	(%)	명	(%)	명	(%)	명	(%)
이용 목적	건강상담	43	(20.6)						
	예방접종	112	(53.6)	77	(17.7)	5	(2.5)	8	(3.2)
	건강검진	77	(36.8)	48	(11)	-	-	126	(49.8)
	건강증진 활동	9	(4.3)	-	-	-	-	-	-
	만성질환 관리	59	(28.2)	294	(67.4)	41	(20.8)	128	(50.6)
	지역사회 연계	6	(2.9)	-	-	-	-	-	-
	물리치료 및 재활	9	(4.3)	52	(11.9)	176	(89.3)	19	(7.5)
	보건의료정보 습득	32	(15.3)	3	(0.7)	4	(2)	24	(9.5)
	질병 치료	20	(9.6)	373	(85.6)	153	(77.7)	159	(62.8)
	기타	8	(3.8)	-	-	-	-	1	(0.4)
이용 빈도	개의 매일	-	-	7	(1.6)	6	(3)	-	-
	주 1~2회	4	(1.9)	45	(10.3)	30	(15.2)	3	(1.2)
	월 1~2회	28	(13.4)	190	(43.6)	45	(22.8)	43	(17)
	연 4~6회	48	(23)	135	(31)	63	(32)	83	(32.4)
	연 1~3회	129	(61.7)	59	(13.5)	53	(26.9)	125	(49.4)
	결어서	103	(49.3)	353	(81)	158	(80.2)	49	(19.4)
	자전거	6	(2.9)	7	(1.6)	3	(1.5)	-	-
	대중교통 (버스, 지하철 등)	91	(43.5)	65	(14.9)	33	(16.8)	173	(68.4)
	택시	-	-	-	-	1	(0.5)	19	(7.5)
	자가운전	4	(1.9)	6	(1.4)	-	-	10	(4)
기타	5	(2.4)	5	(1.1)	2	(1)	2	(0.8)	
이동 시간	10분 미만	57	(27.3)	242	(55.5)	97	(49.2)	18	(7.1)
	10~19분	85	(40.7)	128	(29.4)	66	(33.5)	59	(23.3)
	20~29분	46	(22)	43	(9.9)	24	(12.2)	102	(40.3)
	30~59분	21	(10)	18	(4.1)	9	(4.6)	51	(20.2)
	1시간 이상	-	-	5	(1.1)	1	(0.5)	23	(9.1)

(단위: 명, %)

## 2) 구청 및 동주민센터

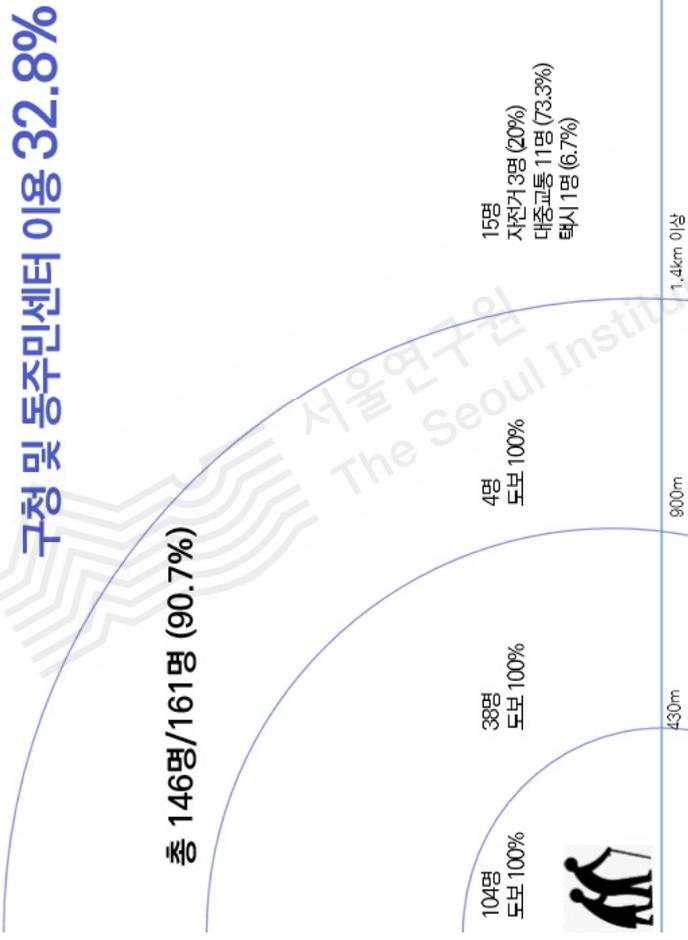
서울시 노인의 구청 및 동주민센터 이용률은 32.8%로, 구청 및 동주민센터 내 다양한 건강관리 프로그램 및 행사 참여 목적이 64.9%, 행정업무가 37.2%, 휴식 목적 24.4% 순으로 이용 목적 비중이 높았다(표 3-5) 참조). 응답자 중 40%가 찾아가는 동주민센터 이용 경험이 있는 노인이어서 구청 및 동주민센터 내 다양한 건강관리 프로그램 및 행사 참여 목적의 이용률이 가장 높게 나타난 것으로 보이며, 서울시 구청 및 동주민센터의 기능에 따른 서울시 노인만의 특징인 것으로 생각된다. 응답자 중 53%가 연 1~3회 구청 및 동주민센터를 이용하는 것으로 나타났으며, 도보 30분 이내(1.4km 내)에서 이용하고 있다고 응답한 노인 비율이 90.7%로 이는 동주민센터가 거주지와 근접하게 위치하고 있기 때문인 것으로 보인다(그림 3-10) 참조). 구청 및 동주민센터 이용에 만족한다고 응답한 노인 비율은 87.8%로 높은 편이었으며, 건강상담이 가능하다고 생각하는 노인 비율은 56.1%였다. 건강관리 프로그램 및 행사 참여 목적은 65%로 높지만, 건강상담이 가능하다고 생각하는 비율은 그에 비해 상대적으로 낮은 것으로 나타나 질병 또는 건강상담은 보건소 또는 의원 및 병원 등의 의료기관과 같이 지역사회 내 보건의료 전문가 또는 기관에서 가능하다고 생각하는 노인의 비율이 높은 것으로 나타났다.



[표 3-5] 서울시 노인의 구청 및 동주민센터 이용 목적 및 이용 빈도

(단위: 명, %)

구분	구청 및 동주민센터 (N=164)	
이용 목적	운동	19 (11.6)
	휴식	40 (24.4)
	약속장소	24 (14.6)
	구청, 동주민센터 내 다양한 건강관리 프로그램 및 행사 참여	<b>69 (42.1)</b>
	행정업무	61 (37.2)
	복지혜택	10 (6.1)
	공공근로/일자리	10 (6.1)
	기타	8 (4.9)
이용 빈도	거의 매일	10 (6.1)
	주 1~2회	22 (13.4)
	월 1~2회	25 (15.2)
	연 4~6회	20 (12.2)
	연 1~3회	<b>87 (53)</b>
이동수단	걸어서	<b>146 (89)</b>
	자전거	3 (1.8)
	대중교통(버스, 지하철 등)	11 (6.7)
	택시	1 (0.6)
	자가운전	-
	기타	3 (1.8)
이동 시간	10분 미만	<b>112 (68.3)</b>
	10~19분	43 (26.2)
	20~29분	6 (3.7)
	30~59분	2 (1.2)
	1시간 이상	1 (0.6)



[그림 3-10] 서울시 노인 구청 및 동주민센터 이용률 및 이동수단 이용률

### 3) 신체활동시설

#### (1) 야외공간

서울시 노인의 야외공간 이용률은 77.2%로 운동 목적 92%, 휴식 87.6%, 약속장소 11.7% 순으로 높았다(표 3-6 참조). 2017년 서울시민 전체의 운동 목적 공원 이용률이 60%였던 반면 이번 설문조사에서 서울시 노인의 운동 목적 공원 이용률이 92%인 것을 보았을 때, 앞으로 노인친화 디자인 공원의 확충이 필요한 것으로 생각된다. 도보로 30분 이내 거리(1.4km 이내)에서 야외공간을 이용한다고 응답한 노인은 84.8%로 대부분이 거주지로부터 가까이 위치한 야외공간을 이용하고 있었다(그림 3-11 참조). 응답자 중 약 43.8%가 주 1~2회, 41.2%가 거의 매일 야외공간을 이용하고 있고, 92.5%가 만족한다고 응답하여 이용률과 더불어 이용 빈도, 만족도 또한 높은 것으로 나타났다.

[표 3-6] 서울시 노인의 야외공간 이용 목적 및 이용 빈도

(단위: 명, %)

구분		야외공간 (N=386)
이용 목적	운동	355 (92)
	휴식	338 (87.6)
	약속장소	45 (11.7)
	야외공간 내 다양한 건강관리 프로그램 및 행사 참여	7 (1.8)
	기타	-
이용 빈도	거의 매일	159 (41.2)
	주 1~2회	<b>169 (43.8)</b>
	월 1~2회	40 (10.4)
	연 4~6회	12 (3.1)
	연 1~3회	6 (1.6)
이동수단	걸어서	350 (90.7)
	자전거	7 (1.8)
	대중교통(버스, 지하철 등)	21 (5.4)
	택시	-
	자가운전	4 (1)
	기타	4 (1)
이동 시간	10분 미만	<b>190 (49.2)</b>
	10~19분	110 (28.5)
	20~29분	43 (11.1)
	30~59분	22 (5.7)
	1시간 이상	21 (5.4)

# 야외공간 이용 77.2%



[그림 3-11] 서울시 노인 야외공간 이용률 및 이동수단 이용률

## (2) 공공체육시설 및 민간체육시설

서울시 노인의 공공체육시설 이용률은 6.6%, 민간체육시설 이용률은 4.2%로 체육시설을 이용하는 노인은 거의 없는 것으로 나타났다. 공공체육시설을 이용하는 노인 중 54.5%가 주 1~2회, 45.5%가 거의 매일 이용한다고 응답하였으며, 민간체육시설을 이용하는 노인은 66.7%가 거의 매일, 33.3%가 주 1~2회 이용한다고 응답하였다. 응답한 이용 빈도 비율에 차이는 있으나, 공공, 민간 여부에 상관없이 체육시설을 이용하는 노인은 거의 매일 또는 주 1~2회 이용하는 것으로 나타났다(표 3-7 참조). 한편 도보 30분 이내(1.4km 이내) 공공체육시설 이용 노인 비율은 47.5%, 민간체육시설 이용 노인 비율은 85.7%였다(그림 3-12 참조). 공공체육시설의 경우 지역사회마다 있는 경우가 드물어 도보 30분 이내 이용 노인 비율이 낮은 반면 민간체육시설은 지역사회 내에서도 가까운 거리 내 위치하고 있어 거주지에서 가까운 시설을 이용하고 있는 노인 비율이 높은 것으로 생각된다. 공공체육시설과 민간체육시설에 대한 만족도는 각각 97%, 81%로 높은 편이었으며, 건강상담이 가능하다고 생각하는 노인 비율은 각각 48.5%, 42.9%로 지역사회 내 보건의료 전문가 또는 기관에서 질병 또는 건강상담이 가능하다고 생각하기 때문인 것으로 보인다.

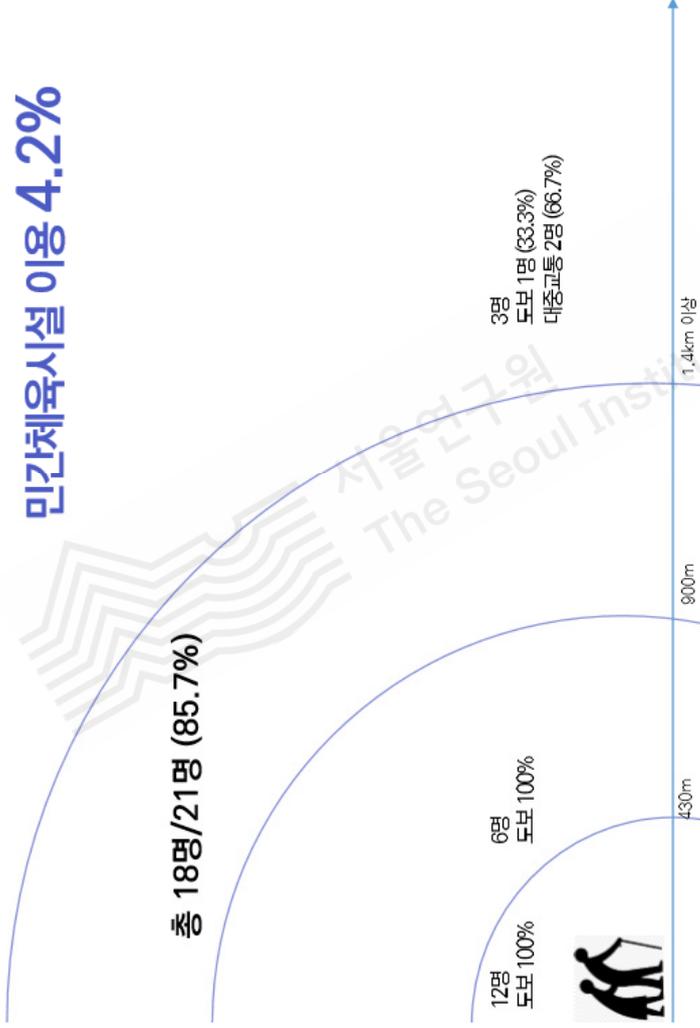
【표 3-7】 서울시 노인의 공공체육시설 및 민간체육시설 이용 목적 및 이용 빈도

(단위: 명, %)

구분		공공체육시설 (N=33)	민간체육시설 (N=21)
이용 빈도	거의 매일	15 (45.5)	14 (66.7)
	주 1~2회	18 (54.5)	7 (33.3)
	월 1~2회	-	-
	연 4~6회	-	-
	연 1~3회	-	-
이동수단	걸어서	21 (63.6)	19 (90.5)
	자전거	-	-
	대중교통(버스, 지하철 등)	10 (30.3)	2 (9.5)
	택시	-	-
	자가운전	-	-
이동 시간	기타	2 (6.1)	-
	10분 미만	14 (42.4)	12 (57.1)
	10~19분	11 (33.3)	6 (28.6)
	20~29분	3 (9.1)	1 (4.8)
	30~59분	4 (12.1)	2 (9.5)
1시간 이상	1 (3)	-	



[그림 3-12] 서울시 노인 공공체육시설 이용률 및 이동수단 이용률



## 4\_건강정보 미충족 현황

지난 1년간 건강과 관련한 정보가 필요했을 때 한 번이라도 관련 정보를 받지 못한 적이 있다고 응답한 노인 비율은 13.8%로 낮은 편이었다. 이는 전체 응답자 500명 중 200명에 해당하는 찾아가는 동주민센터 이용 노인이 현재 동주민센터 방문간호사, 복지플래너를 통해 정보를 제공받고 있기 때문인 것으로 추측된다. 그러나 정보를 제공받지 못한 노인 중 그 이유에 대해서는 ‘어디에 물어보아야 할지 잘 몰라서’라고 응답한 노인이 56.5%로, 지역사회 내에 의료기관 및 건강관리에 대한 정보를 제공하는 컨트롤타워가 필요하다고 생각된다.

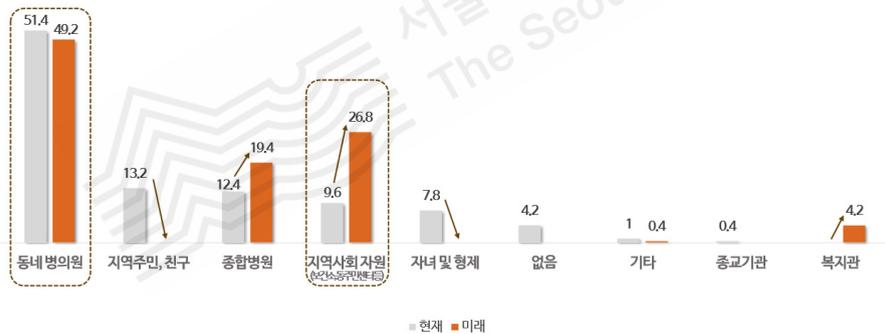
한편 현재 서울시 노인에게 의료기관 및 건강관리 정보를 주고 있는 주체(기관) 관련하여 ‘동네 의원 및 병원’이 51.4%로 가장 높았으며, 지역주민 또는 친구(13.2%), 종합병원(12.4%)순으로 응답률이 높았다(그림 3-14 참조). 서울시 노인에게 미래에 건강 관련 정보를 제공받고 싶은 주체(기관)가 누구였으면 하는지 질문에 대해 ‘동네 의원 및 병원’이 49.2%로 가장 높아 서울시 노인이 현재와 미래에 생각하는 건강 관련 주 정보 제공자는 ‘동네 의원 및 병원’인 것으로 나타났다. 반면 동네 의원 및 병원 외에 현재는 지역주민 또는 친구, 종합병원에게 건강 관련 정보를 받고 있으나, 앞으로는 보건소, 동주민센터 등의 지역사회 자원(26.8%), 종합병원(19.4%)으로부터 건강 관련 정보를 받고 싶다고 응답하였다. 조사 결과를 통해 현재와 미래의 건강정보 제공자에 대한 서울시 노인의 인식이 변화하고 있음을 알 수 있었으며, 구체적으로 동네 의원 및 병원, 지역사회 자원(보건소, 동주민센터 등)과 같이 지역사회 안에서 자주 만날 수 있는 보건의료전문가들을 통해 건강정보를 제공받기를 바라고 있었다. 서울시 노인의 건강정보와 관련해 마지막으로 의료기관 및 건강관리 정보를 12개의 영역으로 나누어 각 정보에 대한 필요도와 충족도를 조사하였다(표 3-8 참조). 분석 결과 필요도가 가장 높은 정보는 ‘건강검진 서비스 및 건강증진활동’이었으며, 충족도가 가장 낮은 정보는 ‘민간체육시설’이었다. 필요도 대비 충족도를 계산하여 미충족률을 산출한 결과 미충족률이 가장 높은 정보는 ‘물리치료 및 재활서비스’였으며, 가장 낮은 정보는 ‘민간체육시설’이었다(그림 3-15 참조). 앞서 지역사회자원 이용 현황에서 살펴본바와 같이 민간체육시설의 경우 시설을 이용하는 노인 비율이 매우 낮고, 12개 정보 영역 중 필요도와 충족도가 모두 낮아 미충족률 또한 낮은 것으로 보인다. 한편 미충족 정보 중 다른 정보에 비해 상대적으로 더 필요도가 높고 충족률이 낮은

정보는 ‘예방접종 서비스’, ‘건강검진 서비스’, ‘질병상담 및 치료방법’ 등으로 서울시 노인에게 의료 관련 정보 미충족률이 상대적으로 더 높은 것으로 나타났다.

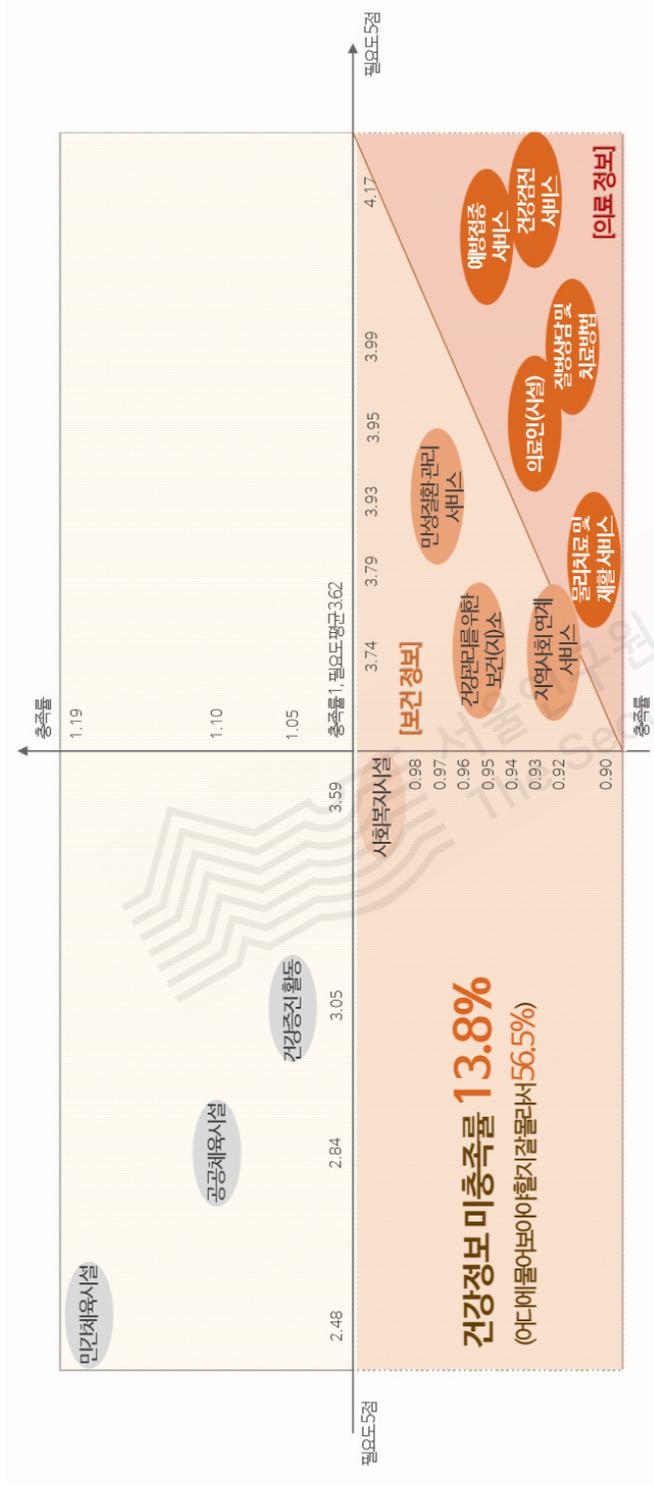
[표 3-8] 의료기관 및 건강관리 정보 세부영역

번호	정보	번호	정보
1	보건소 또는 보건지소	7	예방접종 서비스
2	의료인 또는 의료시설	8	만성질환 관리 서비스
3	공공 체육시설 (구립 체육관, 공공 수영장 등)	9	건강검진 서비스
4	민간 체육시설 (휘트니스 센터, 사립 수영장 등)	10	건강증진 활동(요가, 걷기, 에어로빅 등)
5	사회복지시설(복지관, 경로당 등)	11	지역사회 연계서비스 (지역사회 내 의료기관, 복지시설 등)
6	질병상담 및 치료방법	12	물리치료 및 재활 서비스

(단위: %)



[그림 3-14] 현재와 미래의 지역사회 건강정보 제공자

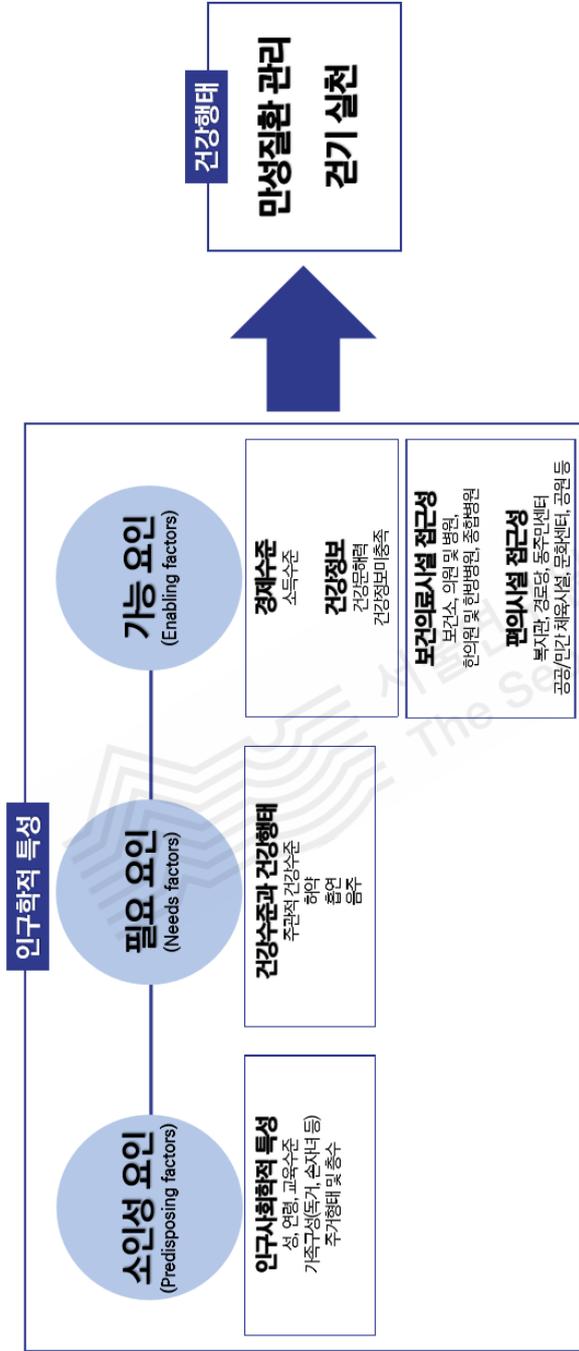


[그림 3-15] 서울시 노인들의 미충족 건강정보

## 5\_도시노인 건강관리 영향요인 분석

### 1) 분석방법

도시노인의 건강관리에 미치는 영향요인을 분석하기 위해 앤더슨 모형 (Andersen Model)의 소인성 요인(Predisposing factors), 필요 요인(Needs factors), 가능 요인(Enabling factors)과 건강행태를 참고하여 변수를 선정하였다(그림 3-16] 참조). 소인성 요인으로는 개인이 갖고 있는 요인으로 성, 연령, 교육수준, 가족구성(독거, 손자녀 등), 주거형태 및 층수를 포함하였다. 필요 요인은 크게 건강수준, 건강행태로 구분하였으며, 건강수준에는 허약, 주관적 건강수준을 포함하고, 건강행태에는 흡연, 음주 변수를 포함하였다. 허약 변수는 설문 문항 3개 중 1개를 충족할 경우 전허약(pre-frailty), 2개 이상을 충족할 경우 허약(frailty)으로 분류하였다. 흡연 변수는 과거에는 담배를 피웠으나 현재 피우지 않거나, 피운 적 없는 노인을 '비흡연', '가끔 피움', '현재 거의 매일 피움' 3가지로 분류하였다. 음주 변수는 일주일에 1번 이상, 소주 1병 이상을 마시는 노인을 '고위험 음주'로 분류하고, 고위험 음주 제외 음주한다고 응답한 노인을 '일상적 음주', 나머지를 '비음주'로 분류하였다. 마지막으로 가능 요인은 경제수준, 건강정보, 보건의료시설 접근성 및 편의시설 접근성으로 구분하였다. 경제수준은 소득수준을 포함하였으며, 건강정보에는 건강문해력과 건강정보 미충족을 포함하였다. 보건의료시설 접근성과 편의시설 접근성은 도보 이용을 기준으로 각 지역사회자원을 이용하는 데 도보로 이용하는 거리를 포함하였다. 보건의료시설에는 보건소, 의원 및 병원, 한의원 및 한방병원, 종합병원을 포함하였으며, 편의시설에는 복지관, 경로당, 구청 및 동주민센터, 공공체육시설, 민간체육시설, 문화센터, 야외 공간, 편의시설을 포함하였다. 종속변수에는 도시노인의 건강관리로 만성질환 관리율과 걷기 실천율 변수를 포함하였다.



[그림 3-16] 앤더슨 모형을 적용한 도시노인 건강관리 영향요인 분석

## 2) 지역사회자원 이용과 만성질환 관리

앤더슨 모형을 적용하여 도시노인의 만성질환 관리에 미치는 영향요인을 분석한 결과, 일부 변수가 도시노인의 만성질환 관리에 영향을 미치는 것으로 나타났다(표 3-이 참조). 먼저 소인성 요인인 가족 구성 측면에서 취약가구(독거, 손자녀 가구) 대비 자녀와 함께 사는 가구 노인의 만성질환 관리가 더 잘 되는 것으로 나타났다. 자녀와 함께 사는 노인이 경우 노인의 건강을 돌볼 수 있는 사람이 있어 만성질환 관리가 잘 되는 것으로 생각된다. 필요 요인 중 하나로 주관적 건강수준이 나쁜 노인 대비 주관적 건강수준이 좋은 노인의 만성질환 관리가 잘되지 않는 것으로 나타났다. 이는 노인이 오히려 스스로의 건강수준이 좋다고 과신하여 만성질환을 잘 관리하지 않았을 것이라고 해석할 수 있다. 가능 요인에는 가구소득과 건강문해력이 서울시 노인의 만성질환 관리에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 가구소득이 높을수록 만성질환 관리가 잘되지 않고 있으며, 건강문해력이 나쁜 노인 대비 좋은 노인의 만성질환 관리가 잘되고 있는 것으로 나타났다. 건강문해력은 개인의 건강상태에 대한 자각과 이해는 물론 건강검진 및 예방접종, 약물 복용 이행 등의 행위에도 영향을 미침으로써(Berkman, Sheridan, Donahue, Halpem, & Grotty, 2011; 김성은 외, 2019에서 재인용), 건강문해력이 좋은 노인의 경우 약물치료뿐 아니라 식사조절, 운동 등을 통해 만성질환을 관리하고 있는 것으로 해석된다.

[표 3-9] 지역사회지원 이용과 민성질환 관리

구분		Estimate	S.E	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq	
Intercept		-1.001	0.635	2.484	0.115	
소인성 요인	성별 (ref. 남성)	여성	0.170	0.732	0.392	
	연령 (ref. 65~69세)	70~74세	-0.334	0.183	3.327	0.068
		75세 이상	-0.284	0.230	1.529	0.216
		고등학교 졸업	-0.025	0.215	0.014	0.906
	(ref. 중학교 졸업 이하)	대학교 졸업 이상	0.508	0.337	2.271	0.132
		배우자+자녀 가구	0.342	0.196	3.043	0.081
	(ref. 취약 가구)	자녀 가구	<b>0.906</b>	<b>0.268</b>	<b>11.431</b>	<b>0.001</b>
		1층 거주	0.801	0.443	3.261	0.071
		2~5층 거주	0.646	0.428	2.280	0.131
		6층 이상 거주	0.444	0.431	1.064	0.302
필요 요인	흡연 (ref. 비흡연)	기금 흡연	-0.261	0.456	0.329	0.566
		매일 흡연	0.168	0.244	0.474	0.491
	허약 (ref. 허약)	전허약	0.013	0.230	0.003	0.955
		허약 안 함	0.261	0.236	1.224	0.269
		일상 음주	0.136	0.191	0.508	0.476
	음주 (ref. 비음주)	고위험 음주	0.043	0.292	0.022	0.883
		보통	-0.109	0.195	0.312	0.577
	주관적 건강수준 (ref. 나쁨)	건강	<b>-1.069</b>	<b>0.257</b>	<b>17.280</b>	<b>&lt;.0001</b>
		가구소득	<b>-0.183</b>	<b>0.074</b>	<b>6.185</b>	<b>0.013</b>
	가능 요인	정보 미충족 (ref. 없음)	-0.136	0.226	0.362	0.548
건강문해력 (ref. 나쁨)		있음	<b>0.413</b>	<b>0.205</b>	<b>4.036</b>	<b>0.045</b>
		보건소 도보 이용	0.078	0.202	0.148	0.701
의원 및 병원 도보 이용		-0.037	0.332	0.013	0.911	
한의원 및 한방병원 도보 이용		-0.063	0.283	0.050	0.824	
종합병원 도보 이용		0.188	0.161	1.359	0.244	

### 3) 지역사회자원 이용과 걷기 실천

앤더슨 모형을 적용하여 도시노인의 걷기 실천에 미치는 영향요인을 분석한 결과, 일부 변수가 영향을 미치는 것으로 나타났다(표 3-10) 참조. 먼저 소인성 요인으로 남성 대비 여성의 걷기 실천이 더 잘 되는 것으로 나타났다. 주거형태 및 층수 측면에서 반지하에 거주하는 노인 대비 1층에 거주하거나 6층 이상에 거주하는 노인의 걷기 실천이 더 잘 되는 것으로 나타났다. 1층에 거주할 경우 거주지에서 외부로 나가기 편리하고, 6층 이상의 건물은 건축법상 엘리베이터가 의무적으로 설치되어 있어 계단을 오르내리는 번거로움이 없으므로 걷기 실천이 상대적으로 높은 것으로 생각된다. 필요 요인 중 하나로 비흡연 노인 대비 매일 흡연하는 노인과, 허약한 노인 대비 허약하지 않은 노인의 걷기 실천이 더 잘 되는 것으로 나타났다. 가능 요인 중 가구소득, 문화센터 도보 이용 및 편의시설 도보 이용이 서울시 노인의 걷기 실천에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.



[표 3-10] 지역사회자원 이용과 걷기 실천

구분		Estimate	S.E	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq	
소인성 요인	Intercept	-0.947	0.495	3.665	0.056	
	성별 (ref. 남성)	<b>여성</b>	<b>0.561</b>	<b>13.137</b>	<b>0.000</b>	
	연령	70~74세	-0.192	0.147	1.690	0.194
	(ref. 65~69세)	75세 이상	-0.088	0.189	0.218	0.641
	교육수준	고등학교 졸업	-0.009	0.168	0.003	0.960
	(ref. 중학교 졸업 이하)	대학교 졸업 이상	-0.448	0.312	2.066	0.151
	가족 구성	배우자+자녀 가구	0.114	0.158	0.516	0.472
	(ref. 취약 가구)	재녀 가구	0.172	0.227	0.576	0.448
	주거형태 및 층수	<b>1층 거주</b>	<b>0.794</b>	<b>0.342</b>	<b>5.405</b>	<b>0.020</b>
	(ref. 반지하 거주)	2~5층 거주	0.363	0.325	1.244	0.265
	흡연(ref. 비흡연)	<b>6층 이상 거주</b>	<b>0.679</b>	<b>0.328</b>	<b>4.286</b>	<b>0.038</b>
	필요 요인	흡연(ref. 비흡연)	가끔 흡연	0.440	0.314	1.959
허약(ref. 허약)		<b>매일 흡연</b>	<b>0.464</b>	<b>0.204</b>	<b>5.202</b>	<b>0.023</b>
음주 (ref. 비음주)		전혀않	0.101	0.201	0.251	0.616
주관적 건강 수준		<b>허약 안 함</b>	<b>0.858</b>	<b>0.232</b>	<b>13.658</b>	<b>0.000</b>
(ref. 나쁨)		일상 음주	-0.047	0.154	0.095	0.758
정보 미충족 (ref. 없음)		고위험 음주	0.226	0.228	0.980	0.322
건강문해력 (ref. 나쁨)		보통	0.164	0.176	0.874	0.350
복지관 도보 이용		건강	0.012	0.182	0.005	0.947
경로당 도보 이용		<b>가구소득</b>	<b>-0.118</b>	<b>0.052</b>	<b>5.105</b>	<b>0.024</b>
구청 및 동주민센터 도보 이용		있음	0.122	0.187	0.425	0.514
공공체육시설 도보 이용		없음	-0.025	0.163	0.023	0.879
민간체육시설 도보 이용		복지관 도보 이용	-0.110	0.278	0.158	0.691
문화센터 도보 이용	경로당 도보 이용	0.375	0.853	0.193	0.660	
아외공간 도보 이용	구청 및 동주민센터 도보 이용	0.122	0.401	0.093	0.761	
편의시설 도보 이용	공공체육시설 도보 이용	0.134	0.453	0.087	0.768	
	민간체육시설 도보 이용	-0.204	0.906	0.050	0.822	
	<b>문화센터 도보 이용</b>	<b>-0.672</b>	<b>0.215</b>	<b>9.791</b>	<b>0.002</b>	
	아외공간 도보 이용	-0.192	0.206	0.865	0.352	
	<b>편의시설 도보 이용</b>	<b>-0.554</b>	<b>0.268</b>	<b>4.259</b>	<b>0.039</b>	

## 04

### 지역사회자원 활용 강화를 위한 정책제언



- 1\_민간자원의 참여를 통한 공공 책무성 강화  
: ‘서울케어-건강돌봄’ 사업을 중심으로
- 2\_질병중심에서 포괄적 노인건강관리로의 전환
- 3\_취약노인을 중심으로 한 서울시 보건의료 자원배분
- 4\_노인친화 디자인 공원 확충

## 04. 지역사회자원 활용 강화를 위한 정책제언

### 1\_민간자원의 참여를 통한 공공성 및 책무성 강화: '서울케어-건강돌봄' 사업을 중심으로

서울시를 기준으로 전체 병상 수 대비 공공병상 수는 2018년 기준 약 13.0%로 (KOSIS, 2019), 의료서비스는 민간이 주도하고 있다. 지역사회 일차의료기관인 의원급 의료기관은 거의 100%가 민간에 의해 제공되고 있으며, 특히 지역사회 내 의사는 노인 만성질환 관리를 위해 가장 기초가 될 뿐만 아니라 중요한 자원이라고 할 수 있다. 연구결과에서도 확인했듯이 현재 서울시 노인들이 보건의료정보를 얻고 있는 가장 주된 출처가 동네 병·의원 의사들이고, 앞으로도 노인 2명 중 1명은 동네 의사로부터 정보를 얻고 싶어 한다는 것을 알 수 있다. 사실 그동안 우리 보건의료체계의 문제를 분석하는 과정에서, 건강증진 및 질병 예방이 아닌 치료 위주의 서비스를 제공하는 것을 주요 문제로 지적하곤 했다. 또한, 이에 대한 대안으로서 늘 제시되었던 것이 공공병상 및 공공의료기관 확대와 같은 공공인프라의 확충이었다. 물론 공공인프라를 지금보다 확대해야 한다는 것 자체를 반대하는 사람은 많지 않을 것이다. 다만 우리 의료시장이 민간주도로 흘러오게 된 것에는 낮은 경제력 하에서 빠른 시간에 의료체계를 갖추려는 과정에서 파생된 나름의 역사가 존재하며, 제도가 가지는 경로의 존성(path dependency)으로 인해 이를 어느 한순간에 개선하는 것이 매우 어려웠기 때문이다. 이처럼 공공병상을 확충하는 것이 중장기적인 목표일 수는 있지만, 단기간의 목표가 되기는 어렵다. 이러한 배경에서 공공인프라 확충과 함께 반드시 고려되어야 하는 것이 바로 민간의료자원과의 협력적 거버넌스를 구축하여, 이들에게 공공의 책무성을 부여하는 방식일 것이다. 다시 말해, 공공기관의 양적 확충 및 공공성 강화와 함께 민간기관의 공공성을 강화하는 투 트랙(two-track) 전략이 필요하며, 이는 공공의료기관이 직접 제공하지 못하는 영역 또는 민간의료기관이 더 큰 비교우위

를 가지는 영역을 통해, 공공보건의료의 총량을 확대하는 전략이라고도 볼 수 있다(정연 등, 2016; 김창엽, 2013). 이를 통해 민간의료기관의 공공성과 책무성을 높일 수 있는데, 공공성의 정의를 살펴보면 크게 3가지 정도의 의미가 있다(사이트, 준이치, 2009), 첫째, ‘공중의, 일반 국민의’라는 의미로, 다수의 사람들에게 보편적으로 관련 되는 경우를 말한다. 둘째는 ‘공적인, 공무의’라는 의미로, 정부 및 공공기관의 행위를 의미한다. 마지막으로, 개방성(openness)을 의미하기도 한다. 다시 말해 누구에게나 열려있고 어떤 누구의 접근도 거부하지 않는 공간이나 정보를 의미한다. 사실 그동안은 서울시 정책에서 내포하고 있었던 공공보건의료정책이라는 개념은 주로 서비스 제공 주체의 공공성을 의미하는 경우가 대부분이었다고 할 수 있다. 즉, 서비스 제공이 주로 민간에서 이루어지다 보니, 일차보건의료의 공공성이 낮다는 식의 해석이 가능했다. 그러나 ‘공공’의 해석 범주를 보다 제공하는 서비스의 내용 또는 자원조달 방식으로 넓힌다면, 대한민국의 의료기관은 모두 건강보험재정을 통해 자원조달을 하고 있으며, 일차의료기관은 그 비중이 매우 높다고 볼 수 있다. 게다가 일차의료기관이 제공해야 하는 서비스의 내용을 살펴보면, 지역주민 건강관리의 문지기(gate-keeper)는 물론 서비스의 지속성을 담보로 효과적으로 만성질환 관리를 수행할 수 있는 주체이기도 하다. 따라서 비록 공공보건의료정책의 영역이라고 할지라도 이들 민간의료자원과의 협력체계를 구축하는 것은 정책의 목적을 달성하기 위해 매우 의미가 크다고 할 수 있으며, 이 과정에서 민간의료기관에게도 사회적 책무성이 높아질 수 있다.

이러한 맥락에서 2018년 도입된 ‘서울케어-건강돌봄’ 사업은 좋은 사업 모델이자, 실험의 대상이 될 수 있다. 현재 서울케어 사업은 서울시 4개 자치구(관악, 노원, 성동, 은평)에서 부분적으로 시행되고 있으나, 민간의 참여는 매우 저조하다. 따라서 본 연구에서는 이 사업의 방향성을 제시하면서, 민간의 참여를 이끌어낼 수 있는 방안을 모색해보고자 한다. 본문을 통해 사업의 내용을 간단히 살펴봤지만, 이 사업은 마을의사(보건소 의사 또는 민간의사)를 포함한 건강돌봄팀이 노인을 방문하여 건강사정은 물론, 만성질환 관리 등 건강을 관리해주는 서비스로 구성되어 있다. 사실, 초고령사회를 대비하여 그 방향성은 바람직하다고 생각된다. 다만, 현재의 보건소 의사 인력과 현재 민간의사와의 협력수준을 고려했을 때 전체 노인을 대상으로 하기보다는 초기에 대상을 제한한 후 단계적으로 대상을 확대하는 방식의 전략이 필요하다고 판단된다. 노인 가구에 대한 찾아가는 서비스에서 가장 우선시 고려해야 할 것은 대상 노인이 지역사회 내 의료자원을 스스로 이용하기에 제한이 되는 신체적 장애가 있는지 여부

가 되어야 할 것이다. 따라서 노인보건사업이라고 할지라도 신체기능의 제한이 가장 많은 고령의 노인부터 순차적으로 제도권으로 포함하는 것이 바람직하다고 생각된다. 예를 들어 만 75세 이상 노인과 신체 장애인을 가장 우선으로 적용하고, 이후 만 70세 이상, 마지막으로 만 65세 이상 노인 전체로 확대하는 것이 대안이 될 수 있을 것이다.

또한, 이 사업의 핵심은 의사, 간호사, 사회복지사, 정신건강전문요원, 영양사, 운동처방사 등이 팀(team)을 이루어 필요한 서비스를 적시에 효율적으로 연계하여 제공하는 것이다. 하지만 현재 방식의 공공의사 주도의 건강돌봄팀은 자치구별로 만들 수 있는 팀의 수가 매우 제한적일 수밖에 없다. 이 사업이 효과를 거두기 위해서는 찾아가는 동주민센터와 같은 행정동 단위의 사업까지는 아니더라도 자치구별 3~4개 정도의 생활권 단위의 팀은 조직이 되어야 한다. 그래야만 각 건강돌봄팀이 효과적으로 자치구 전체를 아우를 수 있고, 노인 필요에 부합하는 만성질환 관리, 영양, 운동은 물론, 기타 의료기관 연계서비스까지 제공이 가능할 것이다. 이를 위해 지금의 공공에서의 의사채용이 어려운 점을 고려하여 동네 민간의사의 참여를 지금보다 더 활발하게 해야 할 것이며, 참여 인센티브를 위해 다음과 같은 방법들은 제안하고자 한다. 첫째, 자치구 의사회 및 동네 의사들과 서울시 사업의 가치를 공유하는 것이 가장 처음으로 해야 할 과업일 것이다. 물론 서울케어-건강돌봄 사업은 프로그램 구상 및 실행 단계에서 서울시 의사회와의 협력체계를 갖추기 위해 노력을 많이 해왔다. 그러나 정작 사업에 참여해야 하는 대상은 서울시 의사회라기보다는 지역의 동네 의사들이라고 할 수 있다. 이들이 실질적으로 사업에 참여할 수 있도록 회송, 방문 진료 수가 및 자문회의 수당 등을 현실화하는 것이 필수적이다. 수당 현실화의 기준은 본 연구의 결과이기도 한 도보 기준 15분 거리를 기준으로 하여 수당 책정이 될 것이다. 또한, 이보다도 중요한 것은 이 정책의 배경 및 목적을 동네 의사들과 공유하고, 공동의 목적을 달성하기 위한 파트너로서 인정하는 것이 될 것이다. 이를 가능하게 하기 위한 좋은 모델이 영국과 캐나다가 보건의료정책의 개발 및 도입할 때 사용되고 있는 'Knowledge Translation(KT)'이다. KT는 연구자(의료 전문가)와 사용자(공공) 간의 상호 전문지식을 교환하고, 이를 정책에 적용함으로써 건강증진 및 강화된 건강관리서비스를 제공할 수 있다는 개념이라고 할 수 있다(CIHR, 2004).

둘째, 지역의 축탁의를 보다 적극적으로 활용하는 것이 필요하다. 현재 대한민국에서는 장애인거주시설, 정신요양시설, 노숙인시설, 노인의료복지시설에는 관련 법적 규

정을 근거로 촉탁의 제도를 운영하고 있다(표 4-1 참조). 노인 및 장애인 진료의 영역에서 이들의 비중이 작지 않았던 것을 고려해 본다면 적극적으로 서울케어 사업에 참여시키게 하는 것도 이 사업의 성공을 위해 고려해 볼 수 있는 방안이라고 생각된다.

[표 4-1] 장애인거주시설·정신요양시설·노숙인시설·노인의료복지시설 촉탁의 제도 비교

구분	장애인 거주시설	정신요양시설	노숙인시설	노인의료복지시설 (노인주거복지)
관련 규정	「2018년 장애인 복지시설 사업안내」	「2018년 정신건강 사업안내」	「2018년 노숙인 등의 복지사업안내」	「2018년 노인보건복지 사업안내(협약의 기관 및 촉탁 의사 운영규정)」
촉탁 의사 근무시간	월 2회 이상 근무시간 없음	주 1회 이상 (1회 8시간 이상)	월 4회 (1일 8시간)	월 2회 이상 진료 (1회 50명 이내 진료 가능)
월 인건비	2,536,000원 (국가보조금)	2,440,000원 (국가보조금)	2,372,400원 (국가보조금)	1회 50명 이내 진료비용 (국민건강보험)
입소대상	장애인	정신장애인	노숙인	장기요양 등급 노인
시설 수 (입소자 수) (촉탁의사 수)	1,505개 (약 30,980명) (347명)	59개 (약 11,072명) (58명)	77개 (약 7,265명) (17명)	3,286개 (약 131,064명) (2,853명)

출처: 국민권익위원회, 보도자료, 2018. 7. 31.

이 과정에서 지역의사회와 국민건강보험공단과의 협조를 통해 촉탁의 정보, 촉탁의 평가 등을 연동하는 것도 필요할 것이다. 특히 자치구 의사회를 통해 촉탁의를 추천하게 하는 것이 필요한데, 현 촉탁의 제도 운영과정에서도 서울시 의사회에 추천권이 주어지고는 있으나, 의견이 적극적으로 반영되기는 어려운 구조이다. 또한, 현재의 중앙협의체(대한의사협회 임원 3명, 시도 의사회 대표 1명, 지역협의체 대표 1명, 국민건강보험공단 노인장기요양보험 관련 전문가 2명, 노인요양시설협회 대표 등 2명)의 의사결정과정에서 시·도 의사회의 의견도 크게 반영되기 어려운 구조 속에서 자치구 의사회의 영향력을 높이는 것은 쉽지 않을 수 있다.

셋째, 서울케어-건강돌봄 사업의 일부를 자치구 의사회로 위탁 운영하는 방안이다. 현재의 서울케어 사업은 주로 보건소의 의사를 통해 시범 자치구 당 1개 정도의 건강

돌봄팀을 구성해서 노인건강관리를 하고 있다. 하지만 앞서 언급한 것처럼 보건소 의사가 중심이 되어 자치구 당 1개의 팀만으로는 현재 서울시 노인들의 욕구를 충족하기에는 터무니없이 적다. 현재의 보건소 의사 인력을 통해 생활권 전체를 아우르는 것이 현실적으로 어려우며, 본 연구의 결과에서도 나왔듯이 현재 노인들이 건강관리를 받고 싶어 하는 대상은 동네 의사들이라는 사실을 다시금 상기해 볼 때, 이 사업에 동네 의사들을 참여시키는 것은 사업의 정착을 위해 반드시 필요하다고 판단된다. 다만, 각 자치구 보건소가 직접 개별적으로 의사들과 계약을 맺는 것에는 불필요한 행정력이 소요되며, 이 과정에서 자치구 간 편차도 크게 나타날 것으로 우려된다. 이에 동네 의사들에 대해 서울시보다 더 많은 정보를 갖고 있는 자치구 의사회에 서울케어 사업의 일부를 위탁 운영하는 방식을 고려할 수 있다. 현재 서울시에서도 자치구 의사회가 공공정책에 관심이 많은 곳이 있고 상대적으로 그렇지 못한 곳들도 있다. 또한 자치구 별로 서울시 보건의료자원이 비교적 잘 배치되어 운영되는 곳도 있고 상대적으로 그렇지 못한 곳도 있다. 이러한 환경을 전반적으로 고려하여, 자치구 환경에 따라 자연스럽게 보건소가 직영하여 서울케어 사업을 운영할 수도 있고, 자치구 의사회에 관련 사업비를 위탁하고, 마을의사 선정에서부터 만성질환 관리 프로세스, 이후 질 관리에 이르는 과정을 위탁 운영하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 이 외에도 의료협동조합의 지역 영향력이 큰 자치구에 경우에는 이들과의 협력체계를 구축하여 사업을 운영하는 것도 한 가지 방안이 될 수 있다. 물론 이 과정에서 사업을 민간으로 위탁을 하게 된다면 만성질환 관리 과정, 마을 의사에 대한 정보 등을 최소한의 정보는 지역 보건소-서울시 시민건강국으로 보고하는 체계를 구축하는 것이 선행되어야 할 것이다(그림 4-11 참조). 이렇듯 서비스 제공의 주체를 다양화하여 운영한다면 제공자별 경쟁 효과는 물론, 단기간에 보다 효과적으로 노인건강 관리를 실현될 수 있을 것으로 기대된다.



## 2\_ 질병중심에서 포괄적 노인건강관리로의 전환

그동안 서울시 및 중앙정부의 노인보건의료정책은 주로 질병 관리에 초점이 맞추어져 왔으며, 특히 고혈압과 당뇨와 같은 만성질환 관리에 거의 모든 초점이 맞추어졌던 것이 사실이다. 그러나 본 연구에서 확인했듯이 서울시 노인들은 고혈압 및 당뇨 유병률이 높기는 하지만, 이들에 대한 관리율도 90%를 훨씬 상회하고 있었다. 따라서 향후 서울시 보건의료정책의 사업 방향과 범위를 보다 확장할 필요성이 있다(그림 4-2 참조). 구체적으로 백내장, 저작 불편, 난청, 인지저하 등과 같이 노화의 과정에서 자연스럽게 나타나는 문제들을 조기에 발견하고, 이러한 증상이 질병으로 진행되는 것을 늦추는 방향으로 운영해야 할 것이다. 이러한 기능을 관리하는 것은 이제 서울시 노인보건의료정책이 질병 관리를 넘어 노인의 삶의 질을 높이겠다고 하는 함의를 주는 것이기도 하다. 앞서 이동에 어려움을 겪는 노인들을 위해 서울케어-건강돌봄 사업을 운영한다면, 포괄적 기능상태 관리는 보편적 노인을 대상으로 하여 사업을 진행하되, 지금까지 구에 하나씩 있는 보건소 중심이 아닌 서울시에서 확대하고 있는 보건지소, 또는 중앙정부가 강조하고 있는 건강생활지원센터처럼 노인의 거주지와 가깝게 위치하여 확대, 운영한다면 효과적일 수 있다. 특히 이와 같은 역할을 하는 보건지소 또는 건강생활지원센터의 경우, 보건소 또는 참여형 보건지소와 같이 넓은 공간과 많은 인력이 필요하지 않기 때문에 향후 장소를 확보하는 과정에서 지하철 역사의 유휴공간의 일부를 활용하여 서비스를 제공할 것을 제안한다. 우리나라 노인들은 만 65세 이후 지하철 이용이 무료이기 때문에 지하철 역사 내에 이러한 센터를 마련한다면 이용률은 매우 높을 것으로 기대된다.



[그림 4-2] 보건지소/건강생활지원센터의 향후 기능

### 3\_취약노인을 중심으로 한 서울시 보건의료 자원배분

본 연구결과에서 확인했듯이 만성질환 관리에 취약한 계층, 걷기 실천에 취약한 계층은 공통적으로 취약가구였다. 결과에 따르면 단순히 소득이 취약가구를 설명하지 않으며, 독거와 손자녀가구 등 가구 형태의 취약성, 반지하·엘리베이터가 없는 2~5층의 다가구주택 거주와 같은 주거형태의 취약성, 마지막으로 의료정보에 대한 해석능력을 의미하는 건강문해력 수준을 이용하여서도 취약노인을 정의할 수 있으며, 이를 서울시 정책에 고려하는 것은 의미가 있다고 하겠다.

먼저 현재 만 65세, 만 70세 보편방문에 초점이 맞춰진 찾아가는 동주민센터 방문건강관리사업의 대상을 점진적으로 만 65세 이상 저소득, 취약가구(독거·손자녀가구), 취약주택(반지하·엘리베이터 미설치 주택) 등으로 이동하여 우선순위를 조율하는 것을 고려해 볼 수 있다. 실제로 2015년 찾아가는 동주민센터 방문건강관리사업이 시작된 이후로 보편 노인 가정방문 비율은 점차 감소하고 있으며, 일하는 노인의 증가·방문거부 등의 이유로 인해 저소득층을 중심으로 한 방문건강관리의 비중이 높아지고 있다(김귀영 등, 2018). 이러한 상황에서 향후 찾아가는 동주민센터 방문건강관리의 방향성을 재설정하는 것은 필요한 노인에게 서비스가 우선 제공된다는 측면에서 형평성 달성에도 기여할 수 있다.

추가로 서울시 시립병원을 대상으로 진료동행 서비스를 확대 운영하는 것을 제안한다. 연구결과에서도 확인했듯이, 건강문해력 수준은 만성질환 관리에 매우 중요한 요인이다. 건강문해력은 교육 및 소득수준이 낮을수록, 사회적 지지가 낮을수록 동시에 낮을 가능성이 크다. 그러나 노인의 건강문해력 수준은 단기간 교육을 통해서 높아지지 않기 때문에 이들의 질병 및 질병 관리에 대한 이해력을 높이기 위한 방안으로 모든 서울시 시립병원에서 의사 진료 시 동행하여 의사 설명에 대한 이해를 돕는 전담 인력을 배치할 것을 제안한다. 이러한 진료동행을 통해서 일차적으로는 치료과정에서 취약노인들의 심리적 안정감을 높여줄 수 있고, 이를 바탕으로 질병 관리에 대한 이해도가 높아진다면 자연스럽게 의사 처방 및 약품 복용 순응도 또한 함께 높아질 것으로 기대할 수 있다. 물론 제도 시행을 위해 사전에 진료동행 동의서를 받아야 할 것이며, 이는 의료기관, 찾아가는 동주민센터, 서울케어-건강돌봄, 돌봄SOS센터, 보건소 및 보건지소 등 다양한 채널을 통해 협력하여 진행하는 것이 바람직하다고 생각된다.

## 4\_노인친화 디자인 공원 확충

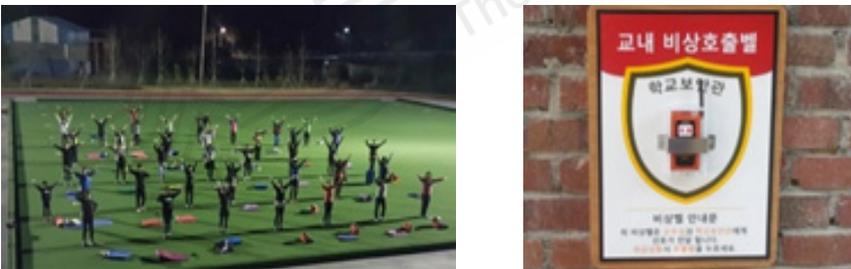
설문조사 결과에서 확인했듯이 노인의 공원 이용률은 77.2%로, 공공체육시설 이용률 6.6%, 민간체육시설 이용률 4.2%보다 월등히 높은 수준으로 나타났다. 주거지로부터 도보 30분 이내 거리에 있는 공원을 이용한다고 응답한 노인 비율은 84.8%로, 대부분이 집에서 가까운 공원을 이용하며, 92%가 운동 목적으로 공원을 이용하고 있었다. 운동 목적으로 집에서 가까운 공원을 거의 매일 또는 주 1~2회 이용하는 노인의 비율이 상당히 높게 나온 연구결과를 확인했을 때, 앞으로 지역사회에 노인친화 디자인 공원의 확충을 통해 노인의 건강관리역량을 강화하는 것이 필요하다고 생각된다. 이를 위해 먼저 '서울시 10분 동네 생활 SOC' 사업 시 노인친화 디자인 공원을 우선적으로 확충하는 것을 고려할 수 있다. 실제로 독일, 일본, 핀란드, 영국 등 많은 해외 국가에서 노인이 스스로 건강을 관리할 수 있도록 노인친화 디자인 공원을 조성하고 있으며, 이러한 해외 노인친화 디자인 공원 사례들의 공통점은 다음과 같다. 첫째, 로잉머신(rowing machine), 계단, 페달 등 인체에 충격이 적은 운동기구를 설치하여 노인의 근력, 유연성 등을 강화해주고, 공원에서 요가, 에어로빅 등의 운동 프로그램을 진행하고 있다([그림 4-3] 참조). 둘째, 공원 이용 대상을 노인·성인·청소년 및 아동 모두가 이용할 수 있도록 하는 국가가 있고, 노인으로 제한하는 국가가 있었다. 미국의 오레곤주, 캐나다 등은 아동부터 성인, 노인까지 모든 세대가 이용할 수 있는(multi-generational) 공원을 조성하여 자녀 또는 손자녀를 보면서 어른들도 함께 운동하고, 이를 통해 세대 간에 소통하고 서로 이해할 수 있도록 했다. 반면 독일은 65세 이상 노인만 공원을 이용하도록 제한을 두어 노인 전용 공간을 마련하였다. 셋째, 운동, 건강증진 목적만을 위한 노인친화 디자인 공원에서 벗어나 노인들이 놀이할 수 있는 공간으로도 활용되고 있다. 체스, 보체(이탈리아식 볼링 게임) 등의 놀이를 통해 지역사회 노인 간 친목을 쌓을 수 있도록 하였다. 서울시 또한 양천구에 있는 오솔길 실버공원 등 노인친화 디자인 공원을 짓고 있으나, 아직은 소수에 그치는 실정이다. 이에 앞서 언급한 서울시 '10분 동네 생활 SOC' 사업 시 노인친화 디자인 공원을 우선 확충해야 할 필요가 있으며, 공원의 추가 확충이 어려운 경우 기존 소규모 공원을 리모델링하는 방안도 생각해볼 수 있을 것이다. 이를 통해 노인의 체력뿐 아니라 감각, 기억력 강화 등을 위한 기구들을 설치하고, 노인들이 함께 운동하며 사회적 교류를 통해 우울감을 예방할 수 있어야 할 것이다.



[그림 4-3] 노인친화 디자인 공원 해외 사례: 독일, 일본

출처: UCLA, 2014, Placemaking for an aging population

한편 공원을 추가로 설치하거나 기존의 공원을 리모델링하는 방안이 현실적으로 제한적일 경우 지역사회 내 학교 운동장 개방을 통해 노인에게 오픈스페이스를 제공하는 방안도 고려할 수 있다. 이때 낙상 등의 위험이 큰 야간에 운동장을 개방하기보다는 노인의 활동 시간인 새벽 운동장 개방을 우선 고려해야 할 것이다. 또한, 개방 운동장의 이용과 관리를 위해 서울시-자치구-보건소-학교-주민이 공동 협의체를 운영하는 방안과 서울시와 자치구가 운동장 내 트랙·교내 비상 호출벨·CCTV 등을 설치하는데 드는 비용을 지원하는 방안을 제안한다.



[그림 4-4] 학교운동장 야간 개방 및 교내 비상 호출벨 설치

출처: 제천시 야간운동교실, 서울녹번초등학교

---

## 참고문헌

- 국민건강보험공단, 2013, 건강보험통계
- 김성은 외, 2019, “일반 성인의 건강문해력의 하위 차원과 건강 관련 행위간의 관계”, 『보건사회연구』, 39권 1호, pp.334-364.
- 김윤영·윤혜영, 2018, “커뮤니티케어 해외사례와 함의 그리고 구상”, 『비판과 사회정책』제60호, pp.135-168.
- 김창엽, 2013, 건강할 권리: 건강 정의와 민주주의. 서울: 후마니타스.
- 남은우 외, 2019. “일본과 서울시 보건복지통합서비스 분석과 커뮤니티케어의 정책 방향: Capacity mapping tool을 이용하여”.
- 백희정, 2017, “서울시 방문건강관리사업 교육 및 평가보고서”, 『중앙대학교 산학협력단』pp.3-13.
- 사이토 준이치, 2009, 민주적 공공성: 허버마스와 아렌트를 넘어서(윤대석, 류슈연, 윤미란 역), 서울: 도서출판 이음.
- 서울시 복지포털, 2017.
- 서울시, 2017, “찾아가는 동주민센터 업무매뉴얼”, 『서울시 시민건강국 건강증진과』.
- 서울시, 2018, “찾아가는 건강돌봄서비스 사업안내서”, 『서울시 공공보건의료재단』.
- 서울시, 2019, 희망복지과 내부문서.
- 서울시, 2019, 보건의료정책과 내부문서.
- 유은정, 2018, “한국형 커뮤니티케어와 일본의 지역포괄케어”, 『한국건강증진개발원 Health Issue』제 053호, pp.1-8.
- 이건세, 2018, “일본의 지역포괄케어와 커뮤니티케어의 과제”, 『월간 복지동향』제238호 pp.19-27.
- 임정미, 2018, “일본의 지역포괄케어시스템: 지역포괄지원센터를 중심으로”, 『국제사회보장리뷰』여름호 5호, pp.67-77.
- 정연·이근찬·유명순, 2016, 한국 민간의료기관의 공익성: 분석틀 개발과 현황의 측정, 『보건사회연구』, 36(4):44-373.

질병관리본부, 2017, 만성질환의 사망 및 회피가능 사망률.

한국보건사회연구원, 2014, 노인실태조사.

日本 후생노동성, 2018. 3, 地域包括케어.

www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\_kaigo/kaigokoureisha/chiiki-hou katsu에  
서 2018. 3. 25, 인출.

Berkman, N. D. et al., 2011, "Low health literacy and health outcomes: an updated  
systematic review", *Annals of Internal Medicine*, 155(2), pp 97-107.

CIHR, (2004). Knowledge translation strategy 2004-2009: Innovation in action. Ottawa,  
ON: Canadian Institutes of Health Research.

OECD, 2017, Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris,  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).

UCLA Luskin School of Public Affairs. 2014. Placemaking for an aging population.



## Strengthening Plan of Community Services to Improve Health Status of the Elderly in Seoul

Chang-Woo Shon · Jung-Ah Kim

Chronic disease has been pointed out as the culprit of health of the elderly in Korea for years, and OECD also pointed out that poor management of chronic disease of the Korean elderly. To solve this problem, 'Community Care' policy has been staged since last year, which focuses on providing social services at the level of community. So this study performed the survey on the elderly aged over 65 in Seoul to grasp their health status, health behavior, and the present situation of utilizing community resources. Community resources are provided into three categories, healthcare and medical institutions, gu and dong offices, open spaces, public and private sports facilities. In addition, this study staged the regression analysis to find out the factors influencing on the chronic disease management and walking of elderly. After analysis, this study can draw four conclusions. First, public accountability will need to be consolidated through participations of private resources in the community such as medical associations of each district. Second, comprehensive management for health of elderly is needed including not only each disease but also their functional status such as hearing, sight, masticatory function, and cognitive decline. Third, visiting services will need to be expanded focusing on the vulnerable elderly. Lastly, 'the elderly-friendly' parks will need to be expanded to strengthen the health of the elderly,

---

# Contents

## **01 Introduction**

- 1\_Background and Purpose of the Study
- 2\_Main Contents and Research Methods

## **02 Trends of Community Healthcare-Welfare Integrated Services**

- 1\_Case of Healthcare-Welfare Integrated Services in Seoul
- 2\_Case of Community Integrated Services in Japan

## **03 Situation of Health Management of Elderly in Seoul**

- 1\_Basic Characteristics of Respondents
- 2\_Health Status and Health Behavior
- 3\_Situation of Utilizing Community Resources
- 4\_Situation of Unmet needs for Health Information
- 5\_Analysis of Determinants on Health Management of City Elderly

## **04 Policy Suggestions for Reinforcement of Community Resources Utilization**

- 1\_Reinforcement of Publicness and Accountability through Participation of Private Resources: Focusing on 'Seoul Care-Health Caring' Projects
- 2\_Transition from 'Disease-centered' to 'Integrated Services for Elderly'
- 3\_Allocation of Healthcare Resources in Seoul focused on Vulnerable Elderly
- 4\_Expansion of Elderly-friendly Designed Parks in Community

---

도시노인의 건강증진을 위한  
지역사회서비스 강화 방안

SeTTA 2018-CR-18

---

**발행일** 2019년 5월 31일

**발행처** 서울싱크탱크협의회

**ISBN** 979-11-5700-478-2 93330 비매품

06756 서울특별시 서초구 남부순환로 340길 57 서울연구원

02053 서울특별시 중랑구 신내로 156 서울의료원

03909 서울특별시 마포구 매봉산로31 에스플렉스센터

스마티움 8층 서울특별시공공보건의료재단

이 출판물의 판권은 서울연구원, 서울의료원,  
서울특별시공공보건의료재단에 속합니다.