

행복한 동행의 시작! 병원동행서비스&매니저



병원동행 매니저

기본교재 + 문제

■ 김대섭 ■ 문은주 ■ 공저

한국교육평가개발원

병원 동행 서비스 매니저



목 차

병 원 동 행 매 니 저

I . 현대사회와 노인문제	4
1. 노인에 대한 이해	5
2. 노년기 이해하기	15
3. 노화에 대한 이론	22
II . 노인장기요양보험제도와 노인맞춤돌봄서비스	36
1. 노인장기요양보험제도	37
2. 노인맞춤돌봄서비스	47
III . 병원동행서비스와 병원동행매니저	56
1. 병원동행서비스	57
2. 병원동행매니저	68

목 차

병 원 동 행 매 니 저

IV. 의사소통과 정서지원	82
1. 효과적인 의사소통과 정서지원	83
2. 상황별 의사소통	96
V. 병원동행 실무 기초지식	100
1. 의학용어와 병원용어	101
2. 병원진료 예약과 관리	109
VI. 병원동행매니저 응급상황 대처	114
1. 심정지와 생존사슬	115
2. 심폐소생술 이해	120
3. 자동심장충격기 적용	129
참고문헌	132

제 I 편

현대사회와 노인 문제



병원동행매니저 강의

기본교재 강의안

I 1편 현대사회와 노인 문제

1장. 노인에 대한 이해

▶ 차시는 강의 현장에 따라 상이할 수 있습니다.

우리나라는 지속적인 경제발전으로 소득수준이 향상되고, 의료기술이 발달하면서 생활 수준이 개선되어 평균수명이 연장되고 있다. 그로 인해 노인인구는 계속 늘어나고 있다. 우리나라 노인인구(65세 이상)는 2025년 기준 1,000만 명, 전체의 20%로 초고령사회로 나아가고 있고, 2060년에는 40%대를 넘어설 것으로 예상된다(통계청, 2022).

우리나라의 인구 고령화는 앞으로 더욱더 가속화되어 세계에서 최단기간에 고령화 사회에서 고령사회와 초고령사회에 진입할 것으로 예상된다. 따라서 급격한 노인 인구의 증가로 인하여 발생하는 다양한 사회적·경제적 문제가 대두되고 있다.



[사진출처-영화 어웨이프롬허, 제작 The Film Farm, Foundry Films, Echo Lake Productions, Pulling Focus Pictures, 배급 마스 엔터테인먼트 / 영화 그대를 사랑합니다, 제작 세인트 폴 시네마, 그대사 엔터테인먼트, 배급 NEW / 영화 내머리속의 지우개, 제작 싸이더스, 배급 CJ엔터테인먼트 / 영화 내일의 기억, 제작 도에이, 배급 UPI코리아]

1절 노인에 대한 정의

1. 노인의 개념



전 인생의 삶의 과정 가운데 최종단계에 돌입하게 되면 신체적, 정신적, 사회적 측면에서 그 능력이나 적응성이 퇴화현상을 나타내게 되는데. 이로 인해 사회기능 수행에 장애를 초래하는 노년기의 사람을 ‘노인’이라고 말하고 있으며 노인이라는 용어는 후기 성인, 노령자, 장로, 연장자, 원로 등 관점에 따라 다양하게 일컬어지고 있다.

노인에 대한 개념은 정신연령과 신체 나이가 개인에 따라 다를 뿐 아니라 역연령과 생리적 연령이 일치하지 않기 때문에 정확한 해답은 아직 얻지 못하고 있다.

즉 노년기 변화가 시작하는 시기는 개인의 차이가 매우 심하고 동일 개체에도 각 기관에 의한 노화의 시작이 다르게 나타나기 때문에 정확하게 규정할 수 없지만, 학문적으로는 개인적 노화와 인구의 노령화를 구분하여 노인의 개념을 규정하고 있다.

1951년 제2회 국제노년학회에서는 노인을

- * 환경의 변화에 적절히 적응할 수 있는 조직기능이 감퇴하고 있는 사람
- * 생체의 자체 통합능력이 감퇴하고 있는 사람
- * 인체의 기관, 조직, 기능 등에 쇠퇴 현상이 일어나고 있는 시기에 있는 사람
- * 생체의 적응 능력이 점차로 결손 되는 사람
- * 조직의 예비능력이 감퇴하여 적응이 제대로 되지 않는 사람으로 정의하고 있다.



국제노인학에서는 노인에 대해 “인간의 노령화 과정에서 나타나는 생리적, 심리적, 정신적 환경 및 행동 변화가 상호작용하여 복합적 형태의 변화과정에 있는 자”로 정의하고 있다.

노인에 관한 의미는 문화와 사회적 맥락 속에서 많은 다양한 과정들로 구성되면서 때로는 긍정적으로 때로는 부정적으로 정의되어왔다.

다음과 같이 노인을 3가지 측면에서 보면

- * 생리적, 생물학적인 면에서 쇠퇴기에 있는 사람
- * 심리적인 면에서 정신기능과 성격이 변화되고 있는 사람
- * 사회적인 면에서 지위와 역할이 상실되어가고 있는 사람이라고 정의할 수 있지만
한편 노인에 관한 이러한 부정적인 맥락에서의 정의는 오늘날 변화되어 점차 보다 많은 경험과 다양한 활동에서의 기술, 지혜, 평화로움, 원숙미 등 긍정적인 측면에서 설명되고 있다.

그래서 ‘황금 연령층’ 부유한 노인을 지칭하는 ‘우피족’과 같은 긍정적인 용어로 표현되기도 한다.

지식 검색 우피족(Woopie)

■ 우피족(Woopie)과 푸피족(Poopie)

- 부유한 노인과 가난한 노인의 소득 격차 확대

■ 우피족(Woopie : Well-off older people)이란 ‘경제적으로 여유가 있는 노인으로서, 중위소득 150% 이상, 65세 이상 가구주’이며, 한편 푸피족(Poopie : Poorly-off older people)은 ‘경제적으로 여유가 없는 노인으로서, 중위소득 50% 미만, 65세 이상 가구주’로 정의하였다.

노인이란 기능적 측면에서 신체적 생활이 현저하게 감퇴하고, 심리적 측면에서는 불안감, 고독감, 보수성, 자기중심성 및 의존성이 증가하며, 또한 경제적 측면에서는 경제활동을 중단하는 시기에 놓여 있는 사람이며, 노인 특유의 신체적, 심리적, 사회적 변화 때문에 노인들이 가지는 성격적 특성이 나타난다고 보는 것이 일반적이다.



2. 노인에 대한 잘못된 고정관념



노년기는 신체적, 심리적, 사회적으로 위축되는 시기이기 때문에 노인이 자기 스스로에 대한 부정적인 자아 정체감을 느끼기 쉽다. 이때 사회적으로 노인을 부정적인 편견으로 낙인찍게 되면 노인은 사회적으로 적응하지 못하게 된다. 과거의 노인들은 연장자로서의 존경을 사회와 가족으로부터 받으며 그들의 경험과 지혜는 높이 평가되었다.

그러나 현대에는 노인이란 아프고, 무능력하고 고집이 세고 옛것만을 주장하고 새로운 것을 거부한다고 부정적으로 보는 경우가 종종 있다.

노인을 소비자로 보는 실버산업에서 노인 소비계층에 대한 부정적 고정관념으로 지적된 것을 보면

- * 노인들은 경제적으로 불리하다.
- * 노인들은 아프다.
- * 노인들은 고독하고 외롭고 시설에 수용되어 있다.
- * 노인은 노망들거나 변덕스럽다.
- * 노인들은 노화현상과 죽음에 대한 두려움이 있다.
- * 노년기에는 모험, 낭만, 성적 욕망 등이 줄어든다.
- * 노인들은 모두 다 똑같다.
- * 노인들은 새로운 것을 거부한다.

물론 노인 개인에 따라 부정적 특성이 있기도 하지만 다양성을 무시하고 노인을 일관되게 고정된 시각으로 판단하는 것은 잘못된 것이다. 이러한 잘못된 고정관념은 노인에 대한 부정적 선입견을 품게 되어 직장에서나 사회적으로 차별대우를 하게 되고 노인 자신도 자기를 비하하고 무능력한 자로 낙인찍는다.

노년기에 노인들은 퇴직으로 인한 역할상실, 건강 약화로 위기를 경험하게 되는데 여기에 사회가 가진 노인에 대한 부정적 고정관념이 합쳐져 노인은 자신의 판단보다 외부의 판단에 의존하게 된다. 즉, 역할상실, 불분명한 규범적 지침, 준거 집단의 결여로 노인은 민감하게 되어 가족이나 주변 아니라 본인도 외부적 낙인을 수용하게 되는 사회적 ‘와해 증후군’이 나타나게 된다.

이것은 하나의 악순환의 고리를 형성하여 순환되는데 이를 깨트리기 위해서는 노인들에게 자신의 장점을 살려 능력을 발휘하고 향상할 수 있는 자리를 제공하는 사회적 재건설모델이 제시되어야 한다고 주장한다.



예를 들면 지역사회 내에서 노인들이 참여할 수 있는 자원봉사활동을 활성화하거나 가정 내에서 노인들의 능력에 알맞은 일거리를 제공하는 것이 바람직하다.

노인에 대한 잘못된 고정관념을 타파하기 위해서는 무엇보다도 노인 스스로가 앞장서서 노인의 긍정적인 이미지 구축을 위하여 노력하여야 한다. 노년기를 보람 있게 보내기 위한 노인들의 여가 및 사회활동 참여, 특히 요즈음 사회적 관심이 높아지고 있는 노인의 노인을 위한 자원봉사 등 여러 가지의 긍정적 활동이 있다. 소극적, 수동적인 모습뿐 아니라 적극적인 모습들도 보일 수 있으며 노인에 대한 올바른 이해가 가능하다.

또한 서로 다른 연령층을 이해할 수 있는 세대 간 교류프로그램을 마련하거나 노년기의 변화 및 생활실태, 사회적 대비책 등에 관한 내용을 초, 중, 고등학생의 교육과정 내에 포함해 전반적인 사회 인식이 전환되는 계기가 마련되어야 한다.

노인의 이미지를 형성하는데 있어서 대중매체의 역할도 중요하다.

예를 들면, 현재 TV에 등장하는 노인은 긍정적 측면보다는 수다스럽고, 고집스럽고, 무기력하고, 보기 싫은 모습으로 묘사되는 경우가 많다.

MEMO



1장 노인에 대한 이해

2절 고령화와 노인 삶의 변화

1. 고령화와 노인

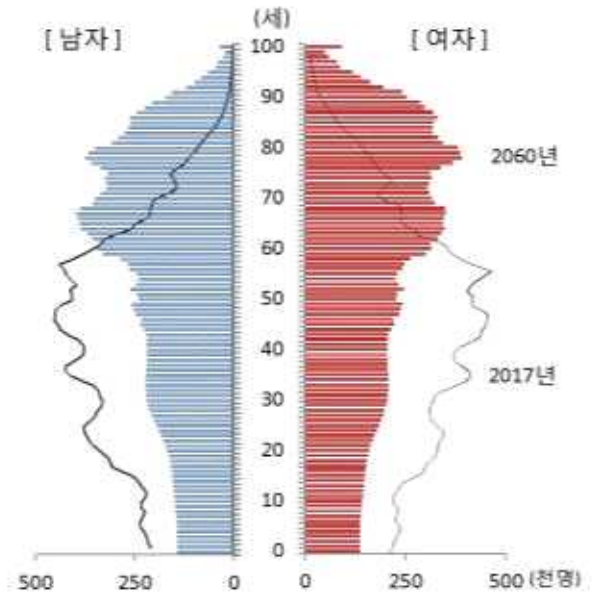
▶ 우리나라 65세 이상 고령자는 전체 인구 중 17.5%를 차지한다.

- 2023년 우리나라 전체 인구는 5,155만 명으로, 이 중 65세 이상은 17.5%인 901만 8천 명이며 2060년에는 41.0%까지 늘어날 전망이다
- 연령별로 살펴보면, 65~69세와 70~79세는 비중이 감소하는 반면, 80세 이상의 비중은 지속해서 증가할 전망이다
- 2020년 인구 피라미드는 30~50대가 두터운 항아리 형태이며, 2060년에는 고령화로 인하여 60대 이상이 두터운 모습으로 변화될 것으로 전망됨

< 고령자의 연령대별 구성비 >



< 인구 피라미드 >



▶ 우리나라 65세 이상 고령자 가구는 2045년에 47.7%가 될 것으로 전망된다.

- 2019년 고령자 가구(가구주 연령이 65세 이상)는 399만9천 가구로 전체 가구의 20.5%를 차지하며, 이는 계속 증가하여 2045년에는 47.7%가 될 전망이다
- 고령자 가구를 유형별로 보면, 1인 가구 비중이 33.4%로 가장 많고, 그다음은 부부(32.7%), 부부+자녀(9.8%), 부(모)+자녀(5.5%) 순임

< 고령자 가구 추이 >



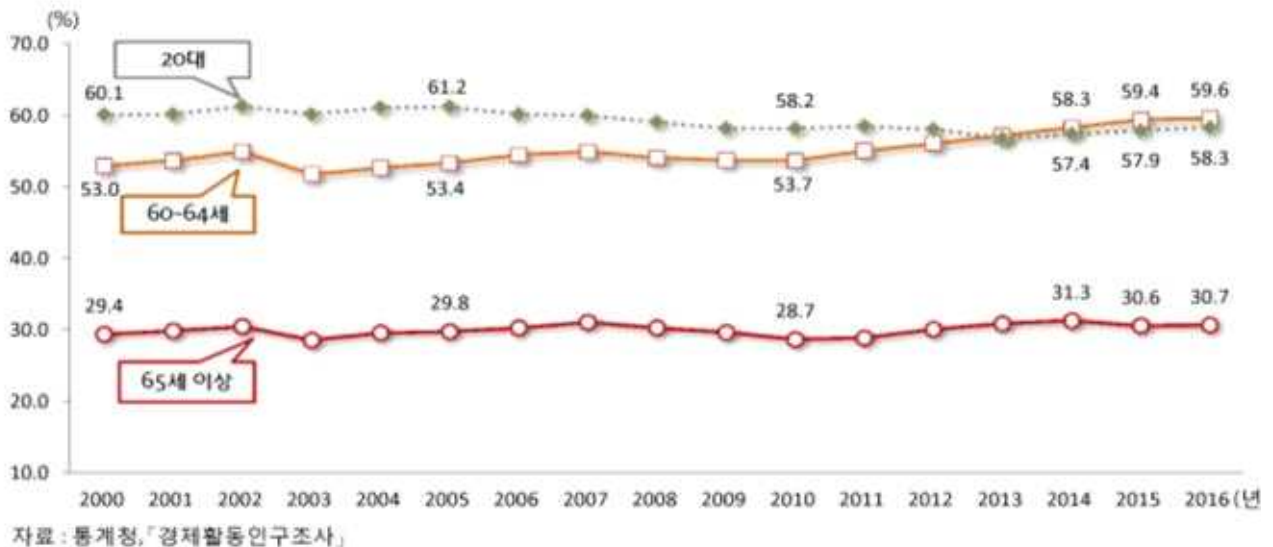
< 고령자 가구 유형별 구성비 >



➤ 65세 이상 고용률은 2016년보다 0.1% 증가한 30.7%이다.

- 2016년 전체 고용률은 60.4%로 50대를 제외한 모든 연령대의 고용률이 증가하였으며, 이 중 65세 이상 고령자의 고용률은 30.7%로 전년(30.6%)보다 0.1% 증가함
- 65세 이상 고령자의 남자 고용률은 41.1%, 여자 고용률은 23.2%이며, 최근 남녀 간 고용률 차이는 감소함
- 60~64세 고용률은 2013년 이후 계속 20대 고용률보다 높음

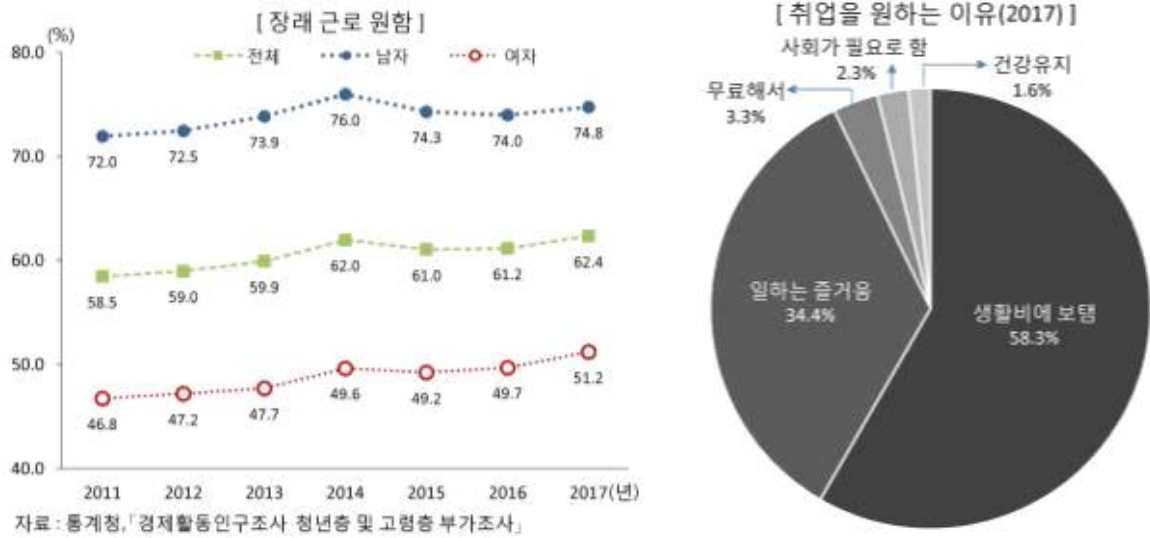
< 연령대별 고용률 >



➤ 65~79세 고령자 10명 중 6명(62.4%)은 일하기를 원한다.

- 2017년 65~79세 고령자 중 일하기를 원하는 사람은 62.4%로 전년보다 1.2% 증가함
- 일하기를 원하는 고령자는 남자와 여자 모두 최근 3년 동안 증가하고 있는 추세임

< 취업 의사 및 취업을 원하는 이유 >



▶ 국민기초생활보장을 받는 고령자는 42만1천 명이다.

- 2016년 국민기초생활보장 전체 수급자 154만 명 중 고령자는 42만1천 명으로 27.3%를 차지하고 전년보다 1,279명 증가함
- 2015년 맞춤형 급여체제로 개편된 이후 고령자 수급자보다 전체 수급자가 더 큰 폭으로 증가하여 65세 이상 수급자 비중은 상대적으로 감소(30.6%→27.0%)하였으나, 2016년에 다시 0.3% 증가함
- 성별로 보면, 2016년 여자 수급자는 28만4천 명으로 전년보다 2,507명 감소하였으나, 남자 수급자는 13만7천 명으로 전년보다 3,786명이 증가함

< 국민기초생활보장 수급자 현황(65세 이상) >

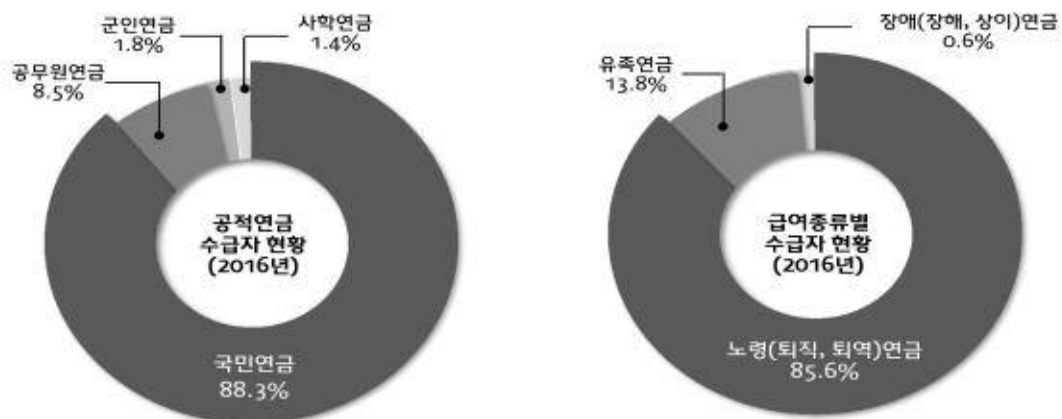


자료: 보건복지부, 「국민기초생활보장 수급자 현황」

▶ 우리나라 65세 이상 고령자 중 44.6%는 공적연금을 받는다.

- 2016년 국민연금, 공무원연금, 군인연금, 사학연금 등 공적연금을 받는 65세 이상 고령자는 301만6천 명으로 전체 고령자 중 44.6%를 차지함
- 공적연금 중에 국민연금 수급자가 88.3%로 가장 많으며, 그다음은 공무원연금(8.5%), 군인연금(1.8%), 사학연금(1.4%) 순임
- 연령대별로는 65~69세의 수급률이 56.6%로 가장 높은 것으로 나타남

< 공적연금 수급자 >



자료: 국민연금공단「국민연금통계연보」, 공무원연금공단「공무원연금통계」, 사립학교교직원연금공단「사학연금통계연보」, 국방부「군인연금통계」

▶ 2017년 55~79세 고령자의 월평균 연금 수령액은 52만 원이다.

- 55~79세 고령자 중 45.3%인 584만7천 명이 평균 52만 원의 연금을 수령한 것으로 나타남
- 고령자의 월평균 연금 수령액은 남자가 69만 원으로 작년과 같고, 여자는 34만 원으로 전년보다 2만 원 증가함
- 2014년부터 기초노령연금제도가 폐지되고, 기초연금제도가 시행됨에 따라 월 10~25만의

연금을 받는 고령자의 비중이 가장 커짐

< 금액대별 연금수령 비중 >



2. 인구 고령화가 미치는 영향

주요 국가별 인구고령화 속도

	고령화	고령	초고령	소요연수 (고령화>고령>초고령)
한국 	2000	2018	2026	26년
일본 	1970	1994	2006	36년
프랑스 	1864	1979	2018	154년
독일 	1932	1972	2009	77년
이탈리아 	1927	1988	2006	79년
미국 	1942	2015	2036	94년

▶ 노인부양에 따른 사회부담 증가

노인 인구의 증가는 이들의 부양과 보호에 대한 사회적 부담을 증가시키게 되었다. 시대적인 변화와 환경의 변화로 가정에서 지켜오던 부양의 의무가 국가의 책임으로 가치관이 변화함에 따라 국가가 감당해야 하는 부분이 증가하게 된 것이다. 따라서 노인부양은 한 개인의 문제가 아니라 사회 전체의 문제가 된 것이다.

게다가 생산가능인구 구성비는 2012년 73.1%를 정점으로 계속 감소하여, 2060년에는 49.7%까지 낮아질 전망이다. 이것은 세계 국가 중 한국의 생산가능인구 비중이 2015년 10번째에서 2060년 199번째로 낮아질 것으로 전망할 수 있다. 따라서 점점 국가적으로 노인부양지수가 높아져 생산인구의 노인부양에 대한 경제적 부담이 높아진다는 결과를

가져오게 되는 것이다.

노년 부양지수 및 노령화의 급격한 상승은 경제적, 사회적으로 노인부양 부담을 가중할 뿐 아니라, 생산인구보다 노인 인구가 많아짐으로써 국가의 경쟁력을 저하할 가능성이 크다고 할 수 있다.

➤ 사회보장 부담의 증가

노인 인구의 증가는 부양과 보호의 의미에서 다양한 문제를 발생시킨다. 따라서 그것들을 해결하기 위해 국가는 연금, 의료, 사회복지서비스 등 사회보장 지출의 증가를 가져오게 된다.

신념의 변화로 독거노인, 노인 부부가구가 늘어나면서 이들의 경제적·의료적 문제가 발생하게 되었고, 이들의 문제를 해결하기 위해 정부는 다양한 연금제와 의료서비스를 제공하고 있다.

따라서 고령화에 동반되는 연금, 의료비용의 증가로 사회보장의 재정적 지출 증가는 피할 수 없는 것이다.

병원동행 매니저 강의

기본교재 강의안

I 1편 현대사회와 노인문제 2장. 노년기 이해하기

▶ 차시는 강의 현장에 따라 상이할 수 있습니다.



노년기의 규칙적인 신체 활동은 신체적 건강은 물론 심리·사회적 건강증진을 도모하며, 나아가 신체 활동 부족으로 인하여 발생하는 고혈압, 당뇨병 등 다양한 질병에 의한 비용부담을 감소시키고, 궁극적으로 삶의 질을 향상할 수 있다.

그러나 최근 우리나라 노인의 신체 활동 실천율은 감소하고 있으며, 실천수준도 매우 낮은 상황으로 이는 노인 대상의 신체 활동 정책·사업 등이 다양한 기반에 의해 분절적으로 운영되고 있기 때문으로 판단된다.

이에 우리 국민이 건강하게 장수하는 노년기를 보낼 수 있도록, 범국가적 노인 맞춤형 신체 활동 프로그램 개발·적용이 필요하며, 일상생활 속에서 노인들도 자연스럽게 신체 활동을 실천할 수 있는 환경을 조성하기 위한 정책이 병행되어야 할 것이다.

2장 노년기 이해하기

1절 노년기의 개념

➤ 노년기 정의

노년기는 “65세부터 죽음에 이르기까지 인생의 마지막 단계로서 신체적 능력의 쇠퇴와 사회적 관계의 축소 그리고 사회경제적 지위의 하락과 같은 쇠퇴가 일어나는 시기”, “60세 혹은 65세 이후 사망할 때까지의 시기”, “60세 또는 70세 이후의 나이층”, “60세 이후부터 사망할 때까지로 노쇠하여 자아 중심적이고, 외양에 무관하며 사회적으로 은둔적인 특성을 갖는 시기” 따위로 정의하고 있다. 이 같은 노년기의 특성을 고려하여 헐록(Hurlock)은 노년기를 ‘제2의 아동기’라고 부르기도 한다.

비록 모든 정의가 노년기를 성인기 이후부터라고 규정하고 있으나 구체적으로 노년기의 시작 나이를 규정하는 데는 어려움이 있다. 의료기술이 발달하지 못한 과거에는 50세만 되어도 이들은 어르신이라고 불리었으나 수명의 연장과 함께 노년기의 시작 나이는 갈수록 높아지고 있다. 따라서 우리나라에서는 노년기의 시작을 65세로 보는 것이 타당하다. 이뿐만 아니라 외국에서도 대체로 65세가 성인 후기와 노년기의 기준이 되고 있다.



➤ 노년기 규정

우리나라 노인복지법에는 65세를 노인으로 규정하고 있고, 일반기업체 정년퇴직 연령은 55세 정도인 경우가 가장 많다. 그러므로 우리 사회에서는 55~65세 사이에 노년기가 시작된다고 할 수 있다.

하지만 50대 후반을 노인으로 규정하는 경우는 매우 드물며, 노인복지법에서 규정한 노년기의 시작연령인 65세부터 사망에 이르기까지의 기간을 노년기로 규정하는 것이 타당하다.

노년기가 시작하는 나이를 규정하는 데에는 어려움이 있다. 의료기술이 발달하지 못한 과거에는 50세만 되어도 어르신으로 불리었으나 수명연장과 함께 노년기의 시작 나이는 갈수록 높아지고 있다.

우리나라에서는 “인생은 60부터”가 무색할 정도로 ‘80 청춘시대’, ‘80부터 제3의 수확기’, ‘인생 3모작’ 등의 표현이 자연스럽게 통용되고 있다.

외국에서는 공공부조 나이 기준을 65세에서 70세나 75세로 연장하는 추세이다.



노인과 어르신

노년기의 주인공을 ‘노인’이나 ‘어르신’으로 호칭하고 있다. 그러나 노인과 어르신이 갖는 어감에는 차이가 있다. 할머니나 할아버지를 호칭할 때 노인은 하대의 경향이 강하고, 어르신은 존칭의 의미를 포함한다. 따라서 효를 중시하는 우리나라 문화에서는 노년기의 주인공을 높이는 측면에서 노인보다는 어르신이라는 용어를 사용하는 것이 바람직하다.

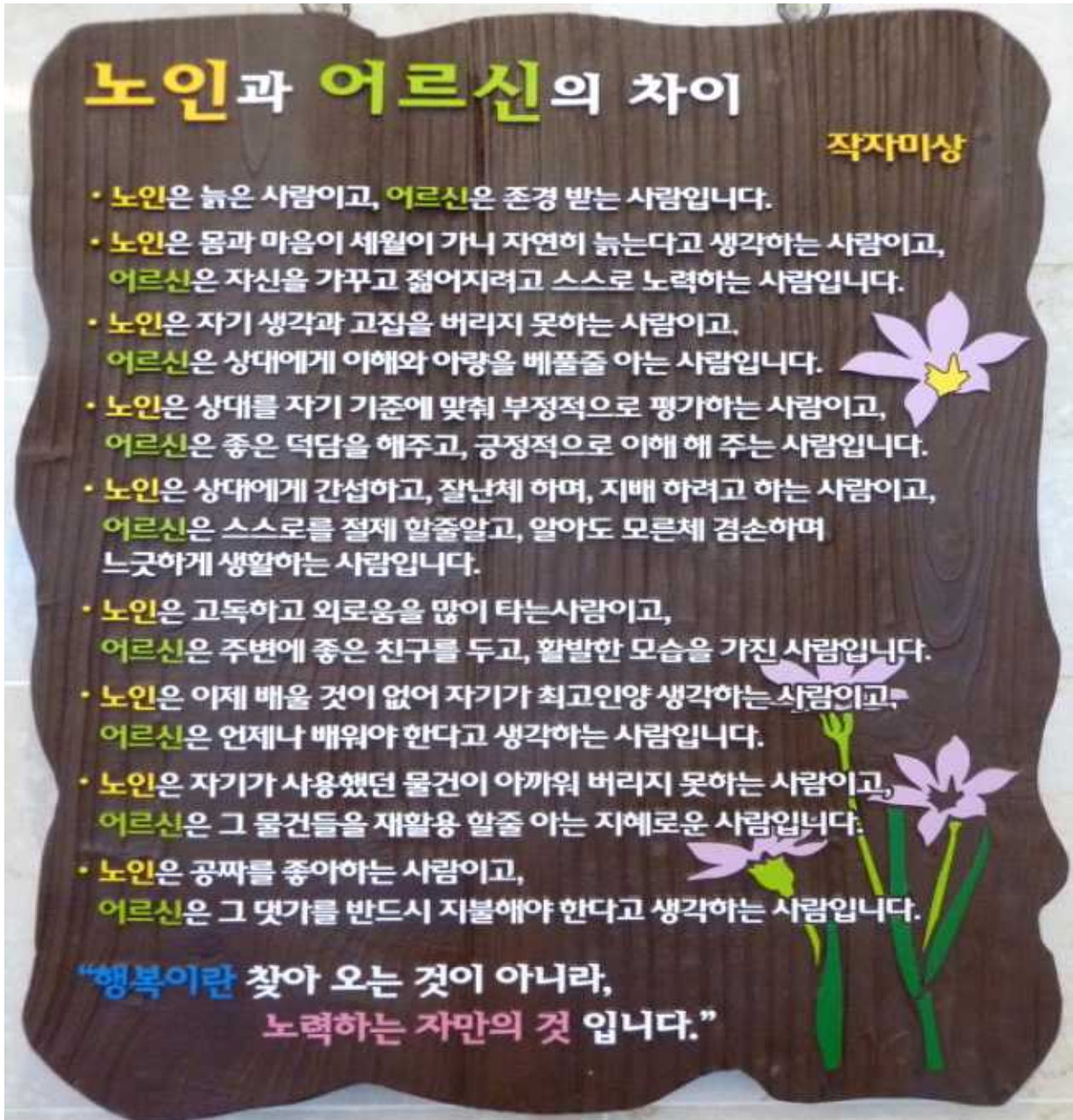
65세 이상의 할머니, 할아버지를 ‘노인’이라는 용어로 사용할 수 있고, 이들을 호칭할 때는 높이는 뜻으로 ‘어르신’이라고 하는 것이 바람직하다.

2장 노년기 이해하기

2절 노년기의 특성

인생 주기의 다른 단계에서와같이 노년기의 특성도 매우 다양하게 나타나고 있다. 이들 다양한 특성을 크게 신체적 측면, 심리적 측면, 사회적 측면으로 구분한다.





노년기의 생물학적 측면을 포함한 신체적 측면의 특성은 노화로 집중된다. 어르신들의 노화는 외모, 감각, 정신운동기술, 지적 기능, 항상성, 신경계, 소화계, 성 따위에서 잘 나타난다.

첫째, 어르신들의 신체적 외모의 변화는 늘어나는 주름살, 줄어드는 민첩성, 구부정한 어깨, 불편한 거동, 가늘어진 머리카락, 이상 확장의 정맥 따위에서 볼 수 있다.

둘째, 감각의 예민함은 대체로 외모의 변화 이후에 악화한다. 이뿐만 아니라 어르신들의 피부는 체온의 변화에 민감해진다. 이 외에도 청각, 시력, 미각, 균형감각 따위의 쇠퇴를 가져와 어르신들의 활동에 지장을 초래한다.

셋째, 정신운동 기술에서도 어르신들은 젊은이들보다 현저하게 떨어진다.



넷째, 지적 기능이 노화와 함께 전적으로 떨어진다는 주장은 옳지 않다.

다섯째, 항상성의 능력은 떨어진다. 몸 전체를 유지하는 강화 기제들의 활동이 둔해지고 신체적 적응성이 떨어진다. 아울러 단백질과 당의 신진대사에 필요한 효소를 생산하는 체장의 기능도 약해진다.

여섯째, 신경계의 기능도 쇠퇴할 수밖에 없다. 노화 과정에 들어서면 신경계의 변화가 거의 없다고는 하나 일부 신경조직이 섬유질 세포로 대체되면서 어르신들의 반사작용과 반작용이 늦어진다.

일곱째, 소화계의 기능은 효소, 위액, 침의 양이 떨어지면서 소화 과정에 장애를 가져온다.

여덟째, 성에 관한 인식은 바뀌어야 한다. 건강한 어르신들은 70대나 그 이상까지도 신체적으로 성에 관련하여 적극적이다. 따라서 어르신들의 성 관련 행동이 악화한다면 이는 신체적 이유라기보다는 사회적 요인에 의해서라고 볼 수도 있다.



2. 심리적 측면

노년기의 발달과제와 관련하는 주요 이론적 개념으로 통합 대 절망, 심리적 조절, 생애에 관한 회고, 학위 지위나 나이 차별, 영성과 종교 따위를 들 수 있다.

첫째, 통합 대 절망을 들 수 있는데, 이는 에릭슨이 주장하는 생애의 마지막 단계에서 일어나는 심리적 위기이다. 통합을 성취한 노년기의 어르신들은 자신들의 과거를 현존하는 시각으로 조망한다. 한편 통합의 반대 개념인 절망은 자신의 과거에 대한 후회의 감정으로 특징지어진다.

둘째, 심리적 조절이 있다. 어르신들이 노년기를 의미 있고 기쁘게 만들기 위해서는 반드시 필요한 세 가지 기본 심리적 조절이 필요하다. 고정된 일 역할로부터 ‘자기 분화’, 신체 중시로부터 ‘신체에 관한 초월’, 자기에의 몰두에서 ‘자기로부터 초월’이라는 심리적 조절이 있다.

셋째, 생애에 관한 회고가 있다. 대부분 어르신은 과거의 삶과 미래를 평가 위주로 회상한다. 이를 ‘인생의 대차대조표 작성’이라고도 한다.

넷째, 하위지위나 나이 차별을 들 수 있다. 어르신들은 사회가 대체로 어르신들에게 중요한 것을 모색하는 데 성공적이지 못하기 때문에 심리적으로 고통을 받고 있다.

다섯째, 영성과 종교의 특성을 들 수 있다. 이 특성은 생애의 모든 단계에서와같이 노년기 삶의 중요한 구성요소이다.

3. 사회적 측면

노년기 특성의 사회적 측면에서는 노년기 어르신이 당면하는 문제와 이의 원인 그리고 이들의 문제를 해결하기 위한 서비스를 살펴볼 수 있다. 여기에서는 노년기의 주요 문제로서 사회·경제적 힘에 의한 영향, 노년기의 인구증가, 조기퇴직, 경제적 어려움, 사회 안정 체계, 학대, 범죄피해에 관하여 정리한다.

첫째, 사회·경제적 힘에 의한 영향이 어르신들의 문제를 심화시키고 있다. 이는 사회가 어르신들보다는 젊은이들에게 관심을 쏟고 있다는 점에 근거한다.

둘째, 노년기의 인구증가 역시 중요한 문제이다. 65세 이상의 인구가 지속해서 증가하고 있다. 특히 낮은 출산율은 초고령사회로 가는 길을 가속하고 있다.

셋째, 조기퇴직이 어르신들에게 다양한 문제를 불러일으키고 있다. 건강한 어르신들은 처음 퇴직해서는 휴식을 할 수 있어 만족하다가 시간이 지나면서 무료함과 따분함을 느낀다.



넷째, 경제적 어려움을 들 수 있다. 많은 수의 어르신들이 가난하게 산다. 즉, 식량, 주요 의류와 약품, 응급 시 쓸 수 있는 통신수단 따위가 부족한 실정이다.

다섯째, 사회보장제도가 어르신들에게 적합하지 못하다. 노후의 생활보장은 연금이나 사보험에 의존할 수밖에 없는 실정이다.

여섯째, 어르신 학대가 사회문제로 등장하고 있다. 대부분 가해자는 어르신들을 부양하는 어르신의 자녀라고 할 수 있다.

일곱째, 범죄피해 역시 어르신들의 중요한 문제로 대두되고 있다. 힘, 민첩성 따위가 떨어지면서 어르신들은 범죄피해자로 노출된 상태이다.

MEMO



2장 노년기 이해하기

3절 노년기 신체 건강의 중요성

노년기는 일반적으로 전반기(65~75세)와 후반기(75세 이후)로 나뉜다. 노년기의 일반적 신체 변화는 피부의 건조함과 탄력성 감소로 주름살이 증가한다. 노년기에 주름살이 증가하는 결정적 원인은 과도한 햇빛의 노출로 인하여 피부의 탄력을 유지해 주는 콜라겐의 감소다.



또한, 노년기에는 근력 감소로 인하여 어깨와 허리, 무릎 등의 관절이 휘어지고 악화하여 구부정하게 된다. 평형성과 조정력이 급속하게 감소하여 낙상의 위험이 따른다. 그리고 노년기의 정신적인 변화로는 질병의 증가, 친구나 지인의 사망, 사회적 연대감의 약화 등이 원인이 되어 외로움이 깊어진다. 이런 요인들이 정신건강을 악화할 수 있다. 또 우울증이 증가한다.

노년기의 초기에 해당하는 전반기(65~75세)에도 규칙적인 신체 활동은 생체 나이를 젊게 하여 실제 나이보다 젊어 보이게 할 수 있다. 이 시기에 노년기의 어르신들에게 허용심을 갖도록 도와주어야 한다. 여기에서의 허용심이란 다소 높은 목표를 정해놓고 실천하려는 마음가짐을 갖도록 유도하고 격려해 주어야 한다는 것이다. 노년기의 어르신들에게 연령이 높다고 안주하지 않고 열정적으로 목표를 성취하도록 도와주는 것이 정신적·육체적 건강에 많은 도움을 주기 때문이다.

특히 노년기의 육체적 건강에서 중요한 관점은 근력의 향상이나 유지라고 할 수 있다. 근력운동은 연령에 상관없이 뼈가 강해지고 관절의 유연성을 증대시킨다는 것이 과학적으로 입증되었기 때문이다. 태어나면서 발육·발달이 끝나는 20대부터 노화는 시작한다. 40대가 되면 발이 평평해지면서 커지고, 50대가 되면 골반의 뼈가 계속 증가하여 허리둘레가 3인치 늘어나 체중이 증가하고 코와 귀도 커지게 된다. 그리고 노년의 70세가 되면 인체에 중력이 작용하여 척추에 압력을 가하므로 신장이 8cm가량 줄어든다. 그 때문에 노년기의 근력운동은 필수라고 할 수 있다.

노년기의 운동은 높은 산을 등반하거나 테니스 같은 과격한 운동은 가급적 피하고 천천히 걸거나 자전거를 가볍게 타는 운동을 실시해야 한다. 하루에 30분 정도가 적당하며, 다음 날 아침 약간의 피로감을 느끼는 정도여야 한다. 운동하다가 부상을 입거나 체력이 급격히 저하되었을 때는 운동을 중지하고 전문의와 상의하는 것이 바람직하다. 노년기에는 반드시 근력운동이 필요하며, 자신의 체력수준에 맞는 운동을 해야 한다.

병원동행매니저 강의

기본교재 강의안

I 1편 현대사회와 노인문제

3장. 노화에 대한 이론

▶ 차시는 강의 현장에 따라 상이할 수 있습니다.

노화는 병이 아니다 즐겁게 받아드려라!



늡음은 적응(適應)이고 변화다. 이 변화는 멈추지 않고 멈추게 할 수도 없다. 후퇴(後退)하지 않으며 원상태(原狀態)로 회복(回復)되지 않은 진행형(進行形)이다.

노화(老化)는 예방(豫防)할 수 없는 삶(生活)의 과정(過程)으로 개인차(個人差)가 있으며 피(避)할 방법은 없다. 노화(老化)는 병(病)이 아니고 살기 위한 적응(適應)이기에 현명(賢明)하게 적응하면 노화의 속도(速度)가 느려지고 미숙(未熟)하게 대응(對應)하면 속도가 빨라진다. 늡음의 속도(速度)는 어느 정도(程度) 조절(調節) 가능(可能)하며 대응방법(對應方法)에 따라 개인차(個人差)가 있다.

시간(時間)의 흐름은 환경변화(環境變化)에 적응력(適應力)을 감퇴(減退)시키는 피(避)할 수 없는 숙명이라 인정(認定)하고 받아드릴 수밖에 없는 것이 늡음이고 생명(生命)의 한계다. 생각과 사는 방법에 따라 노화(老化)의 속도(速度)가 조금씩 다르다. 무엇을 생각하며 어떻게 사느냐 하는 것은 노화의 속도를 조절(調節)하는 주요(主要)한 요소(要素)다. 생각이 젊고, 긍정적(肯定的)이고, 낭만적(浪漫的)이며 유유자적(悠悠自適)하면 노화(老化)의 속도(速度)는 느려진다.

자연(自然)의 섭리(攝理)에 반(反)하는 지나친 욕심(慾心)은 노화(老化)의 속도(速度)를 한층 빠르게 한다. 살아 있는 한 바른 마음으로 진실(眞實)하고 즐겁고 행복(幸福)하게 살아야 하겠다는 진솔(眞率)한 생각은 노화(老化)의 속도(速度)를 줄인다.

몸의 늡음은 어쩔 수 없어도 정신(精神)의 노화(老化)는 피할 수 있다고 마음에 입력(入力)하고 몸의 노화에 비례(比例) 하여 생각은 깊어지고 지혜(智慧)는 늘어난다고 긍정적(肯定的)으로 생각하는 것은 노화(老化)를 느리게 하는 하나의 방법(方法)이다.

3장 노화에 대한 이론

1절 사람은 왜 늡는가?

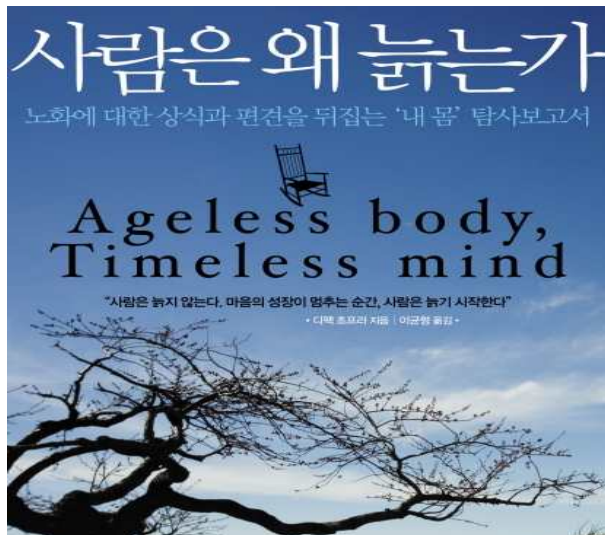
➤ 늡는다는 것은 무엇인가

노화 이론은 노화를 진화의 결과로 설명하려는 이론이다. 노화 이론에 대해 이야기하려면 먼저 노화를 정의해야 한다. ‘늡는다’는 개념을 생물학적으로는 어떻게 볼까. 노화 이론에서는 노화를 번식 능력, 재생 능력 등이 감소하는 것으로 생각한다. 나이가 들면서



힘이 약해지고 상처가 잘 낫지 않으며 신체가 할 수 있는 일이 줄어들거나 효율이 감소하는 것이 곧 노화이다.

얼핏 노화는 자연선택에 반하는 것처럼 보인다. 나이가 들면 약해지는 생물과 그렇지 않은 생물이 경쟁한다면, 늙지 않는 생물이 생존에 더 유리하다고 생각하기 때문이다. 하지만, 실제로는 그렇지 않다. 진화적으로 노화를 다시 생각해 보면, 노화는 오히려 자연선택에 부합하는 현상이다.



노화학자들조차 아직까지 노화가 왜, 어떻게 일어나는지 정확한 원인과 메커니즘을 밝히지 못하고 있다. 정확한 원인을 모르니 이론과 가설이 무성하고 우리가 알고 있는 지식들 또한 ‘장님 코끼리 만지기’ 식의 얄은 정보라고 할 수밖에 없다. 코끼리 몸통을 만진 사람은 코끼리가 벽같이 생겼다고 주장하고 다리를 만져본 사람은 기둥처럼 생겼다고 주장하는 식으로 각 주장이 일리도 있고 틀리지도 않다. 그러나 누구도 코끼리의 모습을 제대로 표현하지 못하듯, 애석하게도 노화의 원인과 메커니즘을 명확하게 설명하는 노화 이론은 아직 없다. 그러나 각 이론이 나름대로 설득력이 있으므로 알아두면 노화를 지연 시키고 젊음을 오래도록 유지하는 데 도움이 될 것은 틀림없다.

3장 노화에 대한 이론

2절 인간의 노화

1. 노화의 의미

노년기에 이르면 신체 각 기관의 기능이 저하되며, 정신적 제반 능력도 점차 감퇴한다. 노년기는 초로기·노화가·노쇠기로 나눌 수 있으나 개인차가 크고, 기능이나 기관의 감퇴는

반드시 일정하지 않으므로 분명하게 연령적으로 구분하기는 곤란하다.

노년기에 이르면 대부분 본인이 일생동안 유지해온 환경의 습관 형태가 새로운 시기의 습관 형태로 바뀌는데 그 때문에 욕구불만에 빠지거나 부적응을 일으키기 쉽다. 그리고 사회적 신분을 상실하거나 경제능력이 저하되기 때문에 열등감을 느끼는 경우도 많다. 또, 심신의 기능이 쇠퇴하고 건강을 잃기 쉬우며 활동력이 저하되기 때문에 자주성을 잃고, 의존성이 증대한다.

에릭슨(Erickson)에 따르면 인생의 마지막 단계의 노년기에는 통합성 대 절망이라는 심리적 위기에 직면한다. 통합성은 자기 일생의 의미를 오랫동안 숙고한 이후에만 획득된다. 통합성은 일생 동안 일어났던 사실들을 두려워하지 않고 그대로 수용하며 죽음에 직면할 수 있는 능력이다. 통합성을 느끼는 노인은 자신의 과거를 존재론적 견지에서 바라본다. 이들은 일생동안 존경받는 지위에 있었고 그 동안 모든 일을 잘 달성해 왔다는 느낌을 갖는다. 통합성의 반대 측은 절망이다. 절망은 자신의 과거에 대한 후회로 특징지어지며, 그때 다르게 했더라면 하면서 계속 후회하는 것을 의미한다. 절망감을 느끼는 사람 대부분은 자신의 인생을 불완전하고 충족되지 못한 삶으로 간주하기 때문에 죽음을 수용하기가 어렵다.

2. 노화의 개념

노화현상이란 노령화에 따라서 나타나는 생체의 퇴화적 변화를 의미한다. 세포의 일반적인 노화현상이라고 하는 것은 노화색소의 침착, 소지방구(小脂肪球)의 축적, 세포의 실질 감소, 핵의 위축 등을 말한다. 노화는 매우 복잡한 과정으로 나타난다. 그 과정을 촉진하기도 하고 늦추기도 하는 변수는 참으로 다양하다. 인간의 기본적 욕구인 장수의 비결이 무엇인지 현대의학은 아직도 정확히 밝히지 못하고 있다. 고질적인 질병을 앓고 있거나, 중증의 장애가 있는 사람은 건강한 사람보다 종종 더 빨리 늙는다(Kail & Cavanaugh, 1996). 그러나 그것만이 노화과정을 촉진한다는 근거는 없다. 운동의 감소, 그 외 알려지지 않은 생화학적 변화 또는 스트레스 등이 더 큰 원인일 수 있다고 추측할 뿐이다.

‘생물학적 손상’은 노화과정을 가속한다. 사고, 골절, 중화상, 심리적 스트레스, 중증의 알코올 또는 약물남용 등도 있다. 좋지 못한 식습관 또한 노화를 촉진한다(Santrock, 1995). 환경적인 요인도 노화과정에 영향을 미친다. 신체적, 정신적으로 활동적이면 노화과정의 속도를 늦출 수 있다. 적극적인 태도 또는 긍정적인 사고는 노화과정을 늦추고, 불안, 대화상대의 결여, 부정적인 사고, 낮은 환경에 처하게 되면 노화과정을 촉진하는 경향이 있다(Kail & Cavanaugh, 1996). 유전적인 소인도 중요한 역할을 한다. 부모가 장수하는 사람은 기대수명이 더 길다. 인간의 신체는 유전 시계를 갖고 있다. 한 가족



에서의 노화속도는 높은 상관관계를 보인다.



MEMO



3절 노화이론

1. 생물학적 이론

생물학적 노화이론은 신체적 노화현상이 왜 일어나는가를 설명한다. 생물학적 이론은 노화를 두 가지 방식으로 설명하는 데, 즉 노화는 비의도적인 과정으로 종국에는 세포, 조직, 체액에 축적 변화를 초래한다는 것과 노화는 환경과의 상호작용에 의한 구조상의 퇴행적 변화를 포함한다는 것이다.

1) 분자수준의 노화 이론

(1) 유전자 이론(Gene Theory)

유전자 이론은 유기체의 어떤 해로운 유전자가 노년에 이르러 활성화되어 유기체가 생존할 수 없게 만든다고 주장한다. 이 이론은 두 가지로 설명하는데, 첫째, 두 가지 유형의 유전자, 즉 젊음과 활기, 성장과 성숙을 촉진하는 유전자와 기능을 쇠퇴시키고 구조를 파괴하는 유전자가 존재한다. 둘째, 한 유전자는 청년기의 측면이 작용하고, 중년기 이후에는 노쇠의 측면이 활성화되는 이중적인 역할을 한다는 것이다.

(2) 유전변이 이론

유전변이 이론 역시 노화는 인간의 유전자 구조와 관련이 있다고 주장한다. 즉, 비정상적인 세포나 돌연변이를 일으키는 세포가 노화 변화를 유발하고 궁극에는 죽음에 이르게 된다는 것이다. 유전변이 이론은 유전자 오류 이론(error theory)과 체세포 변이 이론(somatic mutation theory)이 있다.

유전자 오류 이론은 단백질 합성의 오류가 축적되어 시간이 지나면서 세포의 기능이 손상된다고 설명한다. 즉, RNA 합성기능이 약해지면 결함세포가 생산되고, RNA(Ribonucleic acid; 리보핵산)¹⁾의 오류는 DNA(Deoxyribonucleic acid; 디옥시리보핵산)²⁾의 오류로 이어진다. DNA의 오류가 복구 효소계에 의하여 수정되지 않으면, 영구적인 변이가 일어난다. 체세포 변이 이론은 유전자 오류이론과 유사하지만, 세포가 방사선이나 화학물질에 노출되면 세포의 DNA가 변이를 일으켜, 비정상 염색체를 만들어낸다고 한다.

1) 핵산의 한 종류로 DNA보다 불안정한 유전물질.

2) 유전자를 이루는 주요 물질.



(3) 프로그램 이론(Programmed theory)

유기체는 나이가 들면서 각 종(種)마다 특수한 양상으로 변화하며, 이 변화는 예측이 가능하다는 점에서 노화는 이미 프로그램화되어 있다고 할 수 있다. 프로그램 이론은 수정에서부터 시작되는 ‘생체 시계’의 개념을 제안한다. 유기체의 생체 시계는 생명을 유지하고 살아가는 데 사용할 에너지, 엔트로피(entropy)³⁾ 및 기타 물질의 양을 프로그램 해 놓는다. 이 프로그램은 개체가 전 생애를 거쳐 가는 속도와 시간을 정해놓고 조절한다. 각 유기체는 얼마나 오래 살 것인가를 결정하는 유전 부호를 지니고 있는데, 이 유전자는 일정한 분열 횟수를 프로그램 해 놓는다. 이 분열 횟수만큼 분열이 끝나면 기능이 쇠퇴하고 결국에는 죽음에 이르게 된다.

2) 세포수준의 노화이론

(1) 산화기(酸化基) 이론 (또는 자유기(自由基) 이론)(Free radical theory)

산화기⁴⁾ 이론은 산화기라는 고도로 불안정한 세포 구성물질이 증가하여 노화가 진행된다고 주장한다. 산화기는 정상 대사과정에서 생산되며, 방사선이나 오염물질 및 다른 자유기에 노출되었을 때도 생산된다. 세포 내 유전물질인 DNA가 방사선 자극을 받으면 DNA는 산화기를 생산하고 세포는 비정상적으로 성장하여 노화를 유도한다.

노화에 따른 산화기의 축적과 생체막의 손상은 세포의 기능을 저하시키고 체액 내에 지질(脂質) 산화물을 축적한다. 일반적으로 산화기의 생산을 억제하고 복구하는 과정보다 산화기의 축적이 더 빨리 일어나면 노화가 진행되는 것으로 보인다.

(2) 교차연결이론: 결체조직이론(Cross-linked or connective tissue theory)

교차연결 이론은 화학적 반응에 의하여 정상적으로는 분리되어 있는 분자구조 사이에 강한 연결 띠가 형성되어 노화가 진행된다고 주장한다. 교차연결 개념은 결체조직을 구성하는 탄력소⁵⁾와 콜라겐(collagen)⁶⁾의 특성과 작용을 통해서 잘 설명할 수 있다.

3) 물질계의 열적 상태를 나타내는 물리량의 하나이다. 자연현상은 언제나 물질계의 엔트로피가 증가하는 방향으로 일어나는데, 이를 엔트로피 증가의 법칙이라고 한다.

4) 활성산소라고도 하는 이 물질은 호흡과정에서 몸속으로 들어간 산소가 산화과정에 이용되면서 여러 대사과정에서 생성되어 생체조직을 공격하고 세포를 손상시키는 산화력이 강한 산소이다. 유해산소라고도 한다. 우리가 호흡하는 산소와는 완전히 다르게 불안정한 상태에 있는 산소이다. 환경오염과 화학물질, 자외선, 혈액순환장애, 스트레스 등으로 산소가 과잉생산된 것이다. 이렇게 과잉생산된 활성산소는 사람 몸속에서 산화작용을 일으킨다. 이렇게 되면 세포막, DNA, 그 외의 모든 세포 구조가 손상당하고 손상의 범위에 따라 세포가 기능을 잃거나 변질된다. 이와 함께 몸속의 여러 아미노산을 산화시켜 단백질의 기능 저하도 가져온다. 그리고 핵산을 손상시켜 핵산 염기의 변형과 유리, 결합의 절단, 당의 산화분해 등을 일으켜 돌연변이나 암의 원인이 되기도 한다. 또한 생리적 기능이 저하되어 각종 질병과 노화의 원인이 되기도 한다.

5) 퇴행성 물질로, 이 물질이 침착되어 질환을 유발하는 것으로 여겨진다.

6) 동물의 뼈·연골·이·건(腱)·피부 외에 물고기의 비늘 등을 구성하는 경단백질(硬蛋白質). 섬유상 고체로 존재하고, 전자현미경으로 보면 복잡한 가로무늬 구조로 되어 있으며 물·물은 산·물은 알칼리에 녹지 않지만 끓이면 젤라틴이 되어 용해된다(naver 백과사전 참조).



결체조직의 변화는 곧 교차연결이 일어난 지표가 된다. 나이가 들면 세포 내의 구조에서 콜라겐의 교차연결이 증가한다. 노화된 콜라겐은 교차연결 결과 점차 수화도(水化度)⁷⁾가 떨어지고 화학적으로 안정되며 단단해진다. 노화에 의한 결체조직의 교차연결은 세포 투과성, 근섬유의 유연성, 심근 수축력 등을 악화시킨다.

교차연결과 노화와의 관계는 아직도 과학적으로 밝혀야 할 부분이 많이 남아있다. 무엇이 교차연결을 자극하고, 어떻게 하면 교차연결을 줄이거나 차단할 수 있을 것인가를 밝힌다면 노화를 지연시킬 수 있을 것이다.

(3) 마모이론(Wear-and-tear theory)

마모이론은 인간의 몸은 기계와 유사하여 인체의 어느 부위가 충분히 닳게 되면 인체 기능이 저하된다고 가정한다. 이 이론은 프로그램이론과 연관시켜 생각할 수 있다. 세포 마모현상은 내적, 외적 스트레스에 의해 가중된다. 이 이론에 의하면 인체를 잘 보존하면 인체마모를 줄이고 기능을 다소간 유지할 수 있을 것이다. 그러나 인간과 기계를 동일시한 이 이론은 유기체의 특성을 고려하지 않고 있다. 유기체는 기계와는 달리 손상을 복구하는 내적 기전을 지니고 있다.

3) 생리학적 이론

생리학적 이론은 기관계의 손상 혹은 생리적인 통제기제가 손상하여 노화한다고 설명한다(Charles Zastrow & Karen Kirst-Ashman, 1989).

(1) 단일기관계이론(Single organ system theory)

이 이론은 본질적인 기관계의 쇠퇴로 노화를 설명한다. 노화를 통제하는 것으로 간주되는 명확한 체계가 확인되지는 않았지만, 다양한 체계가 제시되었다. 여기에는 신진대사를 포함한 갑상선, 호르몬 분비를 조절하는 성선(sex gland), 산소와 혈액순환을 통제하는 심장혈관계, 다른 선(gland)들로부터 분비를 조절하는 뇌하수체 등이 포함된다.

(2) 내분비통제체계이론(Endocrine control system theory)

이 이론은 호르몬이 노화과정을 통제한다고 가정한다. 호르몬이 사춘기와 갱년기에 관련이 있다는 증거는 있다. 또한 내분비체계기능이 나이가 들어감에 따라 감소한다는 증거도 있다.

7) 어떤 용매가 용액 속에서 용질 분자나 이온을 둘러싼 채, 그 전체가 하나의 분자처럼 행동하는 현상을 보일 때, 용질 분자나 이온이 용매화되었다고 말하며, 용매가 물인 경우를 특별히 수화라고 말한다.



(3) 스트레스이론(Stress theory)

스트레스이론은 노화가 일상의 스트레스의 축적으로 인해 일어난다고 설명한다. 직면하는 각각의 스트레스는 잔여적인 축적과 손상을 남기는 것으로 간주되며, 이는 신체적인 노화를 가져온다. 이 이론은 많은 스트레스로 인해 사람들의 머리카락이 희어지거나 빠지는 일상적인 현상과 관련이 있다.

(4) 면역학이론

이 이론은 각 개인은 박테리아나 미생물, 비정형적인 돌연변이 등으로부터 신체를 보호하는 면역체계를 가지고 있다고 가정한다. 사람들이 늙어감에 따라 항체가 덜 생성되고 면역체계 보존능력이 감소한다. 일반적으로 미생물들이 세포에 침투됨에 따라 노화가 이루어진다.

(5) 중추신경계 통제기제 이론

이 이론은 중추신경계내의 기제들로 인해 노화가 일어난다고 주장한다. 여기에는 많은 기제들이 관련될 수 있는데, 예를 들어 자율신경계를 통제하는 기제가 효과적으로 기능하지 못할 때가 있는데, 이는 자율신경계를 점차적으로 변질시킨다.

2. 심리학적 이론

1) 분리이론(Disengagement theory)

Cumming & Henry(1961)는 중년기의 다양한 역할과 사회관계에서 점진적으로 물러나면서 노화에 반응하는 과정을 언급하기 위해 ‘분리’(disengagement)라는 용어를 만들어 냈다. 노인에게 ‘분리’는 기능적이다. 그 이유는 젊은 시절에 유지해온 사회적인 관계와 역할을 지속하기 어려울 정도로 에너지와 활력을 점차 상실하기 때문이다. 노화과정에서 노인과 다른 사회구성원은 불가피하게 양자 간에 개입을 꺼리고 상호작용이 줄어든다. 노인이 대체로 사회에 유익하지 않기 때문에 사회는 노인을 사회로부터 분리시키고 개입을 허용하지 않으며, 노인은 나이가 들면서 스스로 사회에서 멀어져 가기를 원하기 때문에 노인의 사회 유리는 사회와 노인 모두에 이롭다는 것이다.

2) 활동이론(Activity theory)

활동이론은 노인이 그들의 필연적인 생물학적 변화와 육체적 건강악화를 제외하고는 중년과 동일한 사회적·심리적 욕구를 지니고 있어 퇴직으로 인한 역할부재에 대신할 만한 활동을 찾아 사회참여를 추구한다는 이론이다. 노인들은 일반적으로 사회적 역할에서 후퇴하는 것을 매우 싫어하고 사회활동이 축소되는 것에 대해 저항의식을 갖는다. 그러므로 은퇴가 아니라 사회참여가 노화에 훌륭하게 적응하는 방법이다. 이들은 노인들의 사회참여의 범위가 클수록 그리고 중년기에 가졌던 활동유형과 별 차이가 없을수록 노후의 생의 만족도가 높다는 사실을 확인했다(최순남, 1989, 259).

이 이론은 신체적·정신적으로 활동적인 사람이 노화를 성공적으로 맞이한다고 본다. 이 이론에 따르면 노년은 중년의 연장일 뿐이며, 따라서 활동을 중단할 것이 아니라 지속하는 것이 당연하다. 노년기의 생의 만족은 적정수준의 사회적 활동을 유지할 때 가능하다.

3) 지속성 이론(Continuity theory)

이 이론가들은 만족도와 활동과의 관계에 초점을 둔다. 여기서 만족도는 성격 성향의 일관성에 준하여 판가름된다. 성격은 역할 행동과 생의 만족도 간의 관계를 결정하는 중요한 요인으로, 노년기에 들어서도 그 성향이 지속될 뿐 아니라 보다 견고해지며 더 현저해진다.

개인은 성인기에 특정 습관, 취향, 성향 및 생의 목표를 다듬어가면서 이것이 그 개인의 성격의 일부가 된다. 노년기에 들어서도 과거 그들 삶에 적응하기 위해 실천해왔던 개인적·대인적 적응행위들을 그대로 표현한다. 그러므로 노년기에 성격은 변하지 않는다. 그러나 노년기에는 ‘옛 방식’과 ‘새로운 요구’간에 갈등이 있을 수 있으며, 이 갈등에서 ‘옛 방식’을 억제하면 마치 성격이 변화된 것처럼 보인다.

4) 사회교환이론(Social exchange theory)

이 이론은 나이가 들면서 개인의 상호적 상호작용은 감소한다고 가정한다. 사회적 상호작용은 개인에게 만족을 줄 때만 개인과 집단 사이에서 일어난다. 사회교환의 결과는 보상이나 자기만족으로 표현되며, 교환에 소요되는 비용에 따라 평가된다. 이러한 사회에서의 교환관계의 결과 노인의 사회적 상호작용이 줄어들고, 이어서 노인의 권력이



점차로 저하된다. 이 현상은 주로 노인의 건강, 대인관계, 수입 등 권력의 원천이 줄어들면서 발생한다.

3. 사회문화 이론

사회문화 이론은 다양한 노인 규범들과 노화에 관한 설명들, 다양한 가족구조와 문화권에서의 노인의 지위에 관심을 둔다.

1) 연령문화 이론

연령계층 이론에 의하면 모든 인간 사회는 일정한 연령군을 한 단위로 구분하여, 각 연령군에 사회적 지위를 부여하고, 그 지위에 적합한 역할과 규범을 규정해 놓고 있다. 노인 역시 사회에서 부여한 지위에 따라 연령, 그 사회의 문화, 능력에 적합한 노인 역할을 담당해야 한다.

하위문화 이론은 노인이라는 연령집단이 보여주는 하위문화에 대하여 다음의 3가지 가정을 제시한다.

- ① 노인은 자신들만의 규범과 가치를 지니는 하위문화집단이다.
- ② 노인의 하위문화는 사회적 지위 상실에 대한 반응으로 형성된다.
- ③ 노인 하위문화에서는 교육, 직업, 경제적 성취도가 아닌 건강과 기동력을 준거로 결정된다.

이들 연령문화이론은 노화는 보편적으로 신체적·정신적·사회적 적응력의 쇠퇴를 의미한다는 생체인류학자들의 주장을 인정하지만, 그렇다고 해서 능력 쇠퇴와 더불어 노인의 역할과 지위가 쇠퇴하는 것은 아니라고 강조한다.

2) 현대화 이론

현대화이론은 통시적 차원에서 노인의 지위와 역할, 노인에 대한 처우가 왜, 어떻게 변화해왔는가에 초점을 둔다.

현대사회는 복합사회다. 고도의 기술이 생산을 지배하고, 노동은 전문화·분업화되었고, 노인이 독점하던 지식은 젊은 층으로 이관되었다. 또한 핵가족화는 노인에 대한 부정적 태도를 갖게 하고 세대 간의 갈등이 증대되었다.

모든 사람은 늙는다. 그러므로 노화를 촉진하는 기제가 본질적으로 있다는 것은 분명하다. 그러나 이들 기제가 무엇인지에 대해서는 여전히 알지 못한다. 지금까지 어떤 이론이



전적으로 타당하다는 것을 입증해줄 수 있는 충분한 증거는 없다. 결국 각각의 이론들은 노화의 한 측면만을 설명할 수 있을 뿐이다.

3장 노화에 대한 이론

4절 노화방지 로드맵

➤ 노화방지 로드맵을 만들자

누구도 피할 수 없는 노화이지만 적극적으로 대처한다면 진행 과정을 지연시킬 수는 있다. 세월이 가면 누구나 똑같이 나이를 먹지만 노화가 진행되는 속도는 타고난 유전자와 생활습관, 환경, 건강관리 여부에 따라 달라지기 때문이다. 젊음을 오래 유지하기 위해서는 나이에 맞는 로드맵을 가지고 있어야 한다.



1. 30대, 노화에 대비할 시기

30대는 아직 건강 상태가 양호하므로 나쁜 생활습관을 지속하거나 건강을 돌보지 않고 과로하여 노화를 촉진하고 건강을 해치기 쉽다.

30대에 해야 할 일은 먼저 흡연, 과음, 과식 등 나쁜 생활습관을 고치고 소식, 규칙적인 식사, 적당한 운동, 바른 수면습관 등 노화방지 생활습관을 생활화하여 40대 이후 본격적으로 진행될 노화를 최대한 지연시키는 것이다.

30대에 하면 좋은 것 중의 하나가 만성질환 관련 유전자 검사다. 유전자 검사 결과 만성질환과 관련이 있는 유전자의 변이가 있는 것으로 나타나면 거기에 맞는 개인별 맞춤 치료를 받으면 된다. 즉 유전자의 변이로 인해 취약해진 부분을 보완하는 맞춤



약물치료와 식습관과 영양요법을 포함한 생활습관교정 요법을 실시하여 질병의 발생 위험을 낮추고 건강을 증진하는 것이다.

2. 40대, 노화가 본격적으로 시작되는 시기

노안(老眼)이 생기고, 성기능이 떨어져서 ‘고개 숙인 남자’가 되기 시작하는 것은 대부분 40대이다. 피로가 쉽게 오고, 기억력과 집중력이 떨어져서 업무 효율이 떨어지기 시작한다. 노화가 본격적으로 진행되기 시작하고 각종 만성질환이 발생하기 시작한다. 따라서 40대는 별다른 노력 없이도 건강과 젊음이 유지되던 20~30대와는 다른 전략과 관리가 필요하다.

40대에 중점을 둘 사항은 젊음을 좀 더 오래 유지하도록 건강을 증진해 경쟁력을 유지하고, 향후 발생할지 모를 만성질환을 미리 예방하며, 장년기와 노년기를 대비해서 기초체력과 건강을 다지는 것이다.

40대에 일어나는 신체적 변화 중 가장 두드러지는 것은 지방 특히 복부지방의 증가다. 성장호르몬 등 신진대사를 촉진하는 호르몬들의 감소로 인하여 20대와 똑같은 양을 먹고 똑같은 활동량을 유지해도 조금씩 뱃살이 늘어난다. 이런 복부지방은 당뇨병, 심혈관질환, 암 등 각종 만성질환의 원인이 되므로 철저하게 관리하여야 한다. 뱃살을 줄이기 위해서는 소식을 실천하는 것이 좋으며 포화지방, 당분 등 칼로리가 높은 식품의 섭취를 자제하고, 가까운 거리는 걸어 다니며 운동을 하는 등 활동량을 늘려 체내에 지방이 축적되는 것을 막아야 한다. 잘못된 생활습관과 그로 인한 뱃살의 축적은 외관상 보기 흉한 것 외에 큰 문제가 없어 보일지 몰라도 서서히 노화를 촉진하고 50대 이후에 만성질환을 일으키는 원인이 되므로 주의한다.



40대부터 반드시 시작해야 할 것 중의 하나가 바로 건강검진이다. 40대부터 암을 비롯한 각종 만성질환의 발생률이 증가하기 시작하므로 정기적인 검진을 통해 질병을 조기에 발견하여 치료하는 것이 중요하다.

3. 50대, 노화가 급격히 진행되는 시기



50대에 노화가 급격히 진행되는 이유는 노화를 방지하고 젊음을 유지하는 기능을 하는 성장호르몬, 성호르몬, DHEA, 멜라토닌 등 좋은 호르몬들이 급격히 감소하고 노화를 촉진하는 것으로 알려진 인슐린, 코티졸 등 나쁜 호르몬들이 증가하여 호르몬들의 균형이 깨지기 때문이다. 소위 갱년기가 시작되는 것이다. 따라서 적절한 운동, 충분한 수면, 바른 식생활 등 자연요법을 통해 호르몬 균형을 유지하려는 노력이 필요하며 자연요법이 불충분할 경우에는 좋은 호르몬을 보충해주고 나쁜 호르몬을 줄여주는 호르몬균형요법도 고려해 보아야 한다. 또한 50대 이후에는 활성산소로 인한 세포와 조직의 손상이 누적되어 본격적으로 장기의 기능이 떨어지기 시작하는 시기다. 따라서 항산화제 복용은 반드시 필요한 노화방지법이다.

50대 이상에서 가장 신경 써야 할 부분은 바로 혈관이다. ‘노화방지란 곧 혈관노화방지’라는 말이 있을 정도로 노화에 있어서 혈관의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않다. 혈관이 노화되면 성기능, 뇌기능 등 각종 신체 기능의 감퇴는 물론 협심증, 심근경색, 중풍 등으로 생명을 잃거나 심각한 장애를 가져오기 때문이다. 혈관을 젊게 유지하려면 먼저 담배를 끊고 혈압을 철저히 관리하고 지방과 당분, 염분 등 혈관을 노화시키는 음식을 자제하여야 한다. 항산화 성분과 엽산이 풍부한 야채와 과일을 많이 먹고 걷기와 달리기 등 유산소 운동을 꾸준히 하는 것도 중요하다.

50대부터는 남녀 모두 성호르몬의 감소로 인한 갱년기 증상을 경험하게 되고 성기능이 현저히 떨어지게 된다. 특히 남성들에게 남성호르몬 감소로 인한 성욕저하와 혈관 기능

저하로 인한 발기력 감퇴는 심각한 문제가 아닐 수 없다. 따라서 남성호르몬 분비를 떨어뜨리는 흡연, 과음, 스트레스, 복부비만 등 나쁜 생활습관을 고치고 호르몬 분비를 촉진하고 혈관의 기능을 향상하는 적절한 운동, 바른 식습관 및 수면습관이 필요하다. 생활습관교정만으로 불충분할 경우 남성호르몬 보충요법이 필요하다.

4. 60대 이상, 노화를 되돌려야 할 시기

근육량 감소로 인한 근력 및 활력저하, 성욕과 발기력 저하로 인한 성기능 감퇴, 기억력과 집중력 저하로 인한 업무 및 학습능력 저하, 정신적 우울감, 불면증, 무기력감 등이 대표적인 노화의 증상들인데 이 모든 것들은 어쩔 수 없는 것이 아니고 적절한 관리와 치료를 통해 호전시키거나 예방할 수 있다. 20세기 후반부터 발달한 노화방지 의학에서 사용하는 호르몬 균형요법, 항산화제요법, 생활습관 교정요법 등으로 젊음을 되돌리는 것이 가능해진 것이다.

60대 이상인 사람들이 가장 심각하게 호소하는 노화의 증상 중 하나가 기억력과 집중력 감퇴이고 가장 두려워하고 또 신경을 써야 할 질병이 치매다. 그러나 유전적 경향을 보이는 알츠하이머 치매도 생활습관 교정이나 적절한 영양요법으로 어느 정도는 발생을 예방 또는 지연시킬 수 있으며 노화로 인해 혈관의 기능이 떨어져 발생하는 혈관성 치매는 좋은 식습관과 운동으로 얼마든지 예방할 수 있다. 따라서 뇌에 좋은 식품과 혈액순환에 도움이 되는 식품을 골라서 섭취하고 뇌기능을 유지하는 데 도움이 되는 유산소운동과 지적활동을 게을리하지 않는 등 꾸준한 관리가 필요하다.

60대 이후에 나타나는 신체의 변화 중 두드러지는 것 중의 하나가 근육량 감소다. 근육량의 감소는 근력과 활력을 떨어뜨리고 운동능력을 감소시키고 조금만 일을 해도 쉽게 피로감을 일으킨다.

60대, 새로운 시작
인생 제 2막을 위하여.



따라서 노년기에도 젊은이 못지않은 근력과 활력을 유지하려면 근육량을 유지하기 위한 단백질 등 적절한 영양섭취와 근력운동이 필수적이다.



제 II 편

노인장기요양보험제도와 노인맞춤돌봄서비스



II

1장. 노인장기요양보험제도

▶ 차시는 강의 현장에 따라 상이할 수 있습니다.



우리나라는 유례없이 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있어 그것이 초래할 사회경제적 결과를 예측하는 것조차 쉽지 않은 상황이다. 고령화를 준비하기 위해 많은 논의가 이루어지고 이미 많은 투자가 이루어졌으나, 정작 고령화 정도는 아직 낮아서 향후 고령화가 진행됨에 따라 실제상황에 대처하면서 정책을 적절히 변용시켜야 할 것이다.

노인장기요양보험은 대표적으로 제도 도입 이후의 논의가 중요한 부문이다. 우리나라의 노인장기요양보험은 다른 나라에 비해 고령화 정도가 낮을 때 조기에 도입되었다. 그 이유는 서구 국가들과 달리 고령화를 준비할 시간이 부족하고, 빈약한 복지인프라로 인해 한꺼번에 많은 문제에 직면하게 될 가능성 때문이었다. 짧은 준비시간을 거쳐 도입된 만큼, 우리 사회에서 장기요양보험제도가 어떤 역할을 해야 하는지, 주로 어떤 계층에게 혜택을 부여할 것인지, 장기적으로 어느 정도의 재원을 투입할 것인지, 어느 정도의 서비스 질을 목표로 제도를 발전시켜 나갈 것인지, 민간부문과의 관계는 어떠해야 하는지 등에 대한 논의가 아직 필요한 상황이다.

노인장기요양보장제도

노인장기요양문제, 개인이나 가계의 부담을 떠나
사회적 국가적 책임으로 강조되고 있습니다!!

현대 국가는 그 내용이나 정도에 차이가 있으나 모두 복지국가를 표방하고 있습니다. 대부분의 국가에서는 경제발전과 보건의료의 발달로 인한 평균 수명의 연장, 자녀에 대한 가치관의 변화, 보육 및 교육문제 등으로 출산율이 급격히 저하되어 인구구조의 급속한 고령화 문제에 직면하고 있으며, 이러한 사회변화에 따른 새로운 복지수요를 충족하기 위한 것이 장기요양보장제도입니다. 즉, 노화 등에 따라 거동이 불편한 사람에 대하여 신체 활동이나 일상가사활동을 지속적으로 지원해주는 문제가 사회적 이슈로 부각되었기 때문입니다.



특히, 고령화의 진전과 함께 핵가족화, 여성의 경제활동참여가 증가하면서 종래 가족의 부담으로 인식되던 장기요양문제가 이제 더 이상 개인이나 가계의 부담으로 머물지 않고 이에 대한 사회적·국가적 책무가 강조되고 있습니다. 이와 같은 사회 환경의 변화와 이에 대처하기 위하여 이미 선진각국에서는 사회보험방식 및 조세방식으로 그 재원을 마련하여 장기요양보장제도를 도입하여 운영하고 있습니다.

불필요한 입원으로 노인의료비 증가

치료의 목적보다는 노인을 돌볼 수 있는 가족이 없어 의료기관에 장기 입원조치 (요양병원 급증)

인구 고령화로 치매, 중풍 등 수발 보호 필요노인의 급격한 증가

저출산, 핵가족화, 여성의 사회활동 확대 등으로 가족 수발의 한계

가정 내 요양보호 방치, 시설입소 후 연락 두절, 치매 노모 살해사건 등 발생

노인수발 비용의 과중한 부담

월 100~250만원 노인가정의 부담경비 필요

장기요양
보험필요



1장 노인장기요양보험제도

1절 노인장기요양보험제도란?

- 2008년 7월 1일부터 장기요양수급자를 대상으로 서비스 개시
- 치매·중풍 등 노인성 질병으로 거동이 불편한 분을 국가와 사회가 공동으로 받드는 제도
- 고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이들에게 신체활동 및 일상생활 지원 등의 서비스를 제공하여 노후 생활의 안정과 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 사회보험제도
- 치매·중풍·파킨슨 등 노인성 질병 등으로 거동이 불편한 분에게 세수·목욕·배변 처리·식사·세탁·주변 환경정리·간호처치 등 요양서비스가 필요하게 되었을 때 본인의 가정이나 요양시설을 이용하여 필요한 서비스를 제공하는 제도
- 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성질환이 있는 분 중에서 거동이 현저히 불편 하시오 6개월 이상 일상생활을 홀로 수행하기 어렵다고 인정되는 분을 “장기요양대상자”로 결정하고, 심신상태 및 요양필요정도에 따라 등급을 판정

1장 노인장기요양보험제도

2절 노인장기요양보험 주요 내용

1. 대상자 및 본인부담

➤ 대상자

- ① 65세 이상 노인
- ② 65세 미만 노인성 질병이 있는 자로서 6개월 이상 동안 스스로 일상생활을 수행하기 어려운 자 중, 등급판정위원회에서 1~5등급 판정을 받은 자
 - 등급인정은 52만 명(노인인구의 7.5%), 실제 서비스 이용자 44만 명
 - ※ 외국 사례 : 일본 18.4%, 독일 15.2%

노인장기요양보험제도 시행



- 2008.03 ~ 2008.07 노인장기요양보험제도 시행 준비
- 노인장기요양보험 운영센터 개소식
- 2008.07 노인장기요양보험제도 시행
- 노인장기요양보험제도 시행, 보험료 부과 및 급여제공 개시
- 2009.03 외국인 근로자 장기요양보험가입자 제외제도 도입
- 고용허가제로 입국한 외국인 근로자 보험료 부담완화
- 2009.05 농어촌지역거주 수급자 본인일부부담금 감경 도입
- 농어촌지역에 거주하는 수급자의 경제적 부담완화
- 2010.03 장기요양기관장 의무 및 공단 장기요양기관 설치 근거 신설
- 장기요양기관장의 급여제공기록 자료 기록·관리의무 및 공단의 장기요양급여 제공기준 개발 및 급여비용 적정성을 위하여 장기요양기관 설치 운영 할 수 있는 규정 마련
- 2013.08 장기요양기관의 운영질서 확립 및 관리 강화
- 본인일부부담금 면제·할인 행위금지, 거짓 청구한 경우 위반사실 공표, 행정제재처분의 효과 증대 등
- 2014.07 ~ 노인장기요양 등급체계 개편
- 5등급(일명 '치매특별등급') 신설 등 3등급체계에게 5등급 체계로 개편

구 분		'08.7월	'09년	'16년	'17년	'18년	'19년	'20년
대상자	인정자	14만 명 (노인인구의 2.9%)	26만 명 (5.2%)	52만 명 (5.8%)	58만 명 (6.1%)	62.5만 명 (6.6%)	66.7만 명 (7.0%)	72만 명 (7.5%)
	이용자	7만 명	18만 명	44만 명	48만 명	51.5만 명	57만 명	60만 명

➤ 본인 부담

시설급여는 급여비용의 20%, 재가급여는 급여비용의 15% (단, 기타 의료급여자·희귀 난치성 질환자, 저소득층 등은 50% 감면, 기초생활수급권자는 본인부담금 면제)



2. 장기요양기관 및 장기요양인력

➤ 장기 요양기관

- 입소시설 5천여 개, 재가시설 14천여 개소 * 지정·운영 중
 - * 재가시설 기관 기준
 - * 재가 서비스(5종)
 - ① 방문 요양, ② 방문목욕, ③ 방문간호
 - ④ 주·야간 보호(하루 중 3~12시간), ⑤ 단기 보호(월 15일)

➤ 장기요양인력

- 기관별 인력 기준에 따라 요양보호사, 간호사 등을 배치
 - * (예) 노인요양시설 : 입소자 2.5명 당 요양보호사 1명, 입소자 25명 당 간호(조무)사 1명 등
- 요양보호사는 노인에게 신체활동 및 일상생활 지원 등의 업무를 전문적으로 수행하며, 33만여 명 활동 중(2022년 현재)
 - * 240시간의 요양보호사 교육과정을 이수하고 국시원이 시행하는 자격시험에 합격, 자격 취득한 자
 - * 입소시설 종사자 약 6만 명, 재가 기관 종사자 약 27만 명
- 간호(조무)사는 해당 면허자로서 노인의 건강관리·간호업무를 수행하며, 1만 2천여 명 활동 중
 - * 입소시설 종사자 약 8.5천 명, 재가시설 종사자 약 4천 명



3. 급여 유형 및 서비스 이용 절차

➤ 급여 유형

- 재가급여(방문 요양, 방문목욕, 방문간호 주·야간 보호, 단기 보호), 시설급여, 특별현금 급여

1) 재가급여

재가급여	서비스 내용
방문 요양	요양보호사가 수급자의 집을 방문해서 목욕, 배설, 화장실 이용, 옷 갈아 입기, 머리 감기 취사, 생필품 구매, 청소, 주변 정돈 등을 도와주는 급여
방문목욕	목욕 설비를 갖춘 차량을 이용하여, 수급자의 가정을 방문하여 목욕을 제공하는 급여
방문간호	방문간호사는 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생을 제공하는 급여 ※ 방문간호를 이용하고자 하는 수급자는 사전에 의료기관에서 방문간호지시서를 발급받고, 이를 방문간호 급여 이용 시 기관에 제출
주야간 보호	수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기 요양기관에 보호하여 목욕, 식사, 기본간호, 치매 관리, 응급서비스 등 심신 기능의 유지향상을 위한 교육, 훈련 등을 제공하는 급여
단기 보호	부득이한 사유로 일시적으로 가족의 보호를 받을 수 없는 수급자에게 일정 기간 동안 단기보호시설에 보호하여 목욕, 식사, 기본간호, 치매 관리, 응급서비스 신체활동지원과 심신 기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 급여

2) 시설급여

시설급여	서비스 내용
노인요양시설	치매·중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움이 필요한 자를 입소시켜 급식·요양과 그밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 장기요양급여
노인요양공동생활가정 (그룹홈)	치매·중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움이 필요한 자에게 가정과 같은 주거 여건과 급식·요양과 그밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 장기요양급여

3) 특별현금급여

특별현금 급여	서비스 내용
가족요양비	1. 도서·벽지 등 방문요양기관이 현저히 부족한 지역에 거주하거나, 2. 천재지변이나 그밖에 이와 유사한 사유로 인하여 장기 요양 기관에서 장기요양급여를 이용하기 어려운 자, 3. 신체·정신 또는 성격 등 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 ⇒ 가족 등으로부터 장기 요양을 받아야 하는 수급자에게 현금으로 지급
※ 가족요양비를 받는 수급자는 재가급여 중 복지 용구 급여만 같이 받을 수 있으며 다른 급여는 받을 수 없습니다.	

※ 노인장기요양보험법상 특별현금 급여에 ‘가족요양비’ 외에 ‘특례요양비’와 ‘요양병원 간병비’도 정하고 있으나, 이 두 가지는 시행하지 않음

MEMO



➤ 서비스 이용 절차

① 신청 → ② 방문 조사 → ③ 장기 요양 인정 및 등급판정 → ④ 서비스 이용

서비스 신청	- 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성 질환자가 국민건강보험공단에 의사 소견서를 첨부하여 장기 요양 인정 신청
방문 조사	- 공단 소속 직원(사회복지사, 간호사)의 신청인 심신 상태 등 조사
등급판정	- 공단은 조사 결과서, 의사 소견서 등을 등급판정위원회에 제출 - 등급판정위원회는 대통령령이 정하는 등급판정 기준에 따라 장기요양급여를 받을 자로 판정 * 신청서를 제출한 날로부터 30일 이내에 판정 완료. 다만 정밀 조사가 필요한 경우 등 부득이한 경우 연장 가능
장기요양인정서 및 표준장기요양이용계획서 통보	- 장기 요양등급, 장기요양급여의 종류 및 내용이 담긴 장기 요양 인정서와 적절한 서비스 내용, 횟수, 비용 등을 담은 표준 장기요양 이용계획서 송부 * 장기 요양 인정 유효기간 : 최소 1년 이상 * 장기 요양 인정의 갱신신청, 장기 요양등급 등의 변경신청, 이의 신청 절차 있음
장기요양급여의 시작	- 장기 요양 인정서가 도달한 날부터 장기 요양급여 시작 * 돌볼 가족이 없는 경우 신청서 제출일부터 장기요양급여 가능
장기요양기관 정보의 안내	- 장기 요양기관은 수급자가 장기요양급여를 쉽게 선택하도록 건물, 시설, 설비 등의 사진 및 현황자료 등을 공단이 운영하는 인터넷 홈페이지에 게시

4. 재정 운용 현황

➤ **재원** 장기 요양보험료 + 국가지원금 + 본인일부부담금

- (장기 요양보험료) 건강보험료에 장기 요양보험료율*을 곱한 금액
 - * 보험료 부과 기준(국민건강보험공단), 가입자 부담금 제외기준
- (국고지원) 보험료 예상 수입액의 20%
 - ※ 기타 의료급여자 급여 : 국가(80%) 지자체(20%) 부담, 기초생활보장 수급자 급여 : 지자체
- (본인 일부 부담) 시설급여 20%, 재가 급여비용의 15% 부담
 - ※ 기타 의료급여 수급권자(50% 경감), 기초생활보장 수급자(무료)



3절 장기요양보험 보장성 강화

1. 장기요양 본인부담 경감 혜택 확대(18.1월 시행)

- (개요) 현재 기준 중위소득 50% 이하 수급자에게 적용하던 본인부담금 경감을 기준 중위소득 100% 이하에게도 확대
 - 다만, 소득수준에 따라 경감을 차등 적용
 - * (현행) 기준 중위소득 50% 이하 : 50% 경감
 - (변경) 기준 중위소득 50% 이하 : 60% 경감 + 중위소득 51~100% : 40% 경감
- (대상자) 총 213,946명('20년 기준)
 - 기준 중위소득 50% 이하 수급자(경감을 60% 적용) : 120,088명
 - * 치매 수급자 79,378명 + 치매 외 수급자 40,710명
 - 기준 중위소득 51~100% 이하 수급자(경감을 40% 적용) : 93,858명
 - * 치매 수급자 68,411명 + 치매 외 수급자 25,448명

[2018년 장기 요양 연간 본인부담금 변화 예시] (단위: 천원)

구 분		2017년 현재 1년간 본인 부담	2018년 변경 1년간 본인 부담	경감 금액
시설 (1등급)	중위소득 50% 이하	2,136 (월 178)	1,877 (월 156)	▼ 259 (월 22)
	중위소득 51~100% 이하	4,272 (월 356)	2,816 (월 234)	▼ 1,456 (월 122)
재가 (3등급)	중위소득 50% 이하	939 (월 78)	830 (월 69)	▼ 109 (월 9)
	중위소득 51~100% 이하	1,879 (월 156)	1,245 (월 104)	▼ 634 (월 50)

2. 장기 요양 경증 치매 대상자 확대(18.1월 시행)

- (개요) 장기 요양 인지 지원등급을 신설해 치매 어르신이 신체기능과 관계없이 장기 요양

대상자가 될 수 있도록 선정기준 완화

[현행 및 변화되는 장기 요양등급 체계]

현행 등급 체계	1등급	2등급	3등급	4등급	등급 외 A~C(非치매)	
					5등급	등급 외 B~C(치매)
	95	75	60	51	45(요양 인정점수)	
↓						
	1등급	2등급	3등급	4등급	등급 외 A~C(非치매)	
					5등급	인지 지원등급

- (대상자) 장기 요양보험 미신청 및 등급 외자 중 치매 어르신* 24.4만 명
* 2년간('15~'16년) 치매 진료 + 약물치료 받은 자 (現 치매 인정기준)
- (서비스 내용) 인지기능 악화 방지, 지속적 사회활동 지원을 위해 인지기능 개선 프로그램을 제공하는 '주·야간 보호 서비스' 이용

3. 치매 수급자 방문간호 서비스 제공(18.7월 시행)

- (개요) 최초 장기 요양등급을 받은 치매 수급자(1~5등급)의 가정을 간호인력이 직접 방문, 치매 돌봄 정보 제공 등 간호 서비스 제공
* 인지 지원 등급자는 주야간 보호 기관에 배치된 간호인력에 의한 간호 서비스 제공
- (제공 대상) 연 55,824명
* 최초등급 받은 치매 수급자 연 98,640명(연평균 증가율 8.19%) 중 재가 이용률



(56.6%) 적용

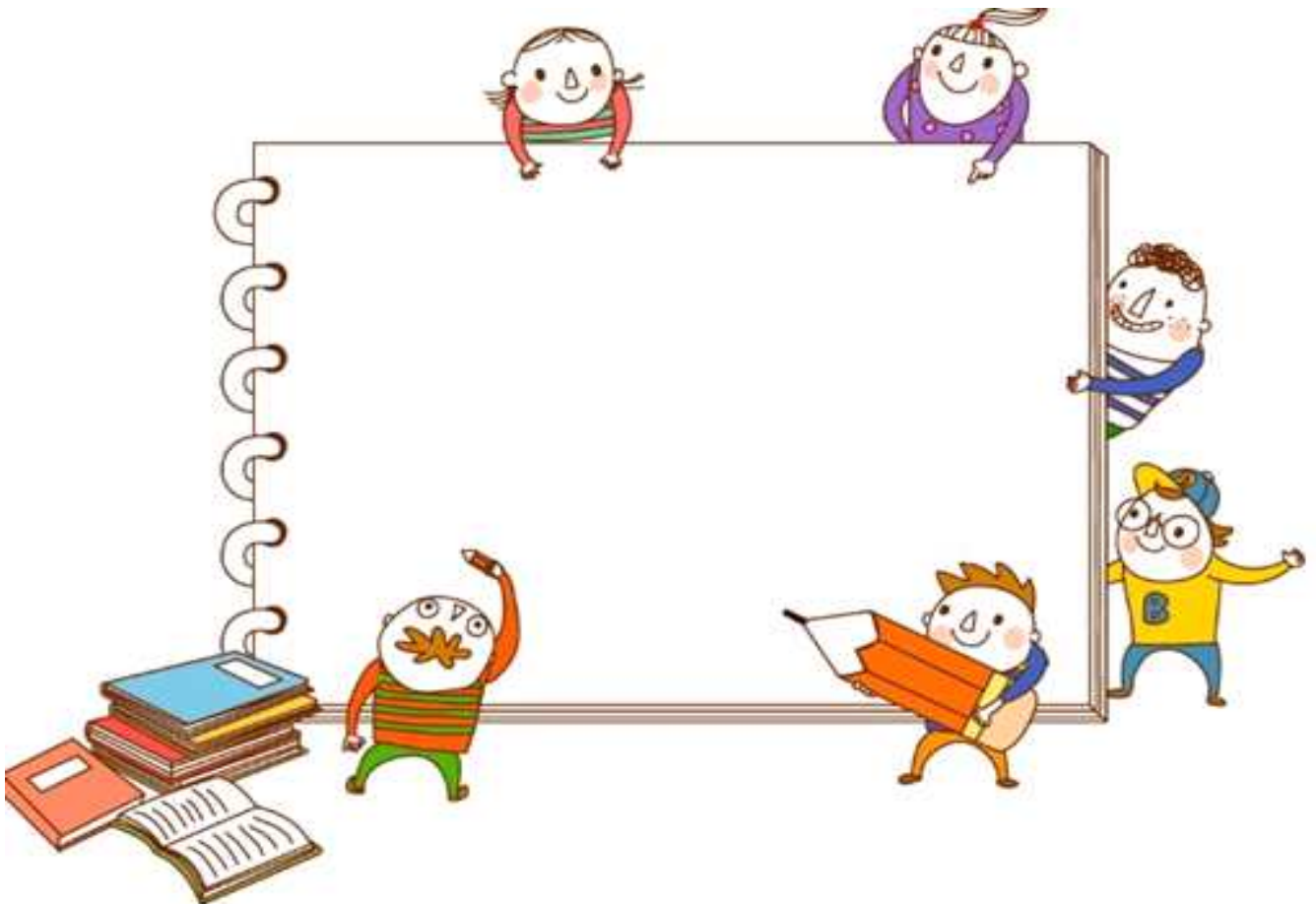
* 신규등급 인정자 월평균 13천 명 중 ‘치매 있음. 응답자’ 8,220명 X 12개월 = 98,640 명

➤ (제공 횟수) 1인당 총 4회(월 2회, 최초 2개월)

4. 치매 안심형 장기 요양기관 정책가산금(18.1월 시행)

- (개요) 한시적 정책가산금 지원으로 치매 안심형 장기 요양기관 신축 또는 자율전환 유도, 지급은 최초 참여 일로부터 수급자 기준 3년간 지급 (‘24년 사업종료)
- (대상 기관) 주야간 보호시설 신축 및 전환(현재 9개소→ ‘22년 1,398개소), 장기 요양 입소시설 신축 및 전환(현재 22개소→ ‘22년 2,776개소)
 - * 기관별 정원(신축-시설 70인, 주야간 40인, 전환-시설 24인, 공생 9인, 주야간 25인)
 - * (국공립 시설) 신축 요양시설 160개소, 주야간 184개소

MEMO



II

2편 노인장기요양보험제도와 노인맞춤돌봄서비스

2장. 노인맞춤돌봄서비스

▶ 차시는 강의 현장에 따라 상이할 수 있습니다.

베이비붐 세대가 노인인구로 편입되면서 사회적으로 돌봄이 필요한 노인의 수도 많이 늘어나고 있다. 일반적으로 노인이 되면 고령으로 허약해지거나 각종 만성질환으로 일상생활을 살아가는 데 꼭 필요한 기능의 제한이 발생하는 경우가 많기 때문이다.

우리나라는 노인장기요양보험을 2008년에 도입했고, 경증의 등급외자 노인을 위해 여러 돌봄서비스를 제공해왔다. 그러나 장기 요양보험과 여러 등급외자 서비스는 노인의 다양한 욕구 충족에 취약한 구조적인 문제를 안고 있다.

2020년에 정부가 새롭게 도입한 노인 맞춤 돌봄서비스는 기존에 여러 등급외자 서비스의 문제를 개선하려는 변화의 일환이다.

2020년부터 새로 도입된 노인 맞춤 돌봄서비스는 이전에 분절적으로 제공되던 6개의 노인 돌봄서비스를 통합되어서 만들어졌다.

독거노인을 위한 노인돌봄기본서비스와 장기 요양보험 등급외 A, B 노인을 위한 노인 돌봄 종합서비스를 비롯한 단기가사, 지역사회자원 연계, 독거노인 사회관계 활성화와 같은 돌봄 사업이 일괄 폐지되었다.

기존 사업들은 서비스가 서로 비슷한데도 여러 개로 나뉘어 있어서 예산이 적었고, 서비스 급여량과 담당할 인력이 턱없이 부족했다. 이번 통합을 통해서 수행 기관의 가용 자원이 확대되고 노인 대상자도 많이 늘어났다.

노인맞춤돌봄서비스는 일상생활이 어려운 노인과 독거노인에게 안전 확인, 생활교육, 서비스 연계, 기사 지원, 활동 지원 등 맞춤형 복지를 제공하는 서비스를 말한다. 독거노인에 대한 종합적 사회안전망 구축을 위해 시행되고 있으며, 관련 근거는 노인복지법 제27조의 2(홀로 사는 노인에게 대한 지원), 사회복지사업법 제33조의 7(보호의 방법)에서 명시돼 있다. 노인돌봄서비스는 ‘사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률’에 따라 시·군·구에 등록된 제공기관에서 서비스를 제공한다. 노인맞춤돌봄서비스의 신청 자격은 만 65세 이상 국민 기초생활수급자, 차상위계층 또는 기초연금 수급자로 독립적 일상생활에 어려움이 있는 것이 확인된 경우이다. 관련 대상자는 거주지 읍·면·동 주민센터를 방문하거나 전화·우편 등으로 신청할 수 있으며, 대상자 선정은 신청 후 수행 기관의 서비스 대상 선정 조사, 시·군·구 승인을 통해 이뤄진다.

한편, 기존의 노인 돌봄 사업은 노인돌봄기본서비스·노인돌봄종합서비스·단기 가사서비스·독거노인 사회관계 활성화 등 총 6개로 중복 지원이 불가능하다는 단점이 있었다. 그러나 2020년부터는 노인맞춤돌봄서비스로 통합됐으며 필요에 따라 다양한 서비스를 동시에 이용할 수 있도록 개편되었다.



1절 노인맞춤돌봄서비스 추진경과와 배경 및 방향

우리나라는 현재 본격적인 저출산·고령화 시대를 맞이하고 있다. 일본은 24년 만에 고령사회가 되었는데, 우리나라는 17년 만에 고령사회에 진입하였고, 2025년이 되면 20.3%로 불과 10년 만에 초고령사회로 들어서게 된다(통계청, 2021). 또한 2048년에는 가장 고령화된 국가가 될 것으로 전망된다(통계청, 2021).

또한 고령화가 빠른 만큼 노인 빈곤율 역시 급상승하고 있다(2019년 기준 43.2%). 우리나라는 OECD 평균(14.7%)보다 3배가 높은 수준이다. 우리나라의 빠른 산업화와 핵가족화의 결과이다. 핵가족의 확대로 가족 간 관계가 소홀해졌고, 종래 가족 돌봄의 개념도 약화하였으며, 독거노인의 문제가 본격적으로 대두되기 시작하였다. 독거노인은 2019년에는 153만 명이었으나, 2020년에는 166만 명으로 전체 노인의 35.1%를 차지했다. 2037년이 되면 335만 명이 넘을 것으로 추정하고 있다(통계청, 2021).

노인돌봄 문제는 이제 개인과 가정의 문제를 넘어서 국가와 지역사회의 문제가 되었다. 지금까지 정부와 지역사회는 노인돌봄 문제에 대응하기 위하여 다양한 정책을 실시해 왔다. 그런데도 노인돌봄 문제는 아직도 해결되지 않고 남아있는 가장 중요한 노인문제 중의 하나라고 할 수 있다. 오늘날 노인돌봄의 방향은 종전의 시설복지에서 벗어나 재가 복지가 일반적인 추세이다. 조금이라도 일상생활이 가능한 한 대부분 사람은 과거의 시설복지를 원하지 않는다. 즉, 자기가 생활하던 환경과 사회 속에 관계망을 형성하고 그것을 유지하기를 원하고 있다. 정부와 지역사회 또한 과거의 시설복지의 문제점으로 인하여 탈시설화의 하나로 재가 노인 서비스를 선호하고 있다. 우리나라 노인돌봄서비스는 2007년부터 노인돌봄기본서비스(독거노인 지원)로부터 시작하여 노인돌봄종합서비스(바우처), 단기 가사서비스, 독거노인 사회관계 사업, 지역사회 자원 연계 등을 시행하였고, 마지막으로 2019년에는 독거노인 자립 지원 사업을 시행하였다. 하지만 유사한 성격의 중복성 있는 사업들이 추진되면서, 노인들이 각자 상황에 맞는 노인 서비스들을 찾아 지원받고 욕구를 충족하기가 어려워, 실질적인 활용성 면에서 효율성이 떨어지는 문제점을 노정하였다. 종래에 노인돌봄서비스의 중복을 막기 위한 중복 방지정책은 오히려 서비스의 접근과 이용에 걸림돌이 되어 문제가 되었고, 노령인구의 급격한 증가와 함께 노인장기요양보험 서비스 이용이 늘어나면서 많은 복지재정이 필요해졌다. 이에 대한 대처방안으로 예방적 돌봄의 필요성 충족을 위해 2019년 노인돌봄의 파격적인 개편이 이루어졌다.



1. 노인맞춤돌봄서비스 추진 경과

- ('07년~'19년) 노인돌봄기본서비스, 노인돌봄종합서비스 및 단기가사서비스 추진
- ('13년~'19년) 지역사회 자원 연계 사업 추진
- ('14년~'19년) 독거노인 사회관계 활성화 사업 추진
- ('19년) 초기독거노인 자립 지원 사업 추진
- ('20년~) 노인맞춤돌봄서비스 추진

2. 노인맞춤돌봄서비스 추진 배경

- (정책환경) 돌봄이 필요한 고령·독거노인의 급속한 증가, 가족 돌봄의 악화, 노인의 사회적 관계망 악화로 돌봄의 사회화 요구
 - * 독거노인 : ('22) 188만 명 → ('35) 346만 명
 - * 노년기 자녀와 동거하는 것이 바람직 : ('08) 32.5% → ('17) 15.2% → ('20) 12.8%
 - 건강한 노화(Healthy aging), 지역사회 거주(Aging in Place), 장기 요양·요양병원 등 고비용 돌봄 진입 예방을 위한 예방적 돌봄 강화 필요
 - * 장기 요양 지출은 '23년 15.3조 원, '25년 21조 원까지 증가할 것으로 전망
 - * 65세 이상 노인 총진료비 : ('17) 28.3조 원 → ('19) 35.8조 원 → ('21) 41.4조 원
- 그간 노인돌봄 관련 다양한 지자체 보조사업을 추진해왔음('07년~'19년)
 - (기존 노인돌봄기본서비스) 지자체별 수행 기관에서 생활지원사 등을 고용하여 독거노인 안부 확인 및 자원 연계를 제공(29.5만 명)
 - (기존 노인돌봄종합서비스) 장기 요양 등급외 A·B자 중 중위소득 160% 이하를 대상으로 바우처 제공(주로 가사지원, 월 27시간 또는 36시간, 4.8만 명)
 - 그 외 지역사회 자원 연계(7천 명), 단기가사(1천 명), 독거노인 사회관계 활성화(7천 명), 초기독거노인 자립 지원(600명) 사업을 각각 제공함(중복제공 금지)
- 유사·분절적 사업 운영, 민간 전달체계 관리 감독 미흡 등 서비스 질 제고 필요
 - 사업 간 칸막이, 중복급여 제한 등으로 돌봄의 분절화 및 사업수행의 비효율성으로 서비스 질 저하, 노인의 돌봄 욕구 충족 미흡
 - 대상자 발굴, 서비스 결정을 각 민간기관에서 수행하여 공급자 위주의 서비스 전달체계로 서비스 접근성, 책임성 문제
 - 노인돌봄종합서비스(바우처)의 제공기관은 장기 요양기관으로 동일한 기관 종사자가 예방



3. 노인맞춤돌봄서비스 추진 방향

■ 욕구 중심 맞춤형 서비스 제공 및 서비스 다양화

- 기존 유사·분절적 노인돌봄 6개 사업 통합
- 사업별 획일적 대상 선정 및 서비스 제공에서 벗어나 개인별 서비스 제공계획을 수립하여 필요한 서비스를 통합 제공
- 참여형 서비스, 신체 건강·정신건강 프로그램 등 예방적 돌봄 강화를 위한 다양한 서비스 제공 추진

■ 민간 복지 전달체계의 공공성·책임성 강화

- 장기 요양기관과 돌봄 기관을 분리하여 예방적 돌봄 강화
- 읍·면·동 신청접수, 대상 발굴, 서비스 제공계획 시·군·구 승인 등 서비스 전달체계의 공적 개입 및 책임 강화

⇒ 장기 요양 전 단계의 취약 노인에게 적절한 돌봄 제공으로 노후 삶의 질 향상, 상태악화 방지, 장기 요양 진입 예방

노인맞춤돌봄서비스의 특징

- ① 사업 통합으로 서비스 다양화, ② 참여형 서비스 신설, ③ 개인별 맞춤형 서비스 제공,
- ④ ICT기술을 활용한 첨단 서비스 도입, ⑤ 생활권역별 수행기관 책임 운영,
- ⑥ 은둔형·우울형 노인에 대한 특화서비스 확대

■ 2023년 노인맞춤돌봄서비스 중점 추진사항

- (지방자치단체) 서비스 이용자 확대에 따른 현황조사 및 홍보 등 적극적인 대상자 발굴 계획 수립·추진으로 돌봄 사각지대 예방
- * 병원 퇴원 노인, 장기 요양 등급외 A·B, 65세 및 75세 진입 노인, 독거 진입(사별 등) 노인, 단전·단수 등 위기가구 방문 등
- (광역지원기관 및 수행 기관) 활동형·참여형 프로그램 활성화 및 지역 내 자원연계를 통한 건강관리 등 다양한 서비스 제공 추진

2절 노인맞춤돌봄서비스 서비스 개요

1. 노인맞춤돌봄서비스 목적 및 대상

가. 서비스 목적

- 일상생활 영위가 어려운 취약 노인에게 적절한 돌봄서비스를 제공하여 안정적인 노후 생활 보장, 노인의 기능·건강 유지 및 악화 예방

나. 서비스 대상

- 만 65세 이상 ①국민기초생활 수급자, ②차상위계층 또는 ③기초연금수급자로서 유사 중복사업 자격에 해당하지 않는 자(다만, 시장·군수·구청장이 서비스가 필요하다고 인정하는 경우 예외적으로 제공 가능)
- 독거·조손·고령 부부 가구 노인 등 돌봄이 필요한 노인
- 신체적 기능 저하, 정신적 어려움(인지 저하, 우울감 등) 등으로 돌봄이 필요한 노인
- 고독사 및 자살 위험이 높은 노인

☑ 유사중복사업 자격 해당자

※ 노인맞춤돌봄서비스는 예방적 돌봄서비스로, ①~⑤까지의 유사중복사업을 노인맞춤돌봄서비스 보다 우선적으로 제공

① 노인장기요양보험 등급자

- * 노인장기요양보험은 노인맞춤돌봄서비스의 선순위로서 장기요양 등급자가 장기요양을 포기하고 노인맞춤돌봄서비스를 신청하는 것은 불가함(단, 장기요양 등급 유효기간 만료자의 경우 신청 가능)
- * 장기요양등급 판정 내역은 읍·면·동 담당공무원이 사회보장정보시스템(행복e음)을 통해 확인하거나 대상자가 입증서류(장기요양보험결정서 등) 제출

② 가사·간병 방문지원사업 이용자

③ 국가보훈처 보훈재가복지서비스 이용자

④ 장애인 활동지원 사업 이용자

⑤ 기타 국가 및 지방자치단체(이하 '지자체')에서 시행하는 서비스 중 노인맞춤돌봄서비스와 유사한 재가서비스

* 시·군·구는 각 사업의 특성, 실질적 제공 내용 및 돌봄 필요성 등을 고려·판단하여 사업별 유사중복 여부를 사전에 정해야 함(예 : 00시 도시락배달서비스 - 유사중복 해당/미해당, 00시 재가노인지원서비스 - 유사중복 해당/미해당)

※ 노인맞춤돌봄서비스는 돌봄이 필요한 노인에게 다양한 서비스를 통합적으로 제공함을 목표로 하고 있으며, 대상자의 상태변화에 적합한 서비스를 제공하려면 맞춤돌봄의 보완 서비스로서 재가노인지원서비스가 작동될 수 있음



2. 노인맞춤돌봄서비스 제공 절차와 대상자 구분 및 제공체계

가. 서비스 제공 절차



* 재사정 : 대상자 선정조사, 서비스 상담 및 서비스 제공계획 재수립 실시

【노인맞춤돌봄서비스 제공 절차】

절차	내 용
서비스 신청 (신청자)	노인맞춤돌봄서비스를 필요로 하는 노인 또는 그 가족 등이 읍·면·동 주민센터 방문 등을 통해 서비스 신청
신청접수 (읍·면·동)	- 읍·면·동 담당공무원은 신청자의 나이, 소득, 유사중복 서비스 수혜 여부 등 신청자격 확인 후 접수 및 수행기관에 통보 * 신청자격 확인 결과, 비대상자는 신청접수 불가
대상자 선정조사 및 서비스 상담 (수행기관)	- 전담사회복지사 등은 서비스 신청자(또는 대상자)의 가정 방문 등을 통해 선정조사 및 서비스 상담 실시 * 대상자 선정조사 결과, 대상자 자격기준에 해당되지 않은 경우 서비스 상담 및 서비스 제공계획 수립 생략
서비스 제공계획 수립 (수행기관)	전담사회복지사는 대상자 선정조사 결과에 따라 대상자 자격기준에 해당되는 경우에만 서비스 내용, 서비스 방법, 제공빈도, 담당 생활지원사 배정 등을 포함한 구체적인 서비스 제공계획 수립
승인 요청 (수행기관)	- 수행기관은 대상자 선정조사 결과 및 서비스 제공계획을 시·군·구에 결정 요청 * 대상자 선정조사 결과 대상자 자격기준에 해당되지 않은 경우는 서비스 제공계획 없이 대상자 선정조사 결과만 심의 요청함
결정 (시·군·구)	시·군·구는 노인맞춤돌봄협의체 등을 통해 대상자 선정 및 서비스 제공계획의 적합성, 적절성, 타당성 등을 심의하여 승인 여부 등을 결정하고 그 결과를 수행기관에 통보
결정 통지 (시·군·구)	시·군·구는 신청자에게 서비스 결정 통지
서비스 제공 (수행기관)	서비스 제공계획에 따라 담당 생활지원사 및 지원인력이 서비스 제공
재사정 (수행기관)	서비스 이용자의 욕구와 상태 등에 맞는 적절한 서비스가 제공되고 있는지 재사정
종결 / 사후관리 (수행기관)	사망, 시설 입소, 서비스 거부 등의 사유로 서비스 종결이 필요할 경우 사례실무회의 및 시·군·구 승인을 통해 종결처리 및 사후관리 실시

나. 대상자 구분

■ 대상자 선정도구를 통해 사회-신체-정신영역의 돌봄 필요도에 따라 대상자 군 결정, 군에 따라 서비스 제공 시간의 범위 등이 달라짐

• 본 사업 대상

1) 중점돌봄군

- 신체적인 기능 제한으로 일상생활 지원 필요가 큰 대상

* 월 16시간 이상 40시간 미만의 직접 서비스 제공, 주기적인 기사 지원 서비스 제공 가능

2) 일반돌봄군

- 사회적인 관계 단절 및 일상생활의 어려움으로 돌봄 필요가 있는 대상

* 월 16시간 미만의 직접 서비스 제공, 주기적인 기사 지원 서비스 제공 불가

* 특수한 상황(수술·골절 등)이 있는 경우에 한정하여 기사 지원 서비스를 한시적으로 제공 가능

(기사 지원 서비스 제공 필요가 길어질 경우에는 중점돌봄군으로 변경 필요)

대상자 군	서비스 내용
중점돌봄군	○ 월 16시간 이상~40시간 미만 직접서비스 + 연계서비스(필요시) + 특화 서비스(필요시)
일반돌봄군	○ 월 16시간 미만 직접서비스 + 연계서비스(필요시) + 특화서비스(필요시)

※ 중점돌봄군 및 일반돌봄군의 시간 기준은 최소 최대 기준이므로 실제 제공시간은 개인의 서비스 필요에 따라 정해져야 하며 기관의 제공 여력도 고려될 수 있음

• 특화 서비스 대상

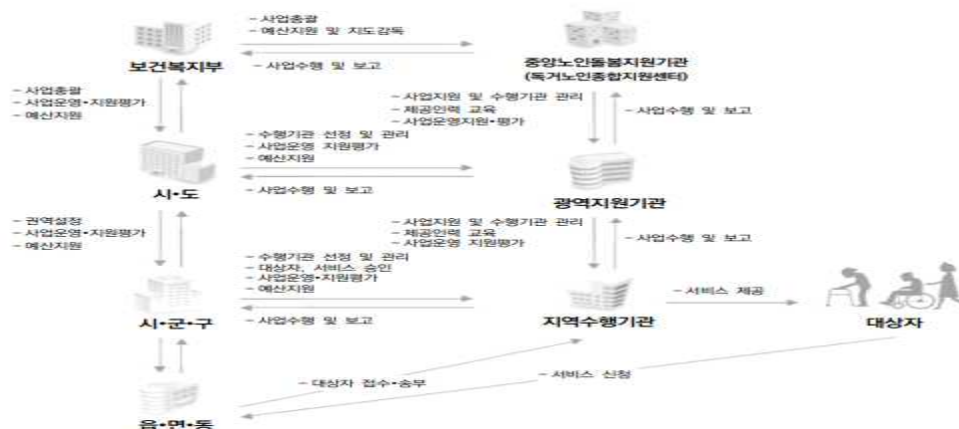
- 사회관계 단절, 우울증 등으로 집중적인 서비스가 필요한 대상

• 사후관리 대상

- 본 사업(중점돌봄군, 일반돌봄군) 종결자 중 사후관리가 필요한 자

다. 서비스 제공체계

■ 시·군·구에서 지역 내 노인인구, 접근성 등을 고려, 권역을 설정하여 직영 또는 수행 기관 선정·위탁



3. 노인맞춤돌봄서비스 내용

■ 방문형, 통원형(집단 프로그램) 등의 직접 서비스 및 연계 서비스 제공

* 개인별 조사·상담에 따라 서비스 제공계획 수립을 통해 개인별 돌봄 욕구·필요 정도에 따라 서비스 내용, 제공 시간, 제공 주기 등 결정

• 직접 서비스

① 안전 지원

- 대상자의 전반적인 안전 여부를 점검하기 위하여 생활환경, 가구구조와 같은 환경 여건 뿐만 아니라 노인의 기본적인 신체적, 정신적, 사회적 안녕 여부 등을 점검·지원하는 서비스

- (서비스 내용) 안전·안부 확인(방문·전화·ICT), 생활안전 점검, 정보제공, 말벗

② 사회참여

- 대상자가 사회적 관계망을 형성·확장하여 사회적 교류와 활동을 유지하도록 지원하는 서비스

- (서비스 내용) 사회관계 향상 프로그램, 자조 모임

③ 생활교육

- 사회적, 신체적, 정신적 기능을 유지하거나 악화를 지연·예방하기 위한 교육·프로그램을 제공하는 서비스

- (서비스 내용) 신체 건강·정신건강 분야 생활교육

④ 일상생활 지원

- 대상자의 일상생활을 지원하기 위하여 외출 동행, 가사지원을 제공하는 서비스

- (서비스 내용) 이동 활동 지원, 가사지원연계 서비스

- 대상자의 안정적인 생활을 지원하기 위하여 지역사회 내 민간자원 등의 후원 물품이나 서비스를 연계 지원하는 서비스

- 노인맞춤돌봄서비스 수행 기관은 물품 후원, 자원봉사자 등 민간후원자원을 적극 발굴·연계

* 지자체에서 지역사회의 다양한 자원을 연계하지만, 민간후원 자원의 경우 후원자가 공공 기관이 아닌 민간기관에 후원을 원하는 경우도 있으므로 후원자원 연계 기능 수행 필요

- (서비스 내용) 생활 지원 연계, 주거개선 연계, 건강지원 연계, 기타 서비스 등

• 특화 서비스

- 고립, 우울, 자살 생각 등이 높은 노인을 대상으로 개별 맞춤형 사례관리 및 집단 활동 제공



• 사후관리 서비스

- 사후관리가 필요한 대상자에게 정기적인 모니터링 및 자원 연계 실시

【 노인맞춤돌봄서비스의 내용 】

구분	대분류	중분류	소분류
직접서비스 (방문·통원 등) ※ 4개 분야	안전지원	▶ 방문 안전지원	- 안전·안부확인 - 정보제공(사회·재난안전, 보건·복지 정보제공) - 생활안전점검(안전관리점검, 위생관리점검) - 말벗(정서지원)
		▶ 전화 안전지원	- 안전·안부확인 - 정보제공(사회·재난안전, 보건·복지 정보제공) - 말벗(정서지원)
		▶ ICT 안전지원	- ICT 관리·교육 - ICT 안전·안부확인
	사회참여	▶ 사회관계 향상 프로그램	- 여가활동 - 평생교육활동 - 문화활동
		▶ 자조모임	- 자조모임
	생활교육	▶ 신체건강분야	- 영양교육 - 보건교육 - 건강교육
		▶ 정신건강분야	- 우울예방 프로그램 - 인지활동 프로그램
	일상생활 지원	▶ 이동활동지원	- 외출동행
		▶ 가사지원	- 식사관리 - 청소관리
	연계서비스	▶ 생활지원연계	- 생활용품 지원 - 식료품 지원 - 후원금 지원
▶ 주거개선연계		- 주거위생개선 지원 - 주거환경개선 지원	
▶ 건강지원연계		- 의료연계 지원 - 건강보조 지원	
▶ 기타서비스		- 기타 일상생활에 필요한 서비스 연계	
특화서비스	- 개별 맞춤형 사례관리 - 집단활동 - 우울증 진단 및 투약 지원		

MEMO



제 III 편

병원동행서비스와 병원동행매니저



1장. 병원동행서비스

▶ 차시는 강의 현장에 따라 상이할 수 있습니다.

■ 고령인구 증가에 따른 새로운 돌봄 방식의 출현

우리는 이미 저출산 고령화 시대에 살고 있고 그 속도도 더욱 가속화돼 가고 있다. 현재 65세 이상 고령 인구가 우리나라 전체 인구의 17% 정도인 약 900만 명인데, 10년 후인 2030년에는 고령 인구가 1200만 명, 전체 인구의 25% 정도를 차지할 것이라고 한다. 저출산 고령화로 야기되는 문제들의 우려 때문에 정부나 관련 기관에서는 이를 해결하기 위한 다양한 방법을 내놓고 실천하고 있지만 쉽지 않은 상황이다.

고령 인구 증가에 따른 변화 양상 중 하나가 노화로 인한 만성질환자가 늘어나게 되고 이들의 병원 방문이 자연적으로 증가하리라는 것이다. 하지만 고령의 환자가 혼자 병원에 방문해 진료를 받기가 쉽지 않은 경우가 많고, 항암치료 등과 같이 좀 더 무거운 진료를 받을 때는 혼자 병원을 가는 것 자체에 많은 어려움을 가지기도 한다.

물론 배우자나 가족들이 보호자로 함께 가는 것이 대부분이지만 가족들의 이러한 병원 동행이 반복되는 과정에서 환자 자신이나 보호자가 겪는 부담은 더욱 커지게 되고 경제적인 손해까지도 가져오게 될 것이다.

이러한 어려움을 해결하기 위해 미국과 캐나다, 일본 등의 선진국에서는 비응급 의료 동행(Non-Emergency-Medical-Transportation)이라고 불리는 ‘병원 동행’ 서비스가 제공되고 있는데, 이 서비스는 응급 상황에 부닥치지 않은 환자들이 정기적, 혹은 비정기적으로 의료기관에 방문할 경우 동행인이 함께 의료기관에 방문하고 필요한 도움을 제공하는 것이다.

이미 선진국에서는 국가 주도의 복지서비스로 정착했으며, 국가 차원의 병원 동행 전문기업 육성에 힘을 쏟고 있기도 하다. 국내에서도 이러한 병원동행서비스의 필요성을 느껴 몇 년 전부터 지자체 혹은 민간업체들이 함께 하기 시작했고 이 서비스는 새로운 형태의 사회서비스로 확장하게 되었다.

1절 병원동행서비스

1인 가구 대표 돌봄 서비스로 떠오른 병원동행서비스가 빠르게 전국 단위 정책으로 자리 잡아가고 있습니다. 서울시, 경기도, 인천시 등 수도권은 물론 강원도 등 지방에서도 해당 서비스 시행 소식이 이어지고 있습니다.

병원동행서비스는 시민이 아파서 병원 동행이 필요한 경우, 병원에 갈 때부터 집에 귀가할 때까지 모든 과정에 동행 매니저가 보호자처럼 동행해주는 서비스입니다.

병원으로 출발할 때부터 집에 귀가할 때까지 동행(Door to Door), 병원 내 수납·진료 동행, 병원 입원·퇴원 지원, 진료실 동행, 병원 이용 중 약국 동행 등 해당 서비스를 이용하면 어르신들도 마음 편하게 동행해서 이용할 수 있습니다.

병원동행서비스는 서울시가 2021년 11월 1일 시범사업으로 시작한 1인 가구 병원 안심 동행서비스가 배경입니다. 1인 가구 병원안심동행서비스는 서울시 1인 가구 안심 종합계획 중 하나로 추진된 사업입니다. 동행 매니저가 이용자와 함께 집에서 나와 병원 갈 때부터 귀가까지 전 과정을 보호자처럼 동행해줍니다.

아프더라도 도움을 요청할 수 없었던 1인 가구뿐만 아니라 당장 병원에 함께 갈 가족이나 지인이 없는 누구나 이용 가능한 공공서비스라는 점에서 큰 호응을 얻고 있습니다. 해당 서비스를 처음 선보인 서울시에 따르면 병원동행서비스의 이용 만족도는 93.9%에 달합니다.

병원동행서비스 시행 1년여 만에 정부는 이 사업을 전국 단위로 확대하기로 했습니다. 여성가족부는 전국에 설치된 244개 가족센터를 활용해 1인 가구 지원 서비스를 제공한다는 계획입니다.

다만 현재 병원동행서비스는 시행을 발표한 지자체의 경우 여성가족부와 별도로 진행하는 곳도 있으며, 지자체마다 지원하는 내용이 다르니 꼭! 확인하시고 이용을 신청해야 합니다.



1장 병원동행서비스

2절 지자체의 병원동행서비스

1. 서울시 병원동행서비스

서울시에서는 2021년 11월부터 시범사업으로 시작해 해당 서비스를 제공하기 시작했습니다. 특히 1인 가구뿐만 아니라 다가구도 이용할 수 있게 제공하고 있으며 주민등록상 주소가 서울이 아니더라도 서울에 거주하는 실거주하는 시민은 누구든지 이용할 수 있게 하고 있습니다.

▲ ‘서울시 병원동행서비스’ 나도 받을 수 있나요?

- 1인 가구뿐만 아니라 다인 가구지만 거동 불편 등으로 병원 이용에 어려움이 있는 분 등 돌봄을 받기 힘든 상황에 부딪친 시민이면 누구나 신청할 수 있습니다.
- 주민등록상 주소가 서울인 시민뿐만 아니라, 주민등록상 주소는 서울특별시가 아니더라도 서울특별시에 실거주하는 시민이라면 누구나 이용 가능합니다.

(예 : 학업 등을 이유로 서울특별시에 거주하는 시민, 서울특별시 소재 직장인 등)

▲ 스스로 이동이 어려운 환자도 병원 동행이 가능한가요?

- 거동이 불편하더라도 대중교통 이용, 또는 스스로 휠체어 착석 가능한 경우에는 서비스 이용이 가능합니다.

※ 집안까지 동행하지는 않으며, 집 밖에서 서비스 제공함을 원칙으로 합니다.

▲ 어떻게 신청하나요?

- 콜센터(☎1533-1179)로 신청하거나, 온라인(1in.seoul.go.kr)으로 신청

▲ 사전 예약만 가능한가요?

- 사전 예약과 당일 신청 모두 가능합니다.
- 당일 연계 신청 건의 경우 접수 후 3시간 이내 요청한 장소에 도착
(단, 상시 대기 인력이 모두 출동했을 경우 서비스가 어려울 수 있습니다.)



- 사전 예약은 일주일 전부터 신청할 수 있습니다.

▲ 비용 부담이 있나요?

- 시간당 5,000원이며, 30분 초과 시 2,500원 추가됩니다.
(요청한 장소에 동행 매니저가 도착한 시간부터 요금이 산정됨)
- ※ 중위소득 100% 이하 저소득층 무료 지원합니다.
- 수급자 증명서, 차상위 증명서, 건강보험료 납부확인서 등 관련 서류는 반드시 이용 전에 제출하셔야 합니다.
- ※ 차량은 별도 제공되지 않고, 교통비는 이용자가 부담합니다.

▲ 언제 이용할 수 있나요?

- 평일은 오전 7시부터 오후 8시까지 이용할 수 있고, 주말은 사전 예약하신 분에 한하여 오전 9시부터 오후 6시까지 이용할 수 있습니다.

서울특별시

서울시 병원 안심동행서비스

1인가구 또는 다인가구지만
병원 이용에 도움이 필요한 시민도 누구나 OK!

신청·문의 | 1533-1179 (일인친구)



2. 경기도 병원동행서비스

“아픈데 혼자 병원 못가는 도민, 경기도가 동행해드립니다”

급속한 1인 가구의 증가로 인해 병원을 방문하기 어려운 도민들을 위해 경기도가 병원동행 서비스를 한다.

경기도는 몸이 불편하거나 질병 등으로 홀로 병원을 가기 어려운 1인 가구와 병원동행서비스가 필요한 한 부모, 노인가구, 조손 가구 등 실질적 1인 가구를 대상으로 병원 동행·접수·수납 등을 지원하는 ‘1인 가구 병원 안심 동행서비스’를 안산시 등 5곳에서 우선 시작한다.



	세부내용
이용대상	주민등록상 서울이 아니더라도 서울에 실거주 하는 시민
지원내용	병원으로 출발부터 집으로 귀가 까지 하는 동안 케어 서비스
서비스 시간	평일 기준 오전 7시 ~ 오후 8시까지 이용가능 주말은 사전 예약해야만 가능 오전 9시부터 오후 6시까지 이용가능
자기부담비용	시간당 5,000원 30분 초과시 2,500원 요청한 장소에 동행매니저가 도착한 시점부터 서비스 시작으로 함 *중위소득 100% 이하 저소득층은 무료지원
이동 수단	서울은 아직 차량 제공이 되지 않습니다. 교통비용은 이용자가 부담해야만 합니다.
신청 방법	콜센터 전화 1533-1179, 온라인 신청은 아래 링크로 문의 주시기 바랍니다. https://tin.seoul.go.kr/front/bsns/bsnsView.do?bsns_id=890429d0cfad44b8b620263ef0e1f49b

경기도의 병원동행서비스 사업은 나이와 소득과 관계없이 누구나 신청하면 요양보호사 등의 자격을 가진 전문인력이 방문해 병원 출발과 귀가 시 동행, 병원 내 접수·수납 지원, 진료 동행 등을 지원하는 내용이다.

2023년 올해 3월부터 시작하여 12월까지 진행되는 병원동행서비스 사업은 도내 1인 가구와 병원 이용에 어려움이 있는 사실상 1인 가구로 ▲1인 가구 유사상황(가족이 교육, 직장 문제로 따로 거주하여 실질적인 도움을 못 받는 경우) ▲노인가구(노인 2인 가구, 2인 모두 거동 불편한 상황) ▲조손 가구(손자가 어려 조부모의 보호를 받는 상황에서 조부모의 거동이 불편한 경우) ▲한부모 가정(돌볼 자녀가 있고 병원 동행 도움이 필요한 경우) 등을 대상으로 추진한다.

민간 서비스 4분의 1 정도인 시간당 5천 원의 이용료를 지급하고 30분 초과 시 2,500원의 요금이 추가되고 월 4회(1회 4시간 기준) 이용할 수 있으며, 해당 시·군 병원으로 동행서비스가 원칙이나 필요하면 관외(병원 위치)도 가능하다.

차량 등 이동 수단은 제공되지 않으며, 택시·버스비 등 교통비는 본인 부담이다. 이용 시간은 평일 오전 9시부터 오후 6시까지며, 병원 예약 시간에 따라 오전 9시 이전도 가능하다.

이용요금은 기본요금 5,000원 선납 후 추가 요금은 서비스 종료 후 내야 한다. 이용료 미납 시 이용제한 및 채납처리의 불이익이 있으며, 노쇼(서비스 개시 전 1시간 내 취소 포함) 발생 시 1개월 서비스 이용제한이 있으므로 주의해야 한다.

도는 오는 3월부터 안산, 광명, 군포, 포천에서 서비스를 시작해 하반기에 성남까지 확대



시행할 계획이다. 서비스 이용 희망자는 해당 시군으로 전화 신청하면 된다.

경기도는 도내 1인 가구를 중장기적 관점에서 체계적으로 지원하기 위해 ‘제1차 경기도 1인 가구 지원 5개년 기본계획(2023~2027)’을 수립해 ‘병원 안심 동행서비스’ 등 37개 과제를 추진하고 있다.

이번 기본계획은 ‘경기도 1인 가구의 사회 친화 촉진 및 지원에 관한 조례’에 따라 경기도에서 처음 마련한 1인 가구 정책에 관한 중장기 계획이다. ‘「혼자도 가치, 우리도 같이」 1인 가구에 힘이 되는 경기도’라는 비전 아래 ▲추진체계 ▲사회관계망 ▲건강 돌봄 ▲생활안정 ▲주거 ▲안전 등 6개 영역 37개 세부과제로 구성됐다.



경기도, 1인가구* 병원 안심동행 서비스 시행!


거동 불편, 질병 등으로 홀로 병원을 가기 어려운 1인 가구 대상

 지원대상	5개 시·군* 내 1인가구 시범운영 *3월: 안산, 광명, 군포, 포천 / 하반기: 성남 (연령, 소득 무관 / 노인가구, 한부모가정 등 <u>사실상 1인가구 포함</u>)
 지원내용	· 병원 접수, 수납, 진료 등 출발부터 귀가까지 동행 · 영양보호사 등 전문인력 방문 지원 ※ 택시·버스비 등 교통비는 자부담, 이동수단 미제공
 이용요금	기본 1시간 5,000원 / 초과 30분당 2,500원 (자부담) ※ 민간 비용의 1/4 수준
 이용시간	평일 오전 9시 ~ 오후 6시 ※ 병원 예약 시간에 따라 9시 이전 가능
 신청방법	해당 시·군 전화 신청 · 안산시 건강가정지원센터 · 광명시 1인가구지원센터 · 군포시 가족센터 · 포천시 가족센터 · 성남시 1인가구지원센터 ☎ 031-401-1032 ☎ 02-897-2179 ☎ 1600-9983 ☎ 031-532-2061 2023 하반기 예정

「혼자도 가치, 우리도 같이, 1인가구에 힘이 되는 경기도





3. 인천시 병원동행서비스

어르신, 같이 가요!...인천시, 자원봉사자가 집에서 병원까지 원스톱 동행

인천광역시가 급속한 고령화 및 맞벌이 가구의 증가로 노인 돌봄 지원의 필요성이 커짐에 따라 병원 이용이 잦은 어르신들을 위해 ‘병원 동행 매니저 서비스 지원’ 사업을 2022년 7월부터 시범 운영하고 있다.

이 사업은 어르신과 자원봉사자를 연결해 집에서 나와 병원 진료 및 검사 후 귀가할 때까지 자원봉사자가 함께하는 원스톱 동행서비스다.

병원까지의 이동은 물론, 키오스크를 이용한 진료접수와 수납 등 편의 서비스를 도와 어르신들이 병원을 편하게 이용할 수 있도록 지원한다.

거동이 가능한 만 70세 이상 기초연금 대상 어르신이 강화·옹진·영종(용유) 등 도서 지역을 제외한 인천시 전역의 병원급 의료기관을 이용할 때, 8개 구 행정복지센터와 구 자원봉사센터에서 신청할 수 있다. 다만, 장기요양 등급자와 노인 맞춤 돌봄 서비스 대상자는 이번 시범사업에서는 신청이 제한된다.

주말과 공휴일을 제외한 주중 평일에, 택시 또는 자원봉사자의 차량으로 이동하며 본인부담금 없이 서비스를 이용할 수 있다.

어르신, 같이 가요!

자원봉사자와 함께하는 병원동행 시범사업

인천광역시에서 병원이용이 필요한 어르신과 자원봉사자를 매칭하여

집 - 병원 - 집까지 함께하는 원스톱 병원동행 서비스를 시범운영 합니다.



지원대상	거동 가능한 만 70세 이상 기초연금 대상자 * 장기요양등급자 및 노인맞춤돌봄서비스 등 유사서비스 대상자 제외	
지원내용	인천시 관내 병원 이동 시 동행 [이동, 키오스크 활용 진료접수 및 수납 등 편의서비스 지원, 평일이용/주말·공휴일 제외] * 강화·옹진·영종(용유) 제외	
신청문의	행정복지센터 및 구 자원봉사센터	

구 분	문 의	구 분	문 의
중구자원봉사센터	777-1365	남동구자원봉사센터	472-1365
동구자원봉사센터	772-1365	부평구자원봉사센터	509-7518
미추홀구자원봉사센터	873-1365	계양구자원봉사센터	430-7726
연수구자원봉사센터	833-1365	서구자원봉사센터	568-1365



인천광역시
Incheon Metropolitan City



인천광역시 구 자원봉사센터



4. 강원도 병원동행서비스

"강원 특별자치도가 든든한 보호자가 되어드리겠습니다."

- 춘천, 동해, 횡성, 어르신 병원동행서비스 시범 시행 -

강원 특별자치도는 2023년 6월부터 강원도 내 65세 이상 병원 진료가 필요한 재가 노인을 위해 어르신 병원동행서비스를 합니다.

병원 내 동선이 복잡하고 단계별 전산화로 인하여 진료, 수납 등에 어려움을 겪는 어르신들과 개인 일정상 부모님 병원 방문 시 동행이 어려운 경우를 대비하여 실시하게 됩니다.

병원 동행은 강원 특별자치도가 개발한 '동행 매니저 과정' 8시간을 이수하고 현장실습을 거친 동행 매니저가 집↔병원 간 이동동행, 접수·수납, 각종 검사실 동행, 처방전 및 약품 수령, 투약지도, 진료 정보 보호자 전달 등 병원 이용에 대해서 전반적인 보호자 역할을 수행합니다.

이용료는 기본 1시간 5000원에 추가 30분당 1,500원이며, 교통비는 전액 자부담으로 진행되며, 이용자의 개인정보와 건강정보는 철저히 비밀이 유지됩니다.

강원도는 어르신 병원동행서비스를 통해 어르신들이 원하는 대로 살던 곳에서 오래도록 안전하게 거주할 수 있는 환경을 만들겠다는 계획입니다.

1장 병원동행서비스

3절 병원동행서비스의 이해

1. 병원동행서비스의 상황

1인 가구 병원동행서비스는 혼자 병원에 가기 어려운 1인 가구를 위해 병원에 가는 길부터 진료 후 귀가할 때까지 전문 매니저가 전 과정을 보호자처럼 동행합니다. 1인 가구의 약 82%는 보호자 없이 홀로 방문하고 있습니다.

2022년 병원동행서비스 시행 첫 달 서비스 이용 인원이 106명에서 현재는 세 배 가까이 늘어나고 있는 상황입니다. 연령대별로도 병원을 많이 찾는 노년 1인 가구뿐만 아니라 20대부터 30대 청년 1인 가구도 적지 않습니다.



어르신 병원동행서비스

♥ '병원 동행서비스' 가 무엇인가요?

- 도내 65세 이상 재가어르신께서 병원동행이 필요한 경우, 병원에 갈 때부터 귀가할 때까지 동행매니저가 **전반적인 보호자 역할을 해주는 서비스**입니다.
- 병원으로 출발할 때부터 집에 귀가할 때까지 동행(Door to door)
- 병원 내 접수·수납, 각종 검사실 및 진료실 동행, 예약
- 처방전 및 약품수령, 투약지도, 진료정보 보호자 전달 등

♥ 어떤 분들이 동행해 주시나요?

- 강원특별자치도가 제작한 온라인 교육프로그램 "동행매니저 과정"을 이수한 자로서 노인돌봄 및 어르신 병원동행서비스에 대한 **기본소양교육을 이수한 매니저가 동행**합니다.

♥ '병원 동행서비스' 저의 부모님도 받을 수 있나요?

- 병원을 혼자 이용하는 데에 어려움이 있는 65세 이상 노인이면 **누구나 신청**할 수 있습니다.
- 독거노인이 아니어도, 저소득층이 아니어도, 자녀분들이 함께 살아가도 병원가는 날 동행매니저가 필요하다면 **모두 가능**합니다.

♥ 언제 이용할 수 있나요?

- 병원 예약 시간에 맞게 도착할 수 있도록 시간을 맞추어 지원합니다.

♥ 당일 신청도 가능한가요?

- 당일 신청의 경우 동행매니저가 모두 출동했을 경우 서비스가 어려울 수 있으나, 대기인력이 있을 경우 최대한 지원해드립니다.

♥ 비용 부담이 있나요?

- 기본 1시간 5,000원 + 초과 30분당 1,500원 추가
- ※ 기초생활보장수급자 및 차상위계층은 기본 1시간 1,000원 + 초과 30분당 500원 추가
- ※ 동행매니저가 요청한 장소에 도착 시부터 헤어질 때까지 요금이 산정됩니다.
- ※ 차량은 별도 제공되지 않고, 교통비는 이용자가 부담합니다.

♥ 어떻게 신청하나요?

- **지역별 수행기관으로 신청**하세요!
- ※ 매니저 지원 및 관련 문의도 지역별 수행기관으로 연락하세요.

신청·문의 | (춘천) 033-241-0508
(동해) 033-522-0508
(원주) 070-4811-0508



1인가구 병원 안심동행서비스

혼자라도 OK! 함께니까 OK!

서울시에 거주하는 1인가구라면 청년, 중장년, 어르신 누구나 OK!



2. 병원동행서비스 지원내용

병원동행서비스 지원내용은 병원 출발 및 귀가 시 병원 내 접수 수납 진료 동행을 합니다.



3. 병원동행서비스 운영 기간

월요일부터 금요일까지 시행합니다. 일반적인 운영 시간은 오전 7시부터 오후 8시까지입니다. 당일 연계는 주중만 시행이 되고, 주말은 사전 예약을 한 사람에 한해서 지원합니다.

4. 병원동행서비스 비용

병원동행서비스의 이용요금은 일반적으로 기본 1시간에 5,000원의 비용이 소요되고, 추가 시간 30분당 2,500원이며 교통비는 신청인 부담으로 당일 신청까지 가능한 병원동행서비스가 가능합니다.

즉, 병원으로 가는 교통비나 택시비 등은 서비스 신청자 본인 부담입니다.

**비용은 낮추고,
당일 신청은 빠르게!**

비용이 너무 비싸지 않을까 걱정되시나요?
안심하세요. 국내에서 가장 낮은 시간당 5,000원으로 당일 신청까지 가능한 병원안심동행 서비스를 안심하고 이용하세요.



병원동행서비스 비용 부분도 저소득층은 5,000원 비용이 무료로 바뀌고 1년 동안 6회 이용 제한 시범도 폐지될 예정입니다.

연령별 이용은 70에서 80대가 약 50%로 예상대로 가장 많으며 그다음은 60대와 50대가 많이 이용하고 있습니다.

기존에 없던 정책이라 이용하신 분들 시민들의 의견은 매우 만족이 90% 후반이 나올 정도로 만족도가 높습니다.

꾸준히 투석하거나 정기적으로 재활해야 하는 병원 이용이 잦은 1인 가구를 위해 이용 횟수 제한도 없습니다. 서울시의 경우 1인 가구 생활의 불편함을 가까이서 해소하고자 서비스 평가와 정책 효과를 검증해 병원동행서비스를 지속해서 개선할 계획입니다.

5. 병원동행서비스 신청 방법

병원동행서비스는 기본적으로 제공 인력만 지원하며, 이동 수단은 지원하지 않습니다. 즉 이용자가 차량 혹은 택시를 이용하는 경우 차량 비용은 신청자가 부담합니다.

개인 프라이버시 및 추후 혹시나 문제가 될 소지가 있어 동행 매니저는 집 안으로 들어가지 않으니 문밖에서 대기해야 합니다.

병원동행서비스는 처음에 신청자의 신분증을 확인하고 있으니 미리 신분증을 준비해야 합니다.

병원동행서비스 제공 시간은 각자의 기준이 다르거나 오해할 수 있는 부분이니 동행매니저가 시작 장소에 도착하는 시간부터 서비스 제공이 완료되는 시간까지입니다.

병원동행서비스 비용은 기본 1시간에 5,000원이며, 추가 시간은 30분당 2,500원이 추가 됩니다.

병원동행서비스 비용은 서비스 종료 후 이용 시간에 따라 후불로 결제되며, 계좌이체 방식입니다.

서비스 이용 후 전국으로 시행하기 전 보안을 위해 만족도 조사가 진행될 수 있으며, 서비스 신청 시, 콜센터 운영 시간에 상담원과 유선 통화 후 서비스 신청이 접수 완료됩니다.



2장 병원동행매니저

1절 병원동행매니저의 이해

대한민국이 빠르게 늙어가고 있다. 국민의 기대수명이 기하급수적으로 늘어나고 있는 한편, 혼자 사는 1인 가구 또한 많아지고 있다. 이에 따라 돌봄은 우리가 풀어야 할 숙제가 되었으며, 관련 유망 직업들도 떠오르고 있다. 그중의 하나가 바로 ‘병원동행매니저’이다. 병원에 혼자 가기 어려워하는 사람을 도와 보호자 역할을 해주는 직업이다.

병원동행매니저는 거동이 불편하거나 몸이 불편한 사람이 병원 동행을 필요로 하는 경우, 병원에 갈 때부터 귀가할 때까지 모든 과정에 보호자처럼 동행하는 대리인이라고 할 수 있다. 병원동행매니저는 신청자가 원하는 장소로 직접 찾아와 병원에서의 접수·수납, 입·퇴원, 약국 이동까지 지원한다.

우리나라는 노인 인구 1,000만 명 돌파를 눈앞에 두고 있다. 2023년 행정안전부의 주민등록 인구통계에 따르면, 65세 이상 노인 인구는 900만 명을 넘어섰다. 또한 2025년이면 노인 인구가 전체 인구의 20% 이상인 초고령사회에 진입할 전망이다. 이는 병원동행매니저의 수요가 증가한다는 의미로 직업의 전망이 매우 밝다.

현재 서울시에서도 ‘1인 가구 병원동행 서비스’라는 이름으로 병원동행매니저 지원을 시행하고 있다. 1인 가구뿐만 아니라 서울 시민이라면 누구나 이용할 수 있다. 시간당 5,000원의 비용이 발생한다. 다만 중위소득 85% 이하 저소득층은 무료 지원한다. 코로나19 영향으로 올해까지는 중위소득 100% 이하까지 무료다. 서울시를 시작으로 다른 지자체에서도 병원동행매니저 서비스를 도입하는 추세다.

기대수명이 늘어난 요즘에는 불가피하게 찾아오는 질병을 적절하게 관리하는 일이 장수의 우선 조건이 되었다. 이와 함께 부상하는 직업이 바로 ‘병원동행매니저’다. 홀로 병원을 찾기 힘든 어르신 또는 환자들과 동행하며 곁을 지키는 병원동행매니저가 인생 2막의 유망 직종으로 주목받고 있다.

■ 혼자 병원 가기 힘든 이들을 위한 서비스

의료 서비스가 발달한 우리나라는 병원 방문이 어렵지 않은 국가 중 하나다. 실제로 외래 방문을 기준으로 의료 이용 횟수를 측정하는 OECD 통계에 의하면, 2019년 한국인의 의료 이용 횟수는 17.2회로 OECD 국가 중 월등하게 높았다(OECD 평균 6.8회).

하지만 누군가에게는 어렵지 않은 일이 어떤 이에게는 큰 장벽일 수 있다. 복합검진이 가능한 대부분의 종합병원이 예약 시스템으로 운영되고 있는데, 기기를 다루는 데 익숙하지 않은 어르신에게는 외래 진료 예약부터 병원 방문까지 모든 과정이 어려움의 연속이기 때문이다. 그나마 가족이 도움을 줄 수 있다면 괜찮지만, 바쁜 일상을 살아가는 가족이 어르신의 외래 진료에 동행하기 위해 시간을 내기는 쉽지 않다.

핵가족화가 정착한 요즘은 홀로 지내는 어르신 비율도 증가했다. 통계청에 따르면 2021년 기준 만 65세 이상 성인 가운데 혼자 거주하는 인구는 약 1,670만 명. 이 가운데에는 진료가 필요하지만 이러저러한 이유로 제때 병원에 방문하지 못하는 이들이 존재한다. 병원동행매니저는 이처럼 혼자 병원 방문이 어려운 어르신과 환자들의 불편함을 덜어주는 신종 직업으로 떠오르고 있다.

■ 진료 예약부터 동행, 진료 내용 전달까지

보호자로서 병원 동행을 해본 경험이 있다면 어르신을 모시고 병원을 찾는 과정이 그리 단순하지 않다는 사실을 잘 알 것이다. 특히 대형병원은 진료과까지 향하는 동선이 꽤 복잡하다. 병원동행매니저는 거주지에서 병원까지 동행하는 픽업 및 드롭 서비스뿐만 아니라, 병원 안에서 최적의 이동 경로 파악, 검사실 및 진료실 동행, 약국 동행 등 내원 과정에 필요한 다양한 동행 서비스를 제공한다. 또한, 내원 후에는 가족에게 진료 내용을 전달하는 일도 병행한다.

노인 인구가 빠르게 증가하면서 병원동행매니저 수요는 한층 커질 것으로 보인다. 북미와 일본 등 선진국에서는 병원동행 서비스가 이미 대중화되어 가고 있다. 기존에 사회복지사, 요양보호사, 장애인활동보호사, 간호(조무)사 등의 자격자 가운데 선택 지역과 선택 시간에 근무하고 싶은 이들에게도 병원동행매니저는 매력적인 직업이다.



2장 병원동행매니저

2절 병원동행매니저 자격과 역할 및 전망

1. 병원동행매니저 자격

병원동행매니저는 아무나 할 수 있는 것은 아닙니다. 병원동행매니저가 되기 위해서는 사회복지사, 간호조무사, 영양보호사, 간호사 등의 국가 자격 및 면허 등 관련 자격증이 필요합니다.

교육과정에는 병원동행서비스 관련 이론을 배우며 병원동행매니저로서 갖추어야 할 윤리의식, 그리고 의사소통과 응급처치는 물론 서류 작성법에서부터 현장실습까지 전 과정을 가르치고 있습니다.

사회복지사, 간호조무사, 영양보호사, 간호사 등의 자격과 면허증을 소지하고 있는 인원은 경쟁이 치열하지 않은 시행 초기에 도전해 보는 것이 좋은 방법일 수 있습니다.

특히 영양보호사 자격증을 취득하고 취업하지 않고 있다면 병원동행매니저를 지원해 보는 것도 좋을 것 같습니다.

2. 병원동행매니저의 역할

병원동행매니저의 역할 한눈에 보기



3. 병원동행매니저로 활동하는 방법

수도권 등 지자체에서 시행하는 것 외에도 포털사이트에 ‘병원동행매니저’를 검색하면 나오는 사이트에서 병원동행매니저를 지원하시면 됩니다.

구인구직 사이트인 잡코리아나 사람인 등에서도 병원동행매니저를 검색해 보면 대부분 업체에서 매니저 등록을 해놓고 요청이 있을 때 활동하는 형태로 파악됩니다.

요양보호사 자격증을 취득하고 활동을 안 하시는 분 중에 병원동행매니저로 등록해 놓았다가 필요시 병원동행서비스를 제공하는 형태로 자격증을 활용해 보면 좋습니다.

4. 병원동행매니저 수익 구조

수익 구조는 시간당 2만 원으로 월 240만 원 이상

병원동행매니저 수익 측면에서 본다면 시간당 2만 원의 요금제로 운영되고 모든 서비스는 기본 2시간 이상 제공되며 본인의 서비스 품질이나 서비스 지역에 따라 다소 차이는 있으나 최대 월 240만 원 정도의 예상 수익이 기대된다.

향후 B2B(기업이 기업 고객들을 대상으로 하는 사업) 서비스, B2G(기업이 정부를 대상으로 하는 사업) 서비스로 확대하여 다양한 서비스 상품을 개발함으로써 요금제 차별화를 통해 예상 수익은 더 늘어날 것으로 기대된다.

5. 병원동행매니저 전망

수요층 증가와 영역 확장으로 역할이 커질 것

병원동행매니저는 인구통계학적으로 보면 노인 인구의 빠른 증가(2020년 기준 800만 명에서 2030년 1,300만 명)와 1인 가구 증가로 향후 10년 이내 유망 직종으로 자리 잡을 것으로 기대된다.

미국, 캐나다, 일본 등 선진국에서는 이미 병원동행서비스가 대중적으로 정착된 상황이다. 아울러 개별화 강화, 안전 문화 확산에 따라 맞춤형 서비스에 대한 다양한 경험과 안전 비용 지급에 대한 사회적 수용성도 확대될 것으로 기대한다.

주거복지 차원에서 본다면 국가와 민간이 협력하는 커뮤니티케어 모델에서 시설 거주가 필요하기 전 단계인 노인가구, 독거노인 주택, 케어 안심 주택, 공동생활 주택 영역의 의료 지원 서비스로 확대될 것으로 전망한다.



3절 병원동행매니저의 윤리의식

1. 병원동행매니저의 지위

사람에게 봉사하는 전문직 종사자는 사회복지사, 의사, 간호사, 교사, 종교인, 요양보호사 등 매우 다양하다. 이들 봉사 전문직 종사자에 대한 세상 사람들의 평가와 존중도는 다른 직종에 비해 매우 긍정적이고도 높다. 그러나 사회복지 전문직 종사자들 더 좁혀서 노인복지종사자에 대해서 세상 사람들은 ‘희생정신이 뛰어난 사람’이라고 말한다. 이 표현은 노인복지종사자들이 자신을 돌보고 살기에도 힘든 세상에서 남들을 위해 헌신하는 점을 높이 평가하여 하는 말이다.

그런데 노인복지종사자는 정말 자신을 희생하는 사람들인가? 물론 이 땅의 노인복지 분야의 1세대 종사자들은 평생을 자식을 위해 헌신한 부모처럼 자신의 모든 인생을 바쳐 현재 이 땅의 터전을 가꾸었고 그런 희생이 모여져 오늘이 있을 수 있게 된 것이다. 그런 점에서 이들 1세대 노인복지종사자의 희생은 사회적으로 칭송 받아 마땅하며 현재의 노인복지종사자들은 이들에 대한 긍정적 평가의 덤으로 좋은 평가를 받고 있는 것이라는 생각도 든다.

그렇다면 현세대의 노인복지종사자들이 ‘희생정신이 투철한 사람’이라는 평가를 듣는 것은 좋은 일인가 아니면 잘못 평가받고 있는 것인가? 얼핏 듣기에는 참 듣기 좋은 표현이다. 그러나 좀 더 생각해 보면 좋은 의미만을 함축한 표현은 아니라는 것을 알 수 있다. 왜 잘못된 것인지를 증명하기 위하여 같은 사회적 지위가 높고 존경을 받는 의사나 성직자와 비교하여 보자. 의사나 성직자를 두고 사람에게 봉사하니까 희생정신이 투철한 사람이라고 칭찬하는 경우는 드물다. 그들은 ‘○○(선생)님’으로 불리며 성스럽거나 고귀한 정신을 가진 사람으로 평가된다. 그리고 그들은 몸과 영을 치료해주는 고마운 사람으로 기억되고, 열에 하나 손가락질을 받는 사람이 있긴 하지만 대부분은 사회적으로 존경받고 있다.

이런 점을 미루어 볼 때, 같은 봉사 전문직에 종사하는 노인복지종사자 역시 사회로부터 전문가라고 인정받아야 한다. 그러나 희생정신이 투철하고, 인간 사랑이 넘치는 사람으로 평가받고 있는 것이 현실이다. 그렇다면 왜 세상 사람들은 노인복지종사자에게는 희생정신만을 높이 사고 전문성을 인정하고 긍정적으로 평가에서는 냉혹한가? 그 이유는 간단하다. 노인복지종사자들이 전문적 능력을 인정받지 못하는 것은 세상 사람들이 인정할 수 있을 만큼의 전문적 행동을 보여주지 못했기 때문이라고 할 수 있다. 그러므로 자신의 안위와 조금이라도 편히 사는 데 열중하고 있는 현대인들이 보기에는 노인복지종사자는 ‘자기 이익을 조금만 양보하고 희생하면 누구나 할 수 있는 일’을 하고 있는 사람들에게 불과한 것이지, 전문직 종사자로 평가해 주지는 않는 것이다.

희생정신이 투철한 사람이기보다는 전문가로 존중받기 위해서는 노인복지종사자 스스로가 전문가라고 주장한다고 해서 해결될 일이 아니다. 결국 봉사 전문직 종사자인 노인복지종사자 스스로가 전문성을 갖추고 그것을 행동으로 서비스로 보여줌으로써 명백한 전문가라는 사실을 스스로 입증해내는 방법밖에는 없다.

세상으로부터 정말 ‘○○선생님’ 또는 ‘○○님’할 때의 ‘님’자에 함축된 존경의 의미와 같은 의미의 ‘선생님’과 ‘님’족, 진정한 전문가로 불리기 위해서는 결국 노인복지종사자 스스로 아니 종사자 개개인 스스로가 전문성을 갖추기 위하여 각고의 노력을 하는 길 이외에는 별다른 방법이 없다. 물론 그런 노력에도 불구하고 사람들의 의식이 쉽게 바뀌는 것이 아니기 때문에 진정한 봉사 전문직으로 인정받기 위해서는 더 오랜 시간을 기다려야 할지도 모른다. 그러나 그 길 이외에는 달리 길이 없다.

그렇다면 외길인 이 길 즉, 전문가가 되는 길은 무엇일까? 그리고 전문가인 동시에 직업인으로서 병원동행매니저가 갖추어야 할 태도와 행동거지는 무엇일까? 다음에서는 이에 대해 논의해 보고자 한다.

2. 병원동행매니저가 갖추어야 할 세 가지 조건

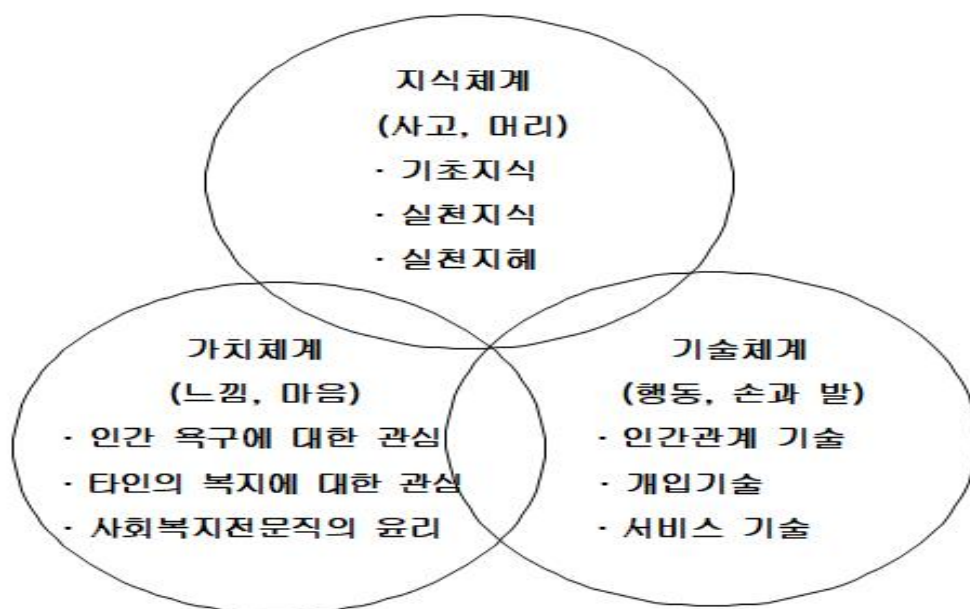
노인복지 또는 의료기술 분야의 현장에서 노인복지종사자들을 만났을 때 흔히 듣는 말들 중의 하나는 노인복지를 제대로 하려면 ‘만능(萬能)’이어야 한다는 표현이다. 그 말 역시 사실이다. 그러나 노인복지종사자들이 흔히 사용하는 ‘만능(萬能)’이라는 말은 푸



념의 의미가 매우 강하게 내포되어 있다. 뭐든 다 잘해서 만능이 아니라 전문가에게 걸맞은 일이 아니라고 생각되는 하찮은 일, 자질구레한 일들까지도 해야 한다는 의미로 만능이라는 용어가 사용되고 있다. 즉, 만능은 노인복지종사자들이 신세타령할 때 쓰는 말이다.

이처럼 만능이라고 하는 신세타령 조의 용어가 없어지기 위해서는 먼저 시설이나 요양기관에 필요한 인력이 충분히 배치되어야 한다. 그런데 현재의 국가재정으로는 충분한 인력을 배치할 여력이 없어 보인다. 그러기에 노인복지 현장에서는 좀 더 오랫동안 나쁜 의미의 만능이란 단어가 사용되어야 할지도 모르겠다.

그러나 정말로 병원동행매니저는 ‘만능’일 필요가 있다. 왜냐하면 ‘독거노인의 삶의 질 향상’이 병원동행매니저가 추구하는 궁극적 목적이기 때문에 독거노인의 삶의 영역과 관련된 모든 일들을 능숙하게 처리할 수 있는 능력 즉, 만능과 다재다능(多才多能)이 필요하다. 이때의 만능과 다재다능은 능숙한 일 처리 솜씨만을 두고 하는 말은 아니다. 그 의미는 바로 ‘모든 것을 모두 다 잘 할 수 있다’라는 진정한 의미의 만능이요, 다재다능이다. 그래야만 독거노인의 삶에서 채워지지 않았거나, 혼자서는 하지 못하는 작은 것들, 사소한 것들 더 나아가 하찮은 것들까지도 도와줄 수 있는 것이다.



병원동행매니저가 갖추어야 할 세 가지 조건

병원동행매니저가 진정한 의미의 다재다능한 전문가가 되기 위해서는 어떻게 해야 하고 어떤 것들을 갖추어야 하는가? 그것은 다름 아닌 [그림]에서 보는 바와 같이 세 가지 조건 즉, 머리(head)로 생각(thinking)하는 지식체계, 마음(heart)으로 느끼는(feeling) 가치체계 그리고 손(hands)과 발로 움직이는(acting) 기술 체계이다.

이를 요약하면 병원동행매니저가 전문가가 되기 위해 갖추어야 할 조건은 3H(head, heart, hands) 또는 3~ing(thinking, feeling, acting)이다. 즉, 병원동행매니저는 ‘차가운 머리, 뜨거운 가슴 그리고 움직이는 손과 발’ 전문용어로 말하면, 지식(knowledge), 가치(value), 그리고 기술(skill)을 갖추어야 한다. 즉, 진정한 전문가가 되기 위해서는 ‘가슴은 뜨겁게, 머리는 차갑게, 손발은 부지런하게 움직여야’하는 것이다. 이 셋 중에 어느 것이 중요하고 어느 것이 먼저인지를 정할 수가 없기에 여기서는 차례대로 세 가지 조건에 대해 간략히 논의해 보자.

➤ 차가운 머리 : 지식(knowledge, thinking)

차가운 머리에 해당하는 부분은 ‘생각하는 습관(thinking)’에 의해 길러지는 것이고 이러한 생각을 통해 창출된 것들이 지식이다. 병원동행매니저는 이러한 지식이 없이는 노인이 왜 그런 말과 행동을 하며 왜 그런 것들을 필요로 하는지를 이해하지 못하며 어떻게 해야 제대로 도와주는 것이며 어떤 도움을 계획해야 하는지를 알 수가 없다. 그러므로 병원동행매니저는 끊임없이 생각하고, 고민하고 공부해야 하는 것이다.

병원동행매니저가 갖추어야 할 지식은 몇 가지로 나누어진다. 첫째는 노년기의 발달, 행동, 성격, 그리고 사회환경이 노인에게 미치는 영향 등을 이해할 수 있는 기초지식(foundation knowledge)이다. 이런 영역과 관련된 지식은 노인의 행동을 이해하는데 필요한 지식이므로 노인의 삶의 영역과 결부된 거의 모든 학문분야의 지식들이 여기에 해당한다고 해도 과언이 아니다. 그러나 대표적인 것들만 들어보면 심리학, 사회학, 정치학, 경제학, 생물학, 의학 등 매우 다양하다.

이러한 분야의 공부는 대개 대학교에서 교양과 전공 공부 시간에 학습해야 하는 부분이다. 그러나 반드시 그러한 것은 아니다. 개인의 일상생활과 경험이 바로 이런 지식들과 밀접하게 관련되어 있으므로 생활경험을 통하여 바로 노인을 이해하는데 필요한 기초지식들을 쌓아갈 수 있는 것이다. 그리고 요즘에는 인터넷이 발달해 있어서 원하는 정



보만 클릭하면 얼마든지 원하는 정보를 얻을 수 있다. 그 외에 여행이나 노인체험과 같은 다양한 경험들을 통해서도 병원동행매니저는 얼마든지 기초지식을 쌓을 수 있다.

두 번째 필요한 지식은 노인을 원조하는 행동의 전문성을 길러주는 실천지식(practice knowledge)이다. 이 지식은 노인의 욕구와 문제를 확인하고 이를 치료하거나 해결해줄 수 있는 방법을 고안하고 원조계획을 수립하는 것과 관련된 지식이다. 바로 사회복지분야의 실천방법론과 관련된 지식이다. 그러므로 대부분의 실천지식은 대학시절 사회복지나 관련 인간봉사전문직의 전공 교육과정에서 학습하게 된다.

그런데 문제는 두 가지 상황에서 발생한다. 먼저는 대학교를 졸업함과 동시에 책을 손에서 놓는다는 것이다. 그렇게 되면 병원동행매니저의 서비스를 받는 노인들은 ‘오래된 지식을 가진 구식 종사자로부터 구식 서비스’를 받는 불리한 상황에 처하게 되는 것이다. 그런데도 대부분의 독거노인은 서비스를 선택할 수 있는 권리가 제한되어 있기 때문에 구식 서비스인지 알면서도 어쩔 수 없이 그 구식 서비스를 받게 되는 것이다. 또 다른 문제는 대학교에서 배웠다고 하더라도 책에 있는 내용을 현실에 적용하기 어렵다는 것이다. 이점은 우리의 대학교육이 이론 중심의 강의로 이루어져 있는 것에 가장 큰 원인이 있다. 그러나 이러한 이론과 실천의 연계성 미흡이라는 문제는 또 다른 지식 차원에 의해 해결이 가능하다.

세 번째 지식의 영역이 바로 그와 관련된 것으로 실천지혜(practice wisdom)이다. 일상생활에서 ‘경험만큼 큰 스승은 없다’라는 말을 한다. 바로 이 말과 연결된 것이 실천지혜이다. 이 지식은 많은 현장경험을 통해서 몸으로, 직감적으로 체득된 것으로 하나의 지식이 된 것이다. 처음에는 ‘이러면 될 것 같다’는 검증되지 않은 가설로 일을 처리하게 되면서 시작하여서, 점차 그것들이 현실에서 적절한 방법으로 인식되면서 하나의 지식으로 굳어지는 것이다. 즉, 전공서적에 쓰여 있지 않은 많은 방법들이 현장의 경험을 통해서 보충되어 가는 것이고, 현장 종사자‘나름의 노하우(know-how)’인 것이다. 이 노하우를 적절히 활용하게 되면 어느 정도의 지적 결핍상태에서는 벗어날 수 있다.

이 지점에서 병원동행매니저가 갖추어야 할 조건인 지식과 관련된 질문을 해보면 우리 병원동행매니저들의 지식 학습노력은 지극히 미진하다는 것이다. 개인수준에서 보면 전문서적을 사서 읽는데 돈을 쓰지 않는다는 것이다. 둘째, 병원동행서비스 수행기관



수준에서 보면, 운영비에서 도서구입비가 차지하는 비중은 지극히 작다는 것이다. 셋째, 외부와의 연계를 통한 지식의 활용에도 적극적이지 못하다는 것이다. 이런 상황이 오래 지속되면, 병원동행매니저 모두가 전문가의 첫 번째 자질인 지식인의 자질을 갖추는데 실패할 수밖에 없고 일반인들로부터 전문가로 인정받는 시간은 더욱 늦어질 수밖에 없는 것이다.

그러므로 개인과 병원동행서비스 수행기관은 책을 사고 읽고 하는데 투자해야 한다, 개인수준에서는 시간이 날 때마다 책을 읽고, 시·군·구나 병원동행서비스 수행기관에서는 병원동행매니저끼리 연구모임을 만들 수 있도록 재정적, 사회적 지원을 해야 한다.

➤ 뜨거운 가슴 : 가치(value, feeling)

뜨거운 가슴에 해당하는 부분은 독거노인에 대한 ‘느낌’을 통해서 길러지며 이는 가치와 윤리라는 것으로 표현된다. 병원동행매니저가 일을 할 수 있는 이유 더 강하게 표현하면 존재하는 이유는 바로 독거노인이 있기 때문이다. 즉 독거노인이 고객이요 주인이며, 병원동행매니저는 그로 인해 일거리를 갖게 된 사람인 것이다. 말하자면 독거노인을 섬겨야 하는 사람인 셈이다. 독거노인의 업무나 일은 병원동행매니저가 아니라 독거노인에게서 출발하는 것이다.

그러므로 병원동행매니저는 독거노인이 관심 있어 하는 것, 원하는 것, 힘들어 하는 것 그리고 혼자서 못하는 것이 무엇이냐에 끊임없는 관심을 기울여야 한다. 즉, 독거노인에 오감을 집중하여 독거노인의 관심과 욕구, 문제를 마음으로 느낄 수 있어야 한다. 그런 다음에야 독거노인을 원조하고 서비스를 제공하는 다른 모든 것이 이루어질 수 있는 것이다.

독거노인의 관심과 욕구를 파악하는 방법은 두 가지가 있다. 하나는 독거노인이 바라는 것을 ‘있는 그대로 느끼고’ 파악하는 것이고, 또 하나는 독거노인이 ‘이런 것을 필요로 하고 원할 것이라고 병원동행매니저가 판단’하는 것이다. 첫 번째 방법에 의해 파악된 독거노인의 욕구를 노인이 느끼는 욕구(felt need)라고 하며, 두 번째 방법에 의해 파악된 것이 병원동행매니저가 판단한 욕구(they need)라고 한다. 이 두 가지 욕구가 일치하면 가장 이상적인 상태라고 할 수 있다. 그러므로 병원동행매니저는 인지능력이



심하게 손상된 독거노인을 원조할 때를 제외하고는 자신이 판단한 독거노인의 욕구에 근거하여 서비스를 해서는 안 되며, 노인이 느끼는 욕구에 근거하여 서비스를 제공해야만 한다. 그러기 위해서는 독거노인 대한 진정한 관심, 감정이입, 온화함 등을 갖추어야 한다.

흔히들 병원동행매니저가 갖추어야 할 조건으로 ‘인간에 대한 사랑’이라고들 한다. 그런데 인간에 대한 사랑은 그렇게 쉽지가 않다. 내 가족, 내 애인에게도 소홀해지고 사랑이 식어 가는 경우도 허다하게 많이 볼 수 있다. 그런데 피 한 방울 안 섞인 독거노인에게 끊임없는 사랑을 가슴에 안고 평생을 헌신한다는 것은 굉장히 힘든 일이다. 그러기에 그 사랑이 식지 않도록 병원동행매니저는 끊임없는 노력을 해야 하며, 그 사랑을 지켜내기 위한 행동지침을 지니고 있어야 한다.

바로 이러한 독거노인에 대한 사랑과 관심을 지켜낼 수 있도록 도와주면서 노인복지전문직종사자가 바람직하다고 생각하는 가치를 추종할 수 있도록 해주는 것이 바로 윤리강령에 제시된 윤리원칙이다.

병원동행매니저는 보다 세부적인 윤리원칙에 대한 확실한 이해를 가져야 하며, 이를 충실하게 이행하여야 한다. 그렇지만 첫 번째 윤리강령이 독거노인에 대한 서비스 즉, 받들고(奉) 섬김(仕)의 행위이다. 이를 위해서 병원동행매니저는 앞에서 논의한 차가운 머리와 함께 사랑 즉, 인본주의적 접근방법을 활용할 수 있어야 한다. 즉 사람과 대상(I-it)의 관계가 아니라 사람과 사람(I-Thou)으로서의 관계를 형성할 수 있어야 한다. 그러기 위해서 병원동행매니저는 진실해야 하며, 언행의 일치를 이루어야 하며, 독거노인의 마음을 읽고, 그 마음에 적절한 반응을 할 수 있어야 한다. 이러한 병원동행매니저의 행동을 독거노인이 느낄 수 있을 때 사랑이 전달될 수 있는 것이며, 그래야만 독거노인도 자신의 변화와 욕구충족을 위해 병원동행매니저를 신뢰하고 그와 함께 마음을 움직이고 즉, 동기화한 후에야, 그의 능력(capacity)을 제고하고, 이를 적용해볼 수 있는 기회를 부여하는 것이 의미를 지니게 되는 것이다. 즉, 독거노인이 동기화가 되지 않은 상황에서는 문제해결이나 욕구충족이 이루어질 수 없기 때문에, 독거노인을 향한 따뜻한 가슴이라는 것이 요구되는 것이다.



이와 같이 이해해주고, 받아주고, 비난하지 않고, 자율권을 주는 병원동행매니저로부터 사랑을 느낀 독거노인은 스스로 자신의 능력과 장점, 자원을 활용하여 자신을 변화시키려 한다. 그러나 자기 마음대로 판단하고, 뭐든 하라고 시키고, 못하면 소리 지르고, 심지어는 욕박지르는 병원동행매니저에게서 독거노인은 마음의 문을 열지 않는다. 그 대신 독거노인은 주객이 전도되었다고 생각하게 된다. 그런 병원동행매니저는 대부분 독거노인의 장점을 찾기보다는 독거노인의 모자란 점을 먼저 찾게 된다. 그럴수록 강점모델(strength-centered model), 역량강화모델(empowerment model)이 아닌 문제중심, 치료중심의 접근방법을 사용하게 되고, 병원동행매니저는 소리 지르고, 귀찮아하고, 투덜거릴 일이 많아지고, 나중에는 그게 귀찮으니까 그냥 내버려두게 된다. 바로 병원동행매니저가 판단하고 재단한 노인의 욕구(they-need)만이 눈에 들어오게 되고, 마음은 차갑게 식어가게 되는 것이다.

봉사전문직의 봉사현장에서 일하는 종사자들의 경우 입사 초기에는 열정을 지니고 있지만, 계속 반복되는 일들 때문에 지치고 힘들어하는 때가 많다. 그리고 급기야는 그냥 수발드는 사람 정도로 자신의 자리매김하는 경우가 많다. 아니면 몸이 지치고 마음이 천갈래 만갈래 찢어져 누워버린 종사자 즉, 소진된 종사자들이 많이 있다. 그렇게 되면 본인도 힘들지만, 서비스를 받아야 하는 독거노인은 더 힘들게 된다. 아니 독거노인 삶의 방해꾼이 되는 것이다. 이러한 상황에 빠져들지 않기 위해서 병원동행매니저는 항상 자신의 직무와 관련된 새로운 것을 찾기 위하여 생각(thinking)하고, 스트레스를 그때그때 풀어야 한다. 이를 위하여 기관에서는 규정화된 휴식의 기회를 충분히 부여해주어야 하며, 병원동행매니저들만이 쉴 수 있는 공간을 별도로 마련해 주고, 이들이 여가를 건전하게 활용할 수 있는 제도적 장치를 만들어 나가야 한다.

➤ 움직이는 손과 발 : 기술(skill, acting)

움직이는 손과 발에 해당하는 부분은 ‘목적이 있는 행동’을 의미한다. 이러한 유목적적 행동은 병원동행매니저에게 있어서는 독거노인을 원조하는 행동이며 이러한 원조행동은 결국 전문적 실천기술을 바탕으로 이루어지는 것이다.



봉사전문직은 실천학문이고 응용학문이기 때문에 머리로만 이해하고, 가슴으로 느끼기만 해서는 아무런 의미가 없다. 그러므로 지식이나 가치가 바로 기술이라는 행동을 통해서 나타나기 때문에, 병원동행매니저에게 있어서 기술이 매우 중요하다고 할 수 있다. 그러나 그 기술은 지식과 가치가 전제되지 않을 때에는 병원동행매니저는 전문가가 아닌 기술자(technician)가 되어 버린다. 능숙한 기술을 갖추었을 때 병원동행매니저는 일을 잘 처리할 수 있을지 모르지만, 병원동행매니저의 존립근거이고 최종 목표이기도 한 ‘독거노인’이라는 존재는 뒷전으로 밀려나게 되는 우를 범하게 된다. 그러므로 기술만을 갖추어서는 안 되며, 지식과 기술을 밑바탕으로 하여 기술을 발전시켜 나가야 하는 것이다.

그렇다면 그런 기술에는 어떤 것들이 있는가? 첫째, 관계의 기술이다. 봉사전문직의 원조는 인간과 인간사이의 관계를 바탕으로 하여 이루어지는 것이다. 그러므로 병원동행매니저는 독거노인과 촉진적 원조관계를 맺을 수 있는 기술을 익혀 두어야 한다.

예를 들면, 독거노인의 특성에 관계없이 ‘독거노인’이라는 범주로 묶어서 도와준다. 이는 바로 개별화의 관계원칙을 따르지 않음이다. 그리고 수용하기 보다는 거부하고, 심판적 태도로 독거노인을 나무라고, 그의 마음을 표현할 수 있는 기회를 주기 보다는 성급하게 미리 판단해 버리고, 독거노인이 자기 결정의 능력이 없다고 판단하여 대신 원가 다해줘 버리고 더 나아가서는 독거노인의 의견을 무시하기까지 한다. 이 시점에서 병원동행매니저는 스스로 과연 독거노인과 정말 관계의 원칙을 지키고 있는지 자문해볼 필요가 있다.

둘째는 병원동행매니저의 목적 있는 행동(action)을 통해 제공되는 것이 서비스(service)이다. 서비스란 말 그대로 남을 받들고(奉) 섬기는 행위(仕)이다. 그런데 간혹 병원동행매니저는 삶의 의존성이 높은 독거노인을 받들고 섬기는 것이 아니라 ‘위에 서서 나누어 주고 베푸는’ 서비스를 한다. 그건 서비스가 아니다. 전문성이 갖추어진 활동은 더더욱 아니다. 진정한 전문서비스는 받들고 섬기는 것이다. 즉, ‘노인을 위해서(for the elderly), 노인에게(to the elderly)’라는 관점에서 이루어지는 서비스는 진정한 의미의 서비스가 아니다. ‘노인과 함께(with the elderly)’라는 관점에서 독거노인을 받들고 섬기는 행위가 바로 전문적 서비스인 것이다.



3. 병원동행매니저의 자세와 행동원칙

병원동행매니저의 자세나 마음가짐에 대해 일정한 원칙을 정할 수는 없지만, ① 인간에 대한 진정한 사랑, ② 자신의 편견에 대한 인정과 수정, ③ 힘든 일을 극복하려는 불굴의 의지, ④ 무조건적인 나눔의 정신, ⑤ 배우려는 자세 등이다.

이를 행동적 차원에서 기술하면 다음과 같은데, 매우 평범한 것이긴 하지만 병원동행매니저들이 이런 것들을 갖추지 않으면 독거노인 지원업무를 수행함에 있어서 많은 어려움과 문제에 직면하게 될 가능성이 높다.

- 삶에 대해 적극적이고 진실한 자세를 가져야 한다.
- 축복받는 것들을 다른 사람과 함께 나눈다는 소명감을 가져야 한다.
- 나만이 할 수 있는 일이고 안하면 안된다는 의식을 가져야 한다.
- 겸손한 태도를 가지며 지나친 자만심을 갖지 않는다.
- 그날그날의 업무를 위한 준비를 철저히 하고, 철저한 시간관념과 책임감을 가져야 한다.
- 상대방이 필요로 하는 일을 하며 신속하고 확실하게 한다.
- 방관자가 아니라 주인의식을 갖고 참여하고 행동해야 한다.
- 자신의 성격적 장점과 약점을 정확히 이해하고 이를 보완해 나가야 한다.
- 노인을 존중하고 신뢰관계를 형성하여야 한다.
- 업무를 수행함에 있어서 자신의 편견이나 감정을 개입시키지 않는다.
- 독거노인의 사생활, 자기결정권을 침해해서는 안 된다.
- 주어진 활동이 적합하지 않다고 느끼거나, 혼자서 해결할 수 없다고 판단되는 문제는 서비스관리자나 상급자와 의논하여 처리한다.
- 겸손한 태도를 가져야 하며, 단정한 옷차림을 해야 하고, 언행에 조심하여야 한다.
- 노인과 약속한 사항은 꼭 지켜서 신뢰받는 병원동행매니저가 되어야 하며, 만약 약속을 지키지 못할 경우에는 사전에 이유를 설명한다.
- 업무 중에 알게 된 노인에 관한 비밀은 철저히 보장해야 한다.
- 업무내용을 기록, 점검, 평가하고, 노인복지분야에 대한 전문지식과 기술을 습득하기
- 병원동행매니저로서 업무를 더 이상 계속하지 못하는 경우에는 노인에게 상처를 주지 않도록 노인과의 관계를 신중하게 종결하여야 한다.
- 자신이 병원동행매니저 전체를 대표한다는 마음을 갖고 항상 행동에 주의하여야 한다.



제 IV 편

의사소통과 정서지원



IV

4편 의사소통과 정서지원

1장. 효과적인 의사소통과 정서지원

▶ 차시는 강의 현장에 따라 상이할 수 있습니다.

인간은 가족, 직장, 지역사회 등에서 많은 사람과 소통하고 관계를 맺으면서 살아간다. 모든 인간관계는 의사소통에 의해 이루어지므로 의사소통을 어떻게 하느냐에 따라 인간관계의 질이 좌우된다.

중장년 여성은 직장에서의 대인관계로 많은 스트레스를 받는다. 병원동행서비스를 담당하는 병원동행매니저도 대상자, 가족, 동료와 대인관계의 어려움을 많이 호소한다. 병원동행서비스를 제공하면서 발생하는 대인관계 문제에 효과적으로 대응하기 위해서는 의사소통 기술을 습득할 필요가 있다.



1절 의사소통의 정의와 필요성

1. 의사소통의 정의와 구성요소

▶ 의사소통의 정의

의사소통은 의미를 창출하고 공유하는 상호교류 과정이다. 의사소통을 뜻하는 커뮤니케이션(communication)이라는 용어는 라틴어의 'communicare'가 어원이며 '나누다, 전달하다, 공동으로 한다'의 의미를 지니고 있다.

의사소통이란 두 사람 또는 그 이상의 사람들 사이에서 일어나는 의사 전달과 상호교류가 이루어진다는 뜻이며, 어떤 개인 또는 집단이 개인 또는 집단에 대해서 정보, 감정, 사상, 의견 등을 전달하고 그것들을 받아들이는 과정이라고 할 수 있다.

이처럼 의사소통은 타인에게 영향을 주고 타인을 이해하는 과정으로서 개인이 자신의 감정, 태도, 신념 및 사실을 전달하는 과정이라고 볼 수 있다. 이때 언어가 일차적 수단으로 사용되고 얼굴표정, 몸짓, 눈짓 혹은 침묵과 같은 비언어적 신호나 단서도 의미를 주고받는 데 사용된다.

▶ 의사소통의 구성요소

의사소통은 전달하려는 정보의 내용, 메시지를 전달하는 사람과 전달받은 대상, 전달하려는 내용을 문자, 언어, 표식, 행동 등으로 표현하는 부호화, 그 의미에 대한 해석, 그리고 전달받은 내용에 대한 반응을 표현하는 피드백 과정 등 다양한 요소들로 구성됩니다.

일반적으로 의사소통을 구성하는 기본요소는 '송신자', '수신자', '메시지', '피드백' 네 가지이다.

1. 송신자

메시지를 보내는 사람으로서, 메시지를 전달하기 위해 언어적이든 비언어적이든 다양한 상징들을 사용한다. 효율적인 의사소통을 위해서는 기본적으로 송신자의 적절한 용어선택, 관련 사항에 대한 풍부한 정보 및 지식, 언어와 일치하는 비언어적인 태도, 상대방에 대한 감수성 등이 중요하게 작용한다.



2. 수신자

수신자는 송신자의 메시지를 듣고 받아들이는 사람이다. 즉 메시지가 최종적으로 전달되는 종착점이다. 메시지를 올바르게 전달받기 위해서는 수신자의 건강한 사고능력, 감정 상태, 경청하는 태도, 신체적 컨디션, 여유로운 시간 등이 중요하게 작용한다. 특히 수신자가 편견을 갖고 정보를 왜곡하거나 전달받은 정보를 자기 관점에서만 해석하는 미숙한 태도는 의사소통 과정에서 갈등을 유발하기 쉽다.

3. 메시지

메시지는 언어적 형태와 비언어적 형태로 전달되며 내용 차원의 메시지와 관계 차원의 메시지가 있다. 내용 차원의 메시지는 전달하고자 하는 메시지 자체로서, 언어로 표현되는 말 그 자체를 가리킨다. '나는 대학생입니다.', '지난 주말에는 설악산을 다녀왔습니다.' 처럼 내용 그 자체의 메시지를 말한다. 관계 차원의 메시지는 메시지를 전달하고 주고받는 과정에서 나타나는 송신자와 수신자 간의 관계를 나타내주는 메시지이다.

즉 말을 주고받는 두 사람 간의 권력관계, 상·하 관계, 애정 관계 등의 다양한 관계의 특성들이 표출되는 차원이다. '저는 정말 화가 납니다.'의 예문에서 '저'와 '~합니다' 표현은 송신자가 수신자보다 아랫사람임을 나타내준다. 이러한 관계 메시지는 오히려 언어적 형태보다 비언어적 형태에 의해서 더욱 명확하게 전달된다.

4. 피드백

피드백은 정보가 송출되었던 원래의 지점으로 정보에 대한 반응을 보내는 것을 말한다. 따라서 송신자는 피드백을 통해 수신자가 메시지를 얼마나 잘 이해했는지를 파악할 수 있다. 송신자는 수신자의 피드백을 통해 자신의 의사소통 내용과 방법을 재확인하며 잘못 이해된 부분은 수정·보완하여 다시 메시지를 전달한다.

또한, 수신자는 자기가 보낸 피드백에 대한 송신자의 반응에 의해 메시지의 잘못 이해한 부분을 재수정한다. 피드백을 보내는 방법은 언어적 방법과 비언어적 방법이 있다. 언어적 방법에는 직접 질문을 한다거나 이해한 것이 맞는지를 말로 확인해보는 피드백이 있으며, 비언어적 방법에는 대화 중에 미소를 짓거나 고개를 끄덕거리는 긍정적 피드백과 얼굴을 찡그리거나 시선을 멀리하거나, 고개를 가로젓는 부정적 피드백이 있다.



2. 의사소통의 필요성



의사소통이란 둘 또는 그 이상의 사람 사이에 사실, 생각, 의견 또는 감정의 교환을 통하여 공통적 이해를 하고, 듣는 사람의 의식이나 태도, 행동에 변화를 일으키는 일련의 과정이다. 다음은 병원동행매니저가 업무를 수행하는 과정에서 요구되는 의사소통의 필요성을 정리한 것이다.

가. 대상자 및 가족과의 신뢰 관계 형성에 도움을 준다.

병원동행서비스는 대상자, 가족과의 신뢰를 바탕으로 제공하는 서비스이므로 대상자, 가족과 원활한 의사소통이 필요하다.

나. 병원동행서비스에 필요한 정보를 원활하게 수집할 수 있다.

병원동행서비스를 제공하기 위해서는 대상자와 가족의 욕구나 문제를 정확하게 파악해야 하므로 원활한 의사소통은 정보수집에 많은 도움이 된다.

다. 대상자를 깊이 이해하고, 서비스의 질을 향상할 수 있다.

노인은 인지, 청각, 시각 등 감각기능 저하로 의사 표현에 많은 어려움이 있다. 대상자의 상태에 맞는 의사소통 기술을 습득하여 원활히 소통하면 대상자를 더 깊이 이해할 수 있고 이를 바탕으로 질 높은 서비스를 제공할 수 있다.

라. 자기 생각과 감정을 효과적으로 표현하여 좋은 관계를 형성할 수 있다.

병원동행매니저는 업무의 특성상 대상자뿐만 아니라 가족, 시설장 등과 긴밀한 관계를 유지하기 위해 자기 생각과 감정을 잘 표현하여 서로에 대한 공감을 높이고 좋은 관계를 형성할 수 있다.

마. 타 전문직과의 원활한 업무 협조에 도움이 된다.

병원동행서비스 의료기관은 병원동행매니저뿐만 아니라 사회복지사, 간호사, 물리치료사 등 다양한 분야의 전문가와 팀을 이루어 업무를 하는 경우가 많다. 이러한 다양한 직종들과의 원활한 소통은 병원동행서비스 향상으로 이어진다.



2절 의사소통의 유형

의사소통의 유형에는 언어적 의사소통과 비언어적 의사소통이 있다. 언어적 의사소통은 자기 생각이나 감정을 말이나 글로 표현하는 것이며, 비언어적 의사소통은 몸짓, 표정, 행동, 자세, 옷차림 등으로 표현하는 것이다.

메라비언의 법칙에 의하면 상대방과의 의사소통에 영향을 미치는 요소 중 가장 중요한 것은 비언어적 요소(시각적 요소)이며, 그다음은 음성(청각적 요소), 언어적 요소(말의 내용)이다.



【메라비언의 법칙】

시각적 요소는 자세, 용모와 복장, 제스처 등 외적으로 보이는 부분을 말하며, 청각은 목소리의 톤이나 음색처럼 언어의 품질을 말하고, 언어는 말의 내용을 말한다. 메라비언의 법칙에 따르면, 대화를 통하여 상대방에 대한 호감 또는 비호감을 느끼는 데에서 상대방이 하는 말의 내용이 차지하는 비중은 7%로 미미하다. 반면에 말을 할 때의 태도나 목소리 등 말의 내용과 직접적으로 관계가 없는 요소가 93%를 차지하여 상대방으로부터 받는 이미지를 좌우한다.

가. 언어적 의사소통

언어는 사람의 생각이나 감정을 효과적으로 전달할 수 있는 가장 간편하고 만족스러운 의사소통의 방법이다. 개인의 내면적 상태와 의도를 전달하는 방법이기도 하다.

하지만 개인 차이로 인한 편차가 크다는 단점이 있어 똑같은 단어를 서로 다른 의미로 사용하기도 하고, 감정을 표현하는 방법도 다르며, 어휘의 사용 정도에도 차이가 있다.

〈병원동행매니저가 언어적 의사소통을 할 때 주의점〉

언어적 의사소통은 말의 강도, 억양, 속어, 방언 등에 따라 오해가 있을 수 있기 때문에 병원동행매니저는 대상자, 가족과 의사소통할 때 명확하고 이해하기 쉬운 용어를 사용해야 한다. 또한, 비언어적 표현을 적절히 병행하여 사용해야 한다.

나. 비언어적 의사소통

비언어적 의사소통에는 용모, 자세, 침묵, 말투, 얼굴표정, 손짓, 눈짓, 몸짓, 목소리 크기, 씩씩거림, 으쓱거림, 웃음소리 크기, 눈물 등이 있으며 때로는 언어적 의사소통보다 더 중요하게 활용될 때가 있다.

모든 의사소통에는 비언어적 의사소통이 존재하며 감정적, 정서적 부분이 크게 작용한다.

〈병원동행매니저에게 비언어적 의사소통이 중요한 이유〉

병원동행매니저는 대상자의 비언어적 표현을 주의 깊게 관찰하여 대상자의 기분이나 감정 등을 잘 파악하기 위해 노력해야 한다. 대상자는 시력, 청력 등 감각이 떨어져 있거나 만성질환 등으로 자기 의사를 적절하게 표현하는 데 어려움이 있기 때문이다.

평소 대상자를 잘 관찰해 두면 대상자의 표정이나 손짓, 몸짓 등으로 말하려고 하는 메시지가 무엇인지 빨리 파악할 수 있고, 병원동행서비스 제공에 참고할 수 있다.

1) 눈 맞춤

눈 맞춤은 중요한 의사소통 수단이다. 대상자를 정면으로 직시하면 대상자에게 관심을 두고 경청하고 있으며, 대화에 적극적으로 임한다는 메시지를 전달할 수 있다.

2) 얼굴표정

얼굴표정은 대화에 영향을 미치는 요소 중 가장 중요한 시각적 요소이며, 눈을 치켜뜨거나 미소를 짓는 등의 표정은 말로써 전달하고자 하는 의미를 더욱 분명하게 하는 효과적인 의사소통 수단이다.

3) 자세

손과 팔의 움직임도 중요한 의사소통 수단이다. 손과 팔을 자연스럽게 놓고 있다가 상황에 따라 적절하게 움직이는 것이 좋다.

4) 어조

어조는 말하는 사람의 감정을 드러낸다. 크지 않고 온화한 목소리, 분명한 발음, 적절한 말속도가 좋다.

5) 옷차림과 외양

병원동행매니저가 입는 옷과 머리스타일 등도 중요한 비언어적 의사소통 수단 중의 하나이다.

옷차림이나 외양이 병원동행매니저에 대한 인상을 결정짓고, 이 인상이 대상자 및 가족과의 관계에 영향을 미치기 때문이다.

【비언어적 의사소통기법】

	바람직한 태도	바람직하지 않은 태도
얼굴 표정	- 따뜻하고 배려하는 표정 - 다양하며 생기있고 적절한 표정 - 자연스럽고 여유있는 입모양 - 간간히 적절하게 짓는 미소	- 눈썹 치켜세우기 - 하품 - 입술을 깨물거나 꼭 다문 입 - 부적절하고 희미한 미소 - 지나친 머리 끄덕임
자세	- 팔과 손을 자연스럽게 놓고 상황에 따라 적절한 자세 - 대상자를 향해 약간 기울인 자세 - 관심을 보이며 편안한 자세	- 팔짱끼기 - 대상자로부터 비껴 앉는 자세 - 계속해서 손을 움직이는 태도 - 의자에서 몸을 흔드는 태도 - 몸을 앞으로 구부리는 태도 - 입에 손이나 손가락을 대는 것 - 손가락으로 지적하는 행위
눈맞춤	- 눈맞춤 - 대상자와 같은 눈높이 - 적절한 시선의 움직임	- 눈을 마주하기를 피하는 것 - 대상자보다 높거나 낮은 눈높이 - 시선을 한 곳에 고정하는 것
어조	- 크지 않는 목소리 - 분명한 발음 - 온화한 목소리 - 대상자의 느낌과 정서에 반응하는 어조 - 적절한 말속도	- 우물대거나 너무 작은 목소리 - 주저하는 어조 - 너무 잦은 문법적 실수 - 너무 긴 침묵 - 들뜬 듯한 목소리 - 너무 높은 목소리 - 너무 빠르거나 느린 목소리 - 신경질적인 웃음 - 잦은 헛기침 - 큰 소리로 말하기



3절 효과적인 의사소통 방법

노인은 청각, 시각 등 감각기능의 저하로 제한된 의사소통을 할 수밖에 없다. 이러한 점을 감안하여 대상자의 상태를 파악하고 그에 적합한 의사소통을 하는 것이 중요하다. 효과적인 의사소통을 하기 위해서는 라포 형성을 비롯하여 경청, 말하기, 공감, 침묵, 수용 등의 기본적인 기술이 필요하다.

1. 라포 형성



라포(apport)란 ‘마음의 유대’라는 뜻으로 서로의 마음이 연결된 상태, 즉 두 사람 사이의 상호신뢰 관계를 나타내며, 의사소통의 기본이다. 라포가 형성되면 인간관계에서 호감과 상호신뢰가 생기고 비로소 유대감이 깊은 인간관계를 형성하게 된다. 반면 라포가 없으면 대화는 단지 소음에 지나지 않는다.

라포가 형성된 사람들의 관계에서는 ‘무슨 일이라도 털어놓고 말할 수 있다’, ‘충분히 이해할 수 있다’, ‘공감한다.’, ‘함께 있다’라는 느낌이 들게 된다.

👁 라포를 형성하기 위해서는 신체 언어를 맞추고, 눈을 맞추며, 호흡의 리듬을 맞추고, 언어를 맞추는 것이 필요하다. 사람들의 신체 언어를 잘 살펴보면, 개입상대에서는 몸을 앞으로 기울이며 눈은 안쪽을 향하는 반면, 관조 상태에서는 몸을 뒤로 젖히며 눈은 먼 곳을 응시한다.

2. 경청



경청은 다른 사람의 말을 주의 깊게 들으며 공감하는 능력이다. 우리는 지금껏 말하기, 읽기, 쓰기에만 집중해 왔다. 우리의 감성을 지배하는 것은 ‘귀’다. 의사소통을 잘하기 위해서는 다른 사람의 말을 주의 깊게 들으며 공감할 수 있는 능력을 갖추는 것이 중요하다.

경청은 대화 과정에서 신뢰를 쌓을 수 있는 좋은 방법이며, 상대방이 말하려고 하는 의미를 잘 파악하고 상대방의 입장에서 이해하려는 노력이다.

➤ 좋은 경청이란

경청을 잘한다는 것은 단순히 잘 듣는 것이 아니라 상대방이 말하려고 하는 의미를 잘 파악하고 이해하는 것이다. 경청하는 사람은 상대방의 말에 항상 동의하지 않더라도 충분히 이해하기 위해 항상 마음을 열어둔다. 좋은 경청은 상대방과 상호작용하고 말한 내용에 대해 생각하고, 무엇을 말할지 기대하는 것을 의미한다. 좋은 경청자가 되기 위해서는 상대방에게 집중할 수 있는 훈련이 필요하다.

➤ 경청의 방법

- ① 혼자서 대화를 독점하지 않고, 말하는 순서를 지킨다.
- ② 상대방의 말을 가로채거나 이야기를 가로막지 않는다.
- ③ 의견이 다르더라도 일단 수용한다.
- ④ 논쟁에서는 먼저 상대방의 주장을 들어준다.



- ⑤ 시선을 맞추며, 귀로만 듣지 말고 오감을 동원해 적극적으로 듣는다.
- ⑥ 흥분하지 않고, 비판적 태도를 버린다.
- ⑦ 상대방이 말하는 의미를 이해한다.
- ⑧ 단어 이외의 보이는 표현에도 신경을 쓴다.
- ⑨ 상대방이 말하는 동안 경청하고 있다는 것을 표현한다.

➤ 경청을 방해하는 것

- ① 대충 미루어 짐작하고, 충분히 듣지 않은 상태에서 조언한다.
- ② 끊임없이 비교한다.
- ③ 미리 대답을 준비한다.
- ④ 듣고 싶지 않은 말을 걸러낸다.
- ⑤ 상대방의 말을 반박하고 논쟁하기 위해서 듣는다.
- ⑥ 상대방의 말을 나 자신의 경험에 맞춘다.
- ⑦ 마음에 들지 않을 경우 슬쩍 넘어가며 대화의 본질을 회피한다.

3. 말하기

말하기란 자신의 느낌과 생각을 효과적으로 표현함으로써 상대방과 원활히 대화하는 것이다. 효과적인 말하기는 서로 존중하면서 자신의 진심이 상대방에게 전해지고, 상대방의 진심도 나에게 전달되어 서로 합의점을 찾아가는 것이며, 상대방을 조정하고 통제하는 것과는 다르다.

➤ 효과적인 말하기

- ① 자신의 감정에 솔직해진다.
- ② 상대방의 말을 수용하고 자신의 생각을 정리한다.
- ③ 의사전달을 분명하게 한다.
- ④ 비판적인 단어를 사용하지 않는다.
- ⑤ 특정 상대를 지칭하거나 비판하지 않는다.
- ⑥ 부정적인 비교를 하지 않는다.
- ⑦ 나쁜 내용을 회고하거나 상기시키지 않는다.

- ⑧ 상대방을 위협하는 말을 하지 않는다.
- ⑨ 상대방을 감정적으로 공격하지 않는다.
- ⑩ 편안하고 이완된 자세를 취한다.

➤ **효과적인 말하기를 방해하는 경우**

- ① 자신이 모든 일에 전문가임을 주장한다.
- ② 자신에게는 잘못이 없고 항상 옳다고 주장한다.
- ③ 부족하고 자신감 없는 태도를 보인다.
- ④ 자신은 보호받아야 한다고 생각한다.
- ⑤ 자신은 완벽한 사람이므로 비난을 받지 않아야 한다고 생각한다.

➤ **나-전달법**

나-전달법은 상대방을 비난하지 않고 상대방의 행동이 나에게 미친 영향에 초점을 맞추어 이야기하는 표현법이다. 반면, 너-전달법은 상대방의 행동에 초점을 두고 행동에 대한 비난, 비평, 평가의 의미를 전하며, 상대방에게 잘못이 있다고 공격하는 표현이다. 즉 너-전달법은 문제의 원인을 상대방에게 둔다. 문제를 해결하기 위해서는 나-전달법이 바람직하며, 이때 주의 점은 다음과 같다.

- ① 부정적 정서를 강조하지 않는다.
- ② 상대방에게 교훈을 주는 데 열중하여 말하는 사람의 본심을 전달할 기회를 놓치지 말아야 한다.
- ③ 감정을 폭발적으로 드러내지 않는다.
- ④ 상대를 평가하지 않는 태도가 필요하다.
- ⑤ 나-전달법으로 말하고 나서 다시 수용적 태도(경청)를 취한다.

**나 전달법으로 대화를 하면
어떤 것이 좋을까요?**

“ 1. 다른 사람의 문제점에 대해서 이야기 하고 싶은데,
싫은 말을 하기가 힘들어서 못할 때 이야기할 수 있어요.

2. '너'로 하면 공격이 되지만, '나'로 이야기하면 그 사람의
행동을 공격하지 않으면서 내 마음을 전달 할 수있어요.

3. 화, 짜증이 났을 때 참으면 병이 되는데, 이야기를 함으로써
스트레스 예방에 도움이 되요. ”



4. 공감

공감이란 상대방이 하는 말을 상대방의 관점에서 이해하고, 감정을 함께 느끼며, 자신이 느낀 바를 전달하는 것을 의미한다.

즉 공감능력은 ‘나는 당신의 상황을 알고, 당신의 기분을 이해한다.’처럼 다른 사람의 상황이나 기분을 같이 느낄 수 있는 능력을 말한다.

어떤 문제에 대해 상대방이 받아들일 마음의 준비가 없는 상황에서 이야기하는 사람이 너무 빨리 충고를 하거나, 비판을 하게 되면 이에 대해 반감을 가진 상대방은 의사소통을 차단해 버린다.

바람직한 공감은 상대방의 말에 충분히 귀를 기울이고 그 말을 자신의 말로 요약해서 다시 반복해 주는 것이다. 이것은 상대의 말을 요약해서 다시 옮기는 것뿐이지만 문제의 상황에서 대화를 지속시키고 문제를 지닌 당사자가 스스로 해결책을 찾아나가도록 하는 데 아주 효과적이다.

▶ 공감의 유형

심리학자 대니얼 골먼과 폴 에크먼 박사는 공감 능력을 세분화해서 세 가지 유형으로 분류합니다.

첫 번째는, 다른 사람의 입장에서 이해할 수 있는 능력인 ‘인지적인 공감(Cognitive Empathy)’이 있습니다. 우리가 상대방의 입장에 서보며 왜 그렇게 생각하고 느끼는 지 이해해 보려는 노력을 하는 것이 바로 인지적인 공감입니다.

두 번째는, 상대방이 느끼는 감정을 함께 느끼는 능력인 ‘정서적 공감(Emotional Empathy)’이 있습니다. 친구가 슬퍼할 때, 함께 그 슬퍼하는 감정을 공유할 수 있는 능력이 바로 정서적 공감능력입니다.

마지막으로, 고통이나 아픔을 느끼는 상대방을 돕고자 하는 마음인 ‘연민적 공감(Compassionate Empathy)’이 있습니다. 길거리에 쓰러진 사람을 보고 다가가서 도와주려는 행동으로 나아가는 마음이 바로 여기에 해당합니다.

- 인지적 공감 : 다른 사람의 입장을 이해하는 능력
- 정서적 공감 : 상대방이 느끼는 감정을 함께 느끼는 능력
- 연민적 공감 : 상대방의 고통을 덜어주기 위해 돕고자 하는 마음



5. 침묵과 수용

▶ 침묵

침묵은 어떤 말보다 중요한 역할을 할 때가 있다. 긍정적이고 수용적인 침묵은 가치 있는 치료적 도구로 작용하여 대상자로 하여금 말할 수 있는 용기를 주고, 요양보호사와 대상자 모두에게 생각을 정리할 시간을 준다. 그러나 대상자가 침묵을 어떻게 받아들이느냐에 따라 효과가 달라지므로 조심스럽게 사용해야 한다.

▶ 수용

수용이란 상대방의 표현을 비판 없이 있는 그대로 받아들이는 것으로 단순한 동의나 칭찬과는 다르다. 대상자를 있는 그대로의 한 인간으로 받아들여 그의 특성 모두를 인정하고 존중하는 태도이다.

병원동행매니저는 대상자의 강점과 약점, 긍정적인 감정과 부정적인 감정, 태도 등을 포함하여 있는 그대로 이해해야 한다. 이러한 수용으로 대상자는 긴장이 감소되고 안도감을 느끼며 자신감이 증진된다. 병원동행매니저는 대상자에게 충고하거나 답을 주려하지 말고 감정, 태도를 수용하면서 지지한다.

MEMO



노년기에는 청력과 시력이 저하되고, 감정을 표현하지 않으려 하며, 경직성과 내향성이 강해지며, 언어적 능력 또한 저하되는 경향이 있으므로, 의사소통하는데 여러 가지 장애를 갖게 된다.

이러한 의사소통의 방해요인을 갖고 있는 노인과 의사소통하기 위하여 일반적으로 따라야 하는 원칙과 특수한 장애나 질환을 갖고 있는 노인과의 의사소통 방법에 대해 살펴보면 다음과 같다.

2장 상황별 의사소통

1절 의사소통 장애가 없는 경우

▶ 대상자와의 의사소통

- ① 대상자를 존중하는 태도와 관심을 가진다.
- ② 대상자의 말하는 속도에 맞춘다.
- ③ 명확하고 이해하기 쉬운 언어를 사용한다.
- ④ 너무 작거나 크게 말하지 않는다.
- ⑤ 본인을 소개할 때는 이름, 소속, 역할 등을 전달한다.
- ⑥ 대상자는 이름으로 호칭하는 것이 원칙이나 대상자의 동의하에 어르신 등으로 부른다.

▶ 가족과의 의사소통

- ① 가족을 존중하는 태도를 가진다.
- ② 대상자에 대한 정보는 수시로 주고받는다.
- ③ 가족과 의견이 상충될 때는 병원동행서비스 수행기관의 장에게 보고한다.
- ④ 대상자의 부정적인 행동이나 그에 대한 느낌을 전달할 때는 직설적으로 하지 않는다.

▶ 관련 전문직 및 관계자와의 의사소통

- ① 타 전문직 및 관계자의 업무를 이해하고 존중하는 태도를 갖는다.
- ② 대상자의 상황에 따라 관련 전문직, 병원동행서비스 수행기관의 장과 의사소통을 원활히 한다.
- ③ 대상자의 이상 상태는 병원동행서비스 관리책임자에게 즉시 정확하게 보고한다.

2절 의사소통 장애가 있는 경우

대상자가 의사소통장애가 있는 경우는 먼저 각 장애별 특성을 숙지할 필요가 있다.

가. 노인성 난청

노인성 난청은 퇴행성 변화로 인하여 생기는 청각 기능의 저하이다. 잘 듣지 못하여 의사소통에 소극적이며 목소리 크기나 높이 조절이 잘 안 되어 큰 소리로 말을 하게 된다.

노인성 난청 대상자와 이야기하는 방법

- ① 대상자의 눈을 보며 정면에서 이야기한다.
- ② 어깨를 다독이거나 눈짓으로 신호를 주면서 이야기를 시작한다.
- ③ 입 모양으로 이야기를 알 수 있도록 입을 크게 벌리며 정확하게 말한다.
- ④ 몸짓, 얼굴 표정 등으로 의미 전달을 돕는다.
- ⑤ 말의 의미를 이해할 때까지 되풀이하고 이해했는지 확인한다.
- ⑥ 말을 알아듣기 쉽도록 천천히 차분하게 이야기한다.
- ⑦ 보청기를 착용할 때는 입력은 크게, 출력은 낮게 조절한다.
- ⑧ 보청기를 사용할 때는 건전지와 전원 스위치가 작동하는지 확인한다.
- ⑨ 밝은 방에서 입 모양을 볼 수 있도록 시선을 맞추며 말한다.
- ⑩ 원활한 의사소통이 되도록 정보를 충분히 제공한다.
- ⑪ 청각상실에 대한 체험을 통하여 대상자를 더 많이 이해하고자 노력한다.

나. 시각장애

시각장애 대상자는 형태나 색상을 파악하기 어려워 청각이나 촉각, 후각 등에 의지하여 대상물을 인지한다. 상대의 존재나 위치, 표정, 문자 등을 알아보기 어려워 오해를 받기도 하고 자신의 의사를 충분히 전달하지 못한다.

<시각장애 대상자와 이야기하는 방법>

- ① 대상자의 정면에서 이야기한다.
- ② 여기, 이쪽 등 지시대명사를 사용하지 않고 사물의 위치를 정확히 시계방향으로 설명한다.
- ③ 대상자를 중심으로 오른쪽, 왼쪽을 설명하여 원칙을 정하여 두는 것이 좋다.



<시각장애 대상자와 이야기하는 방법>

- ④ 대상자를 만나면 신체 접촉을 하기 전에 먼저 말을 건네어 알게 한다.
- ⑤ 대상자를 이해하기 쉬운 언어를 사용하고 천천히 정확하게 말한다.
- ⑥ 이미지가 전달하기 어려운 형태나 사물 등은 촉각으로 이해시킨다.
- ⑦ 대상자와 보행할 때에는 요양보호사가 반 보 앞으로 나와 대상자의 팔을 고는 듯한 자세가 좋다.
- ⑧ 대상자가 읽고 싶어 하는 것을 읽어주고 고유명사 등은 자세히 설명한다.
- ⑨ 대필하게 되는 경우에는 정확하게 받아쓰고 내용을 다시 확인한다.

다. 언어장애

언어장애는 외상이나 뇌병변 등으로 말하는 능력이나 듣고 이해하는 능력에 이상이 있는 상태로 알아듣기는 하나 말을 할 수 없는 경우와 말을 잊어버린 경우가 있다.

언어장애 대상자와 이야기하는 방법

- ① 대상자와 이야기할 때는 얼굴과 눈을 응시하며 천천히 말한다.
- ② 대화에 주의를 기울이고, 소음이 있는 곳을 피한다.
- ③ 면담을 할 때는 앉아서 하고, 질문에 대한 답변이 끝나기 전에 다음 질문을 하지 않는다.
- ④ 대상자의 말이 끝날 때까지 기다리면서 고개를 끄덕여 듣고 있음을 알린다.
- ⑤ 알아듣고 이해가 된 경우에는 예, 아니요 등으로 짧게 대답한다.
- ⑥ 눈을 깜빡이거나 손짓, 손에 힘을 주거나 고개를 끄덕이는 등으로 의사표현하게 한다.
- ⑦ 실물, 그림판, 문자판 등을 이용한다.
- ⑧ 잘 표현하였을 때는 칭찬과 더불어 긍정적 공감을 비언어적으로 표현해 준다.

라. 판단력, 이해력장애

판단력, 이해력장애는 발생한 일의 성격을 제대로 이해하지 못하는 것으로 상대방이 말하는 의미를 이해하지 못하여 오해하는 경우가 있다.

<판단력, 이해력장애 대상자와 이야기하는 방법>

- ① 어려운 표현을 사용하지 않고 짧은 문장으로 천천히 이야기한다.
- ② 몸짓, 손짓을 이용해 상대의 말하는 속도에 맞추어 천천히 이야기한다.
- ③ 실물, 그림판, 문자판 등을 이용하여 이해를 돕는다.
- ④ 불쾌감을 주는 언어를 쓰거나 아이처럼 취급하여 반말을 하지 않는다.



마. 주의력결핍장애

주의력결핍장애는 주의가 산만하고 활동량이 많으며, 충동성과 학습장애를 보이는 정신적 증후군이다. 주의력결핍장애는 어린아이에게 발생하는 장애로 알고 있지만 성인에게도 나타난다. 실제로 우리나라 성인의 2~4% 정도가 주의력결핍장애로 추정되며 대인관계나 사회생활에 어려움을 겪기도 한다.

<주의력결핍장애 대상자와 이야기하는 방법>

- ① 대상자와 눈을 맞춘다.
- ② 명확하고 간단하게 단계적으로 제시한다.
- ③ 구체적이고 익숙한 사물에 대하여 대화한다.
- ④ 목표를 인식하고 단순한 활동을 먼저 제시한다.
- ⑤ 주의력에 영향을 주는 환경적 자극을 최대한 줄인다.
- ⑥ 주변사람들에게 주의력결핍장애에 대한 이해를 구한다.
- ⑦ 메시지를 천천히, 조용히 반복한다.

바. 지남력장애

지남력장애는 시간, 장소, 환경 등을 정확하게 파악하는 능력에 이상이 생긴 상태로 치매, 의식장애, 낮은 지능 등이 원인이다.

<지남력장애 대상자와 이야기하는 방법>

- ① 대상자의 이름과 존칭을 함께 사용한다.
- ② 대상자를 일관성 있게 대하도록 노력한다.
- ③ 시간, 장소, 사람, 날짜, 달력, 시계 등을 자주 인식시킨다.
- ④ 모든 물품에 이름표를 붙이고 주의사항을 그림이나 문자로 적어서 제시한다.

MEMO





병원동행 실무 기초지식



1장. 의학용어와 병원용어

▶ 차시는 강의 현장에 따라 상이할 수 있습니다.

1장 의학용어와 병원용어

1절 의료법에 규정된 전문 과목

병원 진료과목은 병원마다 세부적인 차이가 있습니다. 여기서는 의료법 시행령 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정에 나오는 전문과목을 기준으로 했습니다.

의료법에서 인정하는 전문의 진료과목은 내과, 신경과, 정신건강의학과, 외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취통증의학과, 산부인과, 소아청소년과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨의학과, 영상의학과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 결핵과, 재활의학과, 예방의학과, 가정의학과, 응급의학과, 핵의학과, 직업환경의학과 총 26가지입니다.

전문의 진료과목 26개 종류

1. 마취통증의학과 / [ANE] Anesthesiology, 麻酔痛症醫學科

마취를 뜻하는 anesthesia에 학문의 분과를 뜻하는 접미사 -ology가 합성된 단어입니다. 수술을 하는 동안 환자의 의식, 감각, 운동, 반사를 차단하고, 환자에게 일어나는 생리적 변화를 관찰하는 일을 합니다. 또한 환자의 급성 만성 통증을 관리합니다.

2. 피부과 / [DER] Dermatology, 皮膚科

dermat-는 '피부의'라는 뜻입니다.

피부과에서는 피부 및 피부 부속기, 외부로 노출된 점막의 질병을 다룹니다.

3. 응급의학과 / [EM] Emergency Medicine, 應急醫學科

응급환자의 처치와 분류, 대량 재해 등을 관장하는 부서입니다.

4. 이비인후과 / [ENT] Ear, Nose and Throat 또는 Otorhinolaryngology, 耳鼻咽喉科

이비인후과에서 이(耳)는 귀, 비(鼻)는 코, 인후(咽喉)는 인두와 후두를 말합니다.

5. 안과 / [EY], [OPH] Eye, Ophthalmology, 眼科

눈과 눈꺼풀과 관련한 질환을 대상으로 합니다.

눈을 뜻하는 ophthalmo-와 학문을 뜻하는 -logy가 합해졌습니다. 약어로는 eye의 준말인 EY 또는 ophthalmology의 준말인 OPH를 씁니다.

6. 가정의학과 / [FM] Family Medicine, 家庭醫學科

환자와 그 가족에게 포괄적이고 지속적인 건강관리를 제공하는 진료과입니다.

7. 외과/ [GS] General Surgery, 外科

환자의 질병에 대해 주로 수술적 접근을 하는 진료과입니다.

이전에는 일반외과라고 했는데 외과로 개칭되었습니다.

신경외과, 흉부외과, 산부인과, 정형외과, 성형외과, 치과 등으로 독립한 외과 분야 외의 나머지 분야를 말합니다. 즉 소화기, 내분비, 유방, 혈관, 이식, 외상 등의 분야를 다루는 외과입니다.

8. 내과 / [IM] Internal Medicine, 內科

internal은 '안의'라는 뜻으로 내장에 관한 질환을 다루는 과라는 의미였지만 현재 내과는 15세 이상의 사람을 상대로 넓은 영역의 질환에 대해 비수술적인 접근을 하는 진료과를 말합니다. 워낙 영역이 넓다보니 순환기내과, 호흡기내과 등으로 전문분야가 독립하는 추세입니다.

9. 진단검사의학과 / [LM, CP] Laboratory Medicine, 診斷検査醫學科

laboratory는 실험실이라는 뜻입니다. 예전에는 임상병리과Clinical Pathology라고 했으나 진단검사의학과로 이름이 바뀌었습니다.

인체에서 나오는 각종 검체에 대한 검사를 시행하여 진단을 하는 부서입니다.

10. 핵의학과 / [NM] Nuclear Medicine, 核醫學科

nuclear는 '원자력의', '(원자)핵의'라는 의미가 있습니다.

방사선 동위원소를 이용하여 진단과 치료를 하는 의학의 한 분야입니다.

11. 신경과 / [NR] Neurology, 神經科

중추신경계와 말초신경계에 발생하는 질환에 대해 비수술적인 내과적 접근을 하는 부서입니다. 신경외과와 정신건강의학과와 다릅니다.

신경외과는 신경과와 같이 중추신경계와 말초신경계에 발생하는 질환에 대해 수술적인 접근을 하는 분야입니다.

예전에는 정신과와 합해서 신경정신과라고 하는 일이 많았지만 현재 신경과와 정신건강의학과로 분리되었습니다.



12. 신경외과 / [NS] Neurosurgery, 神經外科

neuro- '신경의'와 surgery '수술'의 합성어입니다.

중추신경계와 말초신경계에 발생하는 질환에 대해 수술적인 접근을 하는 부서입니다.

13. 산부인과 / [OBGY] Obstetrics & Gynecology, 産婦人科

obstetrics는 산과, gynecology는 여성 건강과로 여성 질병을 다룹니다.

14. 직업환경의학과 / [OEM] Occupational & Environmental Medicine, 職業環境醫學科

근로자들의 직업 및 환경과 관련한 질환을 다룹니다.

예전에는 산업의학과라고 했으나 2011년에 직업환경의학과로 개칭되었습니다.

15. 정형외과 / [OS] Orthopedics, 整形外科

ortho는 '똑바로', '정확한' 등의 의미이고 pedic은 '소아의'라는 의미로 원래는 어린 아이의 기형을 교정하는 분야였는데 현대에는 팔, 다리, 척추 및 주변조직에 대한 진료를 합니다.

16. 병리과 / [PA, PATH] Pathology, 病理科

진단을 위해 조직검사와 세포검사를 주로 하는 부서입니다.

예전에는 해부병리과라고 했습니다.

17. 소아청소년과 / [PED] Pediatrics, 小兒青少年科

소아과는 임신중인 태아부터 청소년기의 환자를 대상으로 합니다.

18. 예방의학과 / [PM] Preventive Medicine, 豫防醫學科

질병의 발생 원인을 규명하고 질병의 예방과 건강 증진을 목적으로 하는 분야입니다.

19. 성형외과 / [PS] Plastic Surgery, 成形外科

plastic은 모양形을 만든다成는 뜻이고 surgery는 수술입니다. 단순히 미용상의 성형만을 뜻하는 것이 아니라 신체 전반의 구조적인 변형이나 기형을 수정하는 진료과입니다.

20. 정신건강의학과 / [PSY] Psychiatry, 精神健康醫學科

영혼, 정신을 뜻하는 psyche와 치유를 뜻하는 -iatic의 합성어입니다.

이전에는 신경정신과라고 했으나 신경과가 떨어져 나가고 정신과라고 했다가 다시 정신건강의학과로 이름이 바뀌었습니다.

다양한 정신질환을 치료하고 정신건강증진을 목적으로 합니다.



21. 영상의학과 / [RAD] Radiology, 映像醫學科

엑스레이X-ray, 초음파, 전산화단층촬영CT, 자기공명영상MRI 등을 활용하여 환자의 질병을 진단하고 치료합니다. 이전에는 방사선과 또는 진단방사선과라고 했으나 영상의학과로 이름이 바뀌었습니다. 그 안에서도 방사선종양학과와 핵의학과가 갈라져 나왔습니다.

22. 재활의학과 / [RM] Rehabilitation Medicine, 再活醫學科

재활의학과는 질병이나 사고로 장애가 생긴 사람이 최대한 자신의 능력을 발달시켜 가능한 자립적인 생활을 할 수 있도록 도와주는 분야입니다.

23. 방사선종양학과 / [RO] Radiation Oncology, 放射線腫瘍學科

radiation은 방사선 또는 방사선 조사, oncology는 종양학입니다.

방사선을 이용한 치료를 하는 부서로 과거에는 치료방사선과라고 했습니다.

24. 결핵과 / [TB] Tuberculosis, 結核科

결핵에 관한 부서입니다. 예전에는 결핵환자가 많았지만 점점 줄어들어 결핵과 희망자도 줄어들었습니다. 최근에는 주로 호흡기내과에서 결핵을 담당하고 있습니다.

25. 흉부외과 / [TS, CS] Thoracic Surgery, Cardiothoracic Surgery, 胸部外科

thoracic은 가슴을 뜻하는 thorax의 형용사입니다.

흉부외과는 가슴 부위에 있는 심장, 폐, 대동맥, 식도, 기관지, 흉선, 종격, 횡격막 등에서 발생한 질환을 주로 수술적인 방법으로 치료하는 진료분과입니다.

26. 비뇨의학과 / [UR] Urology, 泌尿醫學科

uro-는 '오줌'을 뜻합니다. 이전에는 비뇨기과라고 했으나 비뇨의학과로 개정되었습니다. 비뇨의학과에서는 요로계(신장, 요관, 방광, 요도), 남성 생식기관(고환, 부고환, 사정관, 음낭, 음경), 성선(전립선, 정낭, 구요도선), 부신에 생기는 질환을 다룹니다.

➤ 치과

치과의사는 의사와 다른 별도의 면허와 전문과목 체계를 가지고 있습니다.

치과 / [DEN] Dentistry, 齒科는 치아 질환, 잇몸 질환, 부정교합, 결손치, 턱관절 장애, 구순구개열, 안면골 골절 등 치아와 그 주위 조직, 구강, 악안면 영역의 질병이나 이상상태를 진단하고 치료합니다.



1장 의학용어와 병원용어

2절 의학용어 약어 요약

의학용어 약어 - 진료과 26개 + 치과

약어	의학용어	영어발음기호	한글발음	우리말 이름
AN	Anesthesiology	,æ n ə s,θi zi'pl ə dʒi	애너스띠지올러지	마취통증의학과
DEN	Dentistry	'dɛ n tə stri	덴터스트리	치과
DER	Dermatology	,dɜr mə'tɒl ə dʒi	더머톨러지	피부과
EM	Emergency Medicine	i'mɜr dʒən si mɛd ə sɪn	이머전시 메더신	응급의학과
ENT	Ear, Nose and Throat Otorhinolaryngology	ɪər nouz ænd θrəʊt ,ou tu,rai nou,lær ɪŋ'gɒl ə dʒi	이어 노우즈 앤 프로 우트 오우토우라이노우래 링골러지	이비인후과
EY, OPH	Eye, Ophthalmology	aɪ, ɒf θəl'mɒl ə dʒi	아이, 옵델몰러지	안과
FM	Family Medicine	'fæm ə li mɛd ə sɪn	패멀리 메더신	가정의학과
GS	General Surgery	'dʒɛn ə r əl 'sɜr dʒə ri	제너럴 서저리	외과
IM	Internal Medicine	ɪn'tɜr nəl mɛd ə sɪn	인터널 메더신	내과
LM, CP	Laboratory Medicine	'læb ə r ə tɜr i mɛd ə sɪn	래버러토리 메더신	진단검사의학과
NM	Nuclear Medicine	'nyu kli ə r mɛd ə sɪn	뉴클리어 메더신	핵의학과
NR, NU	Neurology	nyʊrəl ə dʒi	뉴롤로지	신경과
NS	Neurosurgery	,nyʊər ou'sɜr dʒə ri	뉴어로우스서저리	신경외과



OBGY	Obstetrics & Gynecology	əb'stɛ trɪks ænd ˌɡaɪ nɪ'kɒl ə dʒi	업스테릭스 앤 자이 니콜러지	산부인과
OEM	Occupational & Environmental Medicine	ˌɒk yə'peɪʃ ə nl ænd ɛn'vaɪ rən mənt l mɛd ə sɪn	오큐페이셔널 앤 엔 바이런먼틀 메디신	직업환경의학과
OS	Orthopedics	ˌɔr θə'pi dɪks	오펜피딕스	정형외과
PA, PATH	Pathology	pə'θɒl ə dʒi	퍼톨러지	병리과
PED	Pediatrics	ˌpi di'æ trɪks	피디애틀릭스	소아청소년과
PM	Preventive Medicine	prɪ'ven tɪv mɛd ə sɪn	프리벤티브 메디신	예방의학과
PS	Plastic Surgery	'plæs tɪk 'sɜr dʒə ri	플래스틱 서저리	성형외과
PSI	Psychiatry	sai'kaɪ ə tri	사이카이아트리	정신건강의학과
RD, RAD	Radiology	ˌreɪ di'ɒl ə dʒi	레이디알러지	방사선과, 영상의학과
RM	Rehabilitation Medicine	ˌri:ə,bɪlɪ'teɪʃən mɛd ə sɪn	리어빌리테이션 메디 신	재활의학과
RO	Radiation Oncology	ˌreɪ di'er ʃən ɒŋ'kɒl ə dʒi	레이디에이션 옹콜러 지	방사선종양학과
TB	Tuberculosis	tyu,bɜr kyə'lou sɪs	튜버클로시스	결핵과
TS, Cardiotho racic Surgery	Thoracic Surgery, Cardiothoracic Surgery	θɔ'ræs ɪk 'sɜr dʒə ri, 'kɑr di ə θɔ 'ræs ɪk 'sɜr dʒə ri	또래식 서저리, 카디 어또래식 서저리	흉부외과
UR	Urology	yʊ'rɒl ə dʒi	유롤러지	비뇨기과 비뇨의학과

3절 이것만 알아도 편하다! 병원용어

<골든타임> <굿닥터> <김사부> 등 병원을 배경으로 한 드라마들이 많은 인기를 누렸지만, 자막 없이 모든 내용을 이해하는 것은 쉬운 일이 아닙니다. 간혹 큰 대학병원에서 진료를 받거나 보호자로서 방문했을 때도 마찬가지입니다.

넓디넓은 병원에서 길을 찾는 것은 물론이고, 접수부터 진료, 검사, 중간중간 수납까지 병원에서 사용하는 기본적인 용어라지만, 환자나 보호자에게 너무나 낯선 용어 때문에 이해가 되지 않아 어리둥절할 때가 많습니다.

질병과 처치에 관한 어려운 의학용어를 제외하고 환자 입장에서든 병원에 갈 때 기본적으로 알아두면 좋을 병원 용어들을 알아보겠습니다.

1. 외래 & 입원

병원의 진료는 크게 외래진료와 입원진료로 나눌 수 있습니다. 입원은 환자가 병원에 상주하며 치료를 받는 것을 의미하는데 인턴이나 전공의와 같은 수련의나 간호사가 항시 대기하고 있어 불편함 점을 이야기하기 쉽고 협진 및 지속적인 치료가 가능합니다.

단, 입원은 본인이 하고 싶다고 해서 할 수 있는 것이 아니며, 담당의사가 입원이 필요하다고 판단할 때 입원할 수 있습니다.

외래는 환자가 집과 병원을 왕래하며 특정 시간에만 진료받고 약 및 주사의 처방 후 경과를 보며 치료하는 것을 말합니다. 입원과 외래는 환자가 부담하는 금액이 다르고, 상급병실(1~3인실 및 특실)의 경우 추가 비용이 생길 수 있습니다.

2. 일반진료 & 선택진료

선택진료란 병원급 이상의 의료기관에서 환자가 특정 의사를 선택해 진료받는 제도로 의료법에 근거하고 있습니다. 선택진료 의사는 일정한 자격을 갖춰야 하며, 선택진료 의사에게 진료를 볼 경우 산정된 금액에 추가된 비용을 환자 또는 그 보호자가 전액 부담해야 합니다. 선택진료를 선택하지 않을 때에는 일반의의 진료를 받을 수도 있습니다.



선택진료를 할 수 있는 의사는 대학병원의 조교수 이상인 의사, 전문의 자격인정을 받은 후 10년 이상 경과한 의사, 면허 취득 후 15년이 경과한 치과의사 등으로 전체 의사의 67% 안에서 지정할 수 있습니다. 이는 전문성이 높은 의사에게 진료를 받을 기회이기도 하지만, 선택진료비 자체가 건강보험 적용이 되지 않아 환자들에게 진료비 부담을 가중할 수 있는 부분이기도 합니다.

3. 급여 & 비급여

병원에서 사용하는 급여와 비급여의 차이는 보험 적용이 ‘된다’와 ‘안 된다’의 차이입니다. 총진료비 중 일부를 본인이 부담하고 나머지는 건강보험공단이 부담하는 것과 달리 비급여는 본인이 전액 부담하게 됩니다.

보험 적용이 되지 않는 범위는 질병이나 부상 등 치료 목적이 아니거나 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환, 기타 보험급여의 원리에 부합되지 않는 것입니다. 쉬운 예로 미용, 예방접종, 건강검진, 성형수술이나 그로 인한 후유증, 시력교정술 등이 비급여에 해당합니다. 비급여의 경우 병원이 임의로 가격을 산정할 수 있어 병원마다 가격의 차이가 있을 수 있습니다.

치료 자체가 보험이 되지 않아서 비급여 처리되는 경우가 있지만, 보험이 되는 질병 중에도 비급여 항목이 발생할 수 있습니다. 진료비 영수증을 통해 급여와 비급여를 확인할 수 있으며 구체적인 내용은 치료비 상세명세서를 통해 확인할 수 있습니다.

4. 양성과 음성, 양성과 악성

양성(陽性)과 음성(陰性)을 말할 때는 ‘있다’, ‘없다’ 또는 ‘반응이 나왔다’, ‘안 나왔다’의 의미입니다. 소변검사를 예를 들면 단백뇨 양성은 소변에서 단백질이 나왔다(있다)는 뜻이고 음성은 나오지 않았다(없다)는 뜻입니다. 또한, A형 간염 항체 양성은 항체가 ‘있다’는 뜻이고 음성은 ‘없다’는 뜻입니다.

초음파나 내시경, 조직검사 등에서 말하는 양성(良性), 악성(惡性)은 다른 의미를 가지며, 이때의 양성, 악성은 종양의 성질을 뜻하는 것입니다. 양성종양은 비교적 서서히 성장하며 신체 여러 부위에 확산이나 전이하지 않는 등 제거하여 치유시킬 수 있는 종양을 말합니다. 반면에 악성종양은 빠른 성장과 체내 각 부위에 확산, 전이하여 생명에 위험을 초래하는 종양. 즉, 암을 뜻합니다.



2장. 병원 진료 예약과 관리

▶ 차시는 강의 현장에 따라 상이할 수 있습니다.

2장 병원 진료 예약과 관리

1절 효율적인 업무를 위한 진료 예약

1. 병원 진료 예약제

진료 예약제는 환자가 진료를 목적으로 시간과 장소를 예정하기 위한 장치입니다. 그리고 의료기관이나 환자의 권익을 보호하는 측면에서 중요한 제도라고 할 수 있습니다. 그러나 의료기관이나 환자가 예약된 시간을 준수하지 않을 경우에는 다른 환자에게 영향을 미칠 수 있으므로 노쇼(No-Show) 방지나 진료 시간 엄수 등을 위한 시스템의 정비가 매우 중요합니다.

▶ 병원 진료 예약 시스템 및 예약 시간의 배정

예약 시간대의 결정에 있어 먼저 환자에게 진료가 가능한 날짜와 시간을 결정하도록 합니다. 그리고 시간대별 예약 시간의 배정은 병원의 진료 여건 및 과별 의사에 따라 정하게 됩니다. 또 진료 예약이 온라인 예약 시스템을 통해 이루어지는 경우에는 예약 단위 관리가 매우 중요합니다. 보통은 10분 단위 예약, 15분 단위 예약, 20분 단위 또는 30분 단위 예약, 1시간 단위 예약 방법 등이 활용되고 있습니다. 그중에서 30분 단위의 예약 시간 배정이 제일 많이 활용되고 있습니다.

▶ 병원 진료 예약제의 고려 사항

1. 경영자 및 관리자의 관심이 필요

진료 예약제가 활성화되기 위해서는 병원 경영층의 적극적인 관심이 필요하며 굳은 시행 의지를 가져야 합니다. 시스템을 구축하여 진행하더라도 이에 대한 시행 의지가 부족한 경우에는 부가적인 문제점들을 야기할 수 있습니다. 그러므로 진료 예약제의 성공적인 운영을 위해서는 경영자가 관심을 가지고 의료진과 관련 부서를 독려해야 합니다. 또 문제점과 고객 위주의 서비스 개선에 적극적인 노력이 필요합니다.

2. 업무 전산화 시스템의 구축이 중요

최근의 예약 진료 업무는 전산화의 선행이 전제되어야 합니다. 과거의 전화 상담 및 수기로 관리되던 예약 방식을 고수하는 경우 인터넷이나 스마트폰을 통한 진료 예약이 익숙한 세대의 선택에서 제외될 수 있습니다. 더불어 DB 관리의 부재로 인한 진료 예약의 오버부킹 문제 및 환자 정보의 부재 등의 문제점이 발생할 수 있습니다. 그러므로 전산화 예약 시스템은 진료에 참여한 부서가 정보를 신속하게 제공받을 수 있고 사용하기에 편리하도록 개발되어야 합니다.

3. 의료진의 적극적인 참여가 중요

휴진이나 출장, 학회 참여 등으로 예약 일정에 맞추어 진료하지 못하는 경우에는 내원 고객의 불만이 가중될 수 있습니다. 따라서 사정이 있는 경우에는 사전에 진료 가능 일정을 구성해 두거나 변경이 필요합니다. 또 예약한 시간보다 늦게 진료에 임하는 경우에는 진료 예약에 대한 신뢰도에 악영향을 미칠 수 있으므로 진료 시간의 준수가 필요합니다.

4. 당일 내원 환자에 대한 배려

대형 병원에서는 대부분 진료 예약제를 시행하여 진료를 시행하고 있습니다. 그러나 예약을 하지 않고 내원하여 진료를 요청하는 환자도 있습니다. 이러한 경우에도 병원은 나름대로 매뉴얼을 구비하여 가급적 장시간 기다리지 않도록 하는 노력이 필요합니다. 이는 예약 과정을 어렵게 생각하는 환자에 대한 배려 차원이기도 하지만 긍정적인 병원 이미지의 구축이라는 궁극적 목적의 도달에도 중요한 사항입니다.

MEMO

2. 병원 진료 예약 방법

기존에는 외래 환자가 예약할 때는 의료기관에 직접 방문하여 예약하거나 전화로 예약하는 것이 일반적인 방식이었습니다. 요즘은 번거로운 방문 절차를 거치지 않고 인터넷 및 모바일을 이용하여 예약을 하는 환자들이 늘어나고 있으며, 이에 따라 예약 방식도 점점 진화하고 있습니다. 또 환자들이 사전에 병원 정보를 검색한 다음에 병원의 콜센터 및 인터넷을 이용하여 상담한 다음에 예약을 하는 추세입니다.

① 내원 예약(방문 예약)

내원 예약 또는 방문 예약은 환자나 보호자가 병원에 직접 방문하여 예약 창구나 진료과에서 직접 예약을 하는 방법입니다. 이는 재진 환자가 진료를 마친 뒤에 예약하는 경우가 많습니다. 보통은 진료한 뒤에 다음 진료 일정을 결정하여 의사나 간호사가 직접 다음 진료일의 상담 및 예약을 진행하게 됩니다. 대면 예약이 아닌 경우에는 진료 후 수납과 함께 곧바로 진료 예약증을 접수창구에 제출하여 다음 진료일을 예약할 수도 있습니다. 이는 일종의 창구 예약 방식에 해당합니다.

② 전화 예약

전화 예약은 병원의 콜센터나 상담 데스크를 통해 환자가 원하는 진료과나 환자의 병명 또는 증상을 상담하여 진료 예약을 진행하는 방식입니다. 이는 신환, 초진 환자, 재진 환자의 경우 모두 예약이 가능합니다.

최근에는 진료 예약 시스템과 결합된 전문 콜센터나 ARS를 통해 기본적인 예약을 진행하는 시스템으로 점차 진화하고 있습니다.

〈전화예약 참고사항〉

- 예약은 최소 2일전에 신청해야 합니다.
- 일정변경 또는 취소를 원하시는 경우, 예약일 2일전까지 해당 병원으로 연락해야 합니다.
- 예약 당일 예약시간 20~30분전에 내원하여 원무팀 접수, 수납창구에서 접수·수납하고 진료를 받습니다.
- 진료 사정상 예약시간 보다 진료시간이 지연될 수 있습니다.



③ 인터넷(Internet) 예약

병원의 홈페이지에서 외래진료나 건강검진 등을 선택한 다음에 본인이 직접 원하는 진료 일정을 선택하여 예약 절차를 실행하고 변경 및 취소를 할 수 있는 예약 방법입니다.

특히, 중소 병원의 인터넷 예약에서는 진료과에서 원하는 의사의 스케줄에 따라 직접 예약 할 수 있는 시스템도 많이 활용하고 있습니다.

④ 키오스크(Kiosk, 무인접수기)

접수창구의 직원을 경유하지 않고 본인이나 보호자가 병원에 설치된 키오스크 방식의 무인접수기를 통해 진료를 접수하여 예약하는 방식의 진료 예약입니다.

특히, 최근에는 단순한 진료 접수뿐만 아니라 수납이 동시에 이루어지는 무인접수기도 출시되어 많은 병원에서 도입하고 있습니다.

⑤ 스마트폰

병원의 모바일 홈페이지나 애플리케이션을 이용하여 인터넷 예약과 동일하게 의료진별, 질환별, 진료 과목별로 예약할 의료진을 검색한 뒤에 예약하는 방법입니다. 특히, 최근에는 단순한 스마트폰 진료 예약을 넘어 흔히 사용하는 메신저에 AI 챗봇 기능을 도입한 스마트 진료 예약 방식이 증가하고 있습니다. 챗봇의 알고리즘을 적용하면 일정 부분 필요한 상담이 가능합니다.

더불어 곧바로 예약이 가능하도록 구성되어 있어 24시간 내내 상담자를 통해 예약 시스템을 구동하는 것과 동일한 효과를 얻을 수 있습니다.

AI 챗봇 스마트 진료 예약의 예

세브란스병원은 인공지능 챗봇 세라(SERA: Severance Early Response AI Chatbot)를 운영하고 있습니다. 이는 고객의 질문에 신속하게 답변을 제공하는 챗봇 서비스라는 뜻입니다. 세라는 진료 및 검사의 예약 및 변경, 병원의 안내, 의료진의 정보 등을 제공하여 서비스 편의성을 높인 것입니다.

챗봇을 활용하면 외래 환자는 예약된 외래진료 및 검사를 24시간 내내 언제나 쉽게 스마트폰으로 변경하거나 취소할 수 있습니다. 또 신용카드 등의 온라인 결제 수단을 통해 진료비의 수납 등의 업무를 애플리케이션이나 고객센터를 경유하지 않고 AI 챗봇 내에서 실시간으로 처리할 수 있습니다. 특히, 입원 환자는 담당 교수의 회진 시간, 복약 안내, 식단 메뉴의 선택, 검사 안내 및 주의 사항 등의 각종 알림을 실시간으로 확인하고 선택할 수 있도록 정보가 제공됩니다.



2장 병원 진료 예약과 관리

2절 진료 일정의 관리 및 변경

가. 진료 일정 관리

진료 일정 관리란, 병원의 개설 진료과, 진료 일정, 의사당 진료 예약 인원수를 고려하고 계절별, 요일별, 시간대별 및 특수클리닉 환자 수, 신환자와 초진 환자 및 재진 환자 수 등을 고려하여 진료 일정을 계획하고 관리하는 것을 말합니다.

나. 진료 일정의 변경

의사가 학회의 참석이나 세미나, 출장 및 휴가 등으로 환자의 예약 날짜에 진료가 어려울 경우 전화 또는 메시지 등으로 연락하여 일정을 변경하는 것을 말합니다. 특히, 진료 일정 변경의 경우 환자와의 의견 소통이 어려울 수 있으므로 단순한 메시지 발송 방식으로 변경과 관련된 업무를 진행하는 것은 바람직하지 않습니다.

이러한 경우에는 반드시 전화를 통해 양해를 구하는 과정이 필요합니다.

다. 예약의 변경 및 취소

환자가 부득이한 사정이 있어 진료일에 맞추어 방문하지 못하는 경우에는 환자가 원하는 다른 날짜로 변경합니다. 또 진료를 아예 받지 못하는 경우에는 예약된 담당 부서 및 진료과에서 진료를 취소하거나 다음 일정으로 변경할 수 있습니다.

보통 환자들은 어떠한 사정이 생긴 경우에는 예약 취소 또는 변경 통보를 하는 경우가 많습니다. 하지만 어떤 환자는 사전에 아무런 통보도 없이 진료 예약을 부도내는 경우가 있습니다. 병원은 이와 같은 예약 부도율의 감소를 위해 사전에 진료 진행의 여부를 계속 체크할 수 있는 시스템을 운영해야 합니다.

라. 예약 확인 및 모바일 서비스

예약 확인 서비스란, 예약된 환자에게 2~3일 전과 하루 전 그리고 당일에 예약 일자와 시간 등을 재확인(전화 또는 문자 서비스)해 주는 제도입니다.

이는 예약의 부도를 막을 수 있는 장점이 있습니다. 이는 대부분 병원 시스템 및 계약되어 있는 메신저에서 예약된 환자의 스마트폰으로 예약 시간 및 공지 사항을 자동으로 발송하는 방식으로 관리하고 있습니다.



제 VI 편

병원동행매니저 응급상황 대처



1장 심 정지와 생존사슬

1절 심 정지 이해

1. 심 정지(Cardiac arrest)의 개요

심정지(cardiac arrest)는 심장박동과 혈액 공급이 완전히 정지되어 각 조직에 산소 등의 공급이 중단되어 조직의 기능이 마비된 상태를 말하며, 부정맥, 기도 폐쇄, 호흡부전, 대량 실혈, 쇼크, 뇌 손상 등 다양한 원인에 의하여 발생한다. 사망의 과정은 심정지가 발생한 직후부터 일어나게 된다.



심폐소생술이 시행되었다 하더라도 모든 심정지 환자가 소생하는 것은 아니며 얼마나 신속히 또 얼마나 정확히 시행되었느냐에 따라 환자의 생존율이 결정된다.

심정지란 원인과 관계없이 심장의 박동이 정지되어 발생하는 일련의 상태로써 크게 심근경색 등을 유발하는 관상동맥질환이나 심부전을 유발하는 질환 등 심장 자체의 기능부전에 의한 심정지와 호흡부전을 초래하는 질환, 출혈 등 순환혈액량의 감소를 초래하는 질환, 체온 이상 등에 의해 심정지가 발생하는 비심장성 심정지로 나눌 수 있다.

현재 통계청 자료에 의하면 암을 제외한 뇌혈관질환, 심장질환이 우리나라 전체 사망원인의 2, 3위를 차지하고 있으며 심장성 심정지 중 관상동맥질환에 의한 심근경색이 돌연사를 유발하는 대표적인 질환으로 알려져 있다.

2. 심 정지의 원인

심정지를 유발하는 원인은 크게 외상에 의한 경우와 외상 이외의 질환에 의한 경우로 나눌 수 있다. 외상에 의한 심정지는 주로 조직의 물리적 손상에 의하여 발생하므로 심정지의 발생기전이나 양상이 비외상성 심정지와 다르며, 목격자에 의한 심폐소생술이 소생률에 큰 영향을 주지 못한다. 따라서 외상에 의한 심정지는 외상 이외의 질환에 의한 심정지보다 소생률이 낮다. 비외상성 심정지의 원인 중 관상동맥질환에 의한 심정지는 다른 원인에 의한 심정지보다는 생존율이 높다고 알려져 있다.

3. 심정지 환자의 소생에 영향을 주는 요소

심정지는 다양한 원인, 다양한 상황에서 발생할 수 있으며 심정지 환자를 소생시키려면 짧은 시간 동안에 많은 치료가 이루어져야 하므로 심정지 환자의 생존은 여러 가지 요소의 영향을 받는다. 병원 이외의 장소에서 심정지가 발생한 환자의 생존에 영향을 주는 요소는 운명적 요소와 인위적 요소로 나눌 수 있다.

운명적 요소에는 ① 심정지의 원인, ② 환자의 연령, ③ 심정지의 목격 여부, ④ 목격자의 심폐소생술 시행 능력, ⑤ 심정지 초기 심전도 소견 등이 있다.

인위적 요소는 ① 응급의료 체계의 반응시간, ② 심폐소생술 보급 정도, ③ 심정지로부터 심폐소생술이 시작될 때까지의 시간, ④ 전문 소생술이 시작될 때까지의 시간, ⑤ 자동심장충격기의 보급 여부와 같이 응급의료체계와 연관되어 변화시킬 수 있는 요소이다.

이러한 요소 중 특히 중요한 요소는 ① 심정지의 원인 질환, ② 심정지로부터 심폐소생술이 시작될 때까지의 시간, ③ 심정지 시의 심전도 소견, ④ 전문 소생술이 시행될 때까지의 시간을 들 수 있다.

4. 심정지 환자의 동향 분석

2022년에 발표한 질병관리본부의 2016~2020년 국내의 병원 외 심정지 조사 결과에 따르면, 성별 발생률은 남성 64.9%, 여성 35.1%로 남성이 여성에 비해 높았으며, 심정지가 목격된 경우는 38.2%였으며, 발생 장소로는 거주 장소 62.9%로 목격(발견)자는 가족이 53.9%로 가장 높은 분포를 보이고 있다. 일반인의 심폐소생술 시행률은 2.1% 정도, 심정지의 원인으로는 성인 경우 74.3%였으며 소생술 후 생존하여 입원한 경우 9.4%, 생존 퇴원은 3.0%, 이 중 뇌기 능이 회복되어 퇴원한 경우는 0.9%에 불과하였다.



5. 심 정지를 발견했을 때의 행동요령



1. 현장 안전의 확인

현장의 안전을 확인하는 것은 어떠한 응급상황에서도 가장 중요한 첫 번째 단계이다. 심정지 환자를 발견하였을 경우에 모든 구조자는 현장이 안전한지를 확인한 후 구조를 시작하여야 한다.

2. 의식상태 확인

구조자는 현장 상황이 안전함을 확인한 뒤 쓰러져 있는 사람의 옆으로 가서 즉시 외부 손상과 의식상태를 확인한다.

어깨를 가볍게 두드리거나 조심스럽게 흔들면서“괜찮으세요?”라고 묻는다. 만약 쓰러져 있는 사람의 목에 외상이 의심되면 꼭 필요한 경우에만 환자를 이동해야 한다. 환자를 부적절하게 이동하면 손상이 악화되거나 척수가 손상될 수 있다.

3. 응급의료 체계 연락

성인에서 발생하는 비외상성 심정지의 주요 원인은 심실세동이며 심실세동의 가장 효과적인 치료는 자동심장충격기이다. 따라서 일반적으로 심정지가 의심되는 성인을 발견하면 목격자는 응급의료 체계에 전화 연락을 함으로써, 자동심장충격기가 현장에 빨리 도착할 수 있도록 한다.

4. 응급의료체계에 신고요령

119에 연락할 때에 침착하게 다음과 같은 내용을 응급의료 전화 상담원에게 알려주어야 한다.

① 응급상황이 발생한 위치 ② 무슨 일이 일어났는가? ③ 도움이 필요한 환자의 수 ④ 환자의 상태 ⑤ 환자에게 시행한 치료내용 ⑥ 다른 질문이 없는지 확인. 전화로 가르쳐준 처치방법을 시행하기 위해 통화를 잠시 멈추는 것을 제외하고는 응급 의료 전화 상담원이 더 이상의 의문 사항이 없음을 확인할 때까지 전화를 끊지 않는다.

5. 환자의 자세

효과적인 소생술을 위해 환자를 딱딱하고 평평한 바닥에 눕힌다. 얼굴을 아래로 하고 누워 있는 경우에는 머리, 목, 어깨, 몸통, 양다리를 하나로 여겨 비틀지 말고 목과 머리를 지지



하면서 동시에 돌려(통나무 굴리듯이) 바로 눕힌다. 호흡이 없는 환자는 반드시 양팔을 몸통에 붙여 똑바로 눕혀야 한다.

1장 심정지와 생존 사슬

2절 생존 사슬 이해

1. 생존 사슬의 개요

심정지 환자를 소생시키려면 '생존 사슬을 이어 주세요'

심정지 환자가 소생되기 위해서는 환자 발견 즉시 생존 사슬이 쉼 없이 이어야 한다.

생존의 연쇄 고리(chain of survival)는 최대한의 생존율을 보장하기 위해서 빠른 신고, 빠른 심폐소생술, 빠른 제세동술, 빠른 전문소생술, 심정지 후 통합 치료의 5단계 과정이 연쇄적으로 신속하게 이루어져야 하며 이 단계가 응급처치의 가장 중요한 개념이다.

심정지 환자의 생존율을 높이기 위한 개념으로 1992년 미국 심장협회(AHA) 심폐소생술 지침에서 처음으로 병원 전 심정지 환자의 소생을 위하여 일련의 과정인 생존 사슬을 강조하였다. 2010년 AHA 가이드라인을 보강한 2011년 한국 심폐소생술 지침에 새로 추가된 분야로 '심정지 후 통합 치료'의 다섯 번째 생존 사슬이 추가로 강조되었다.

2. 생존 사슬 5단계

생존 사슬 5단계는 심장정지 인지 및 구조요청 → 목격자 심폐소생술 → 제세동 → 전문소생술 → 소생 후 치료 등이다.



▶ 첫 번째 사슬 - 심장정지 인지 및 구조요청

목격자가 심장정지 발생을 신속히 인지하여 구조 요청을 하면 심장정지 치료가 빨리 시작됨으로써 심장정지 생존율이 향상된다. 구조 요청은 목격자가 심장정지를 인지한 후 가장



먼저 해야 하는 행위이다. 목격자가 주변 사람에게 구조를 요청하고 119에 전화를 함으로써 응급의료체계가 활성화된다.

➤ 두 번째 사슬 - 목격자 심폐소생술

병원 밖 심장정지 구조 과정에서 목격자는 구조 요청 후 즉시 심폐소생술을 시작해야 한다. 목격자에 의한 심폐소생술이 시행된 경우에는 시행되지 않은 경우보다 심장정지 환자의 생존율이 약 4배까지 높아진다.

➤ 세 번째 사슬 - 제세동

심정지 환자가 발생한 현장 주변에 비치되어 있는 자동심장충격기(자동 제세동기)나 119 구급차에 비치된 자동심장충격기(자동 제세동기)를 이용하여 현장에서 심장충격(제세동) 처치를 신속하게 실시해야 한다.

➤ 네 번째 사슬 - 전문소생술

심정지 환자가 의료기관에 도착한 뒤에는 의료진에 의한 효과적인 전문소생술이 시행되어야 한다.

➤ 다섯 번째 사슬 - 소생 후 치료

심정지 환자의 심장박동이 회복된 뒤에는 전문 의료기관에서 목표 체온 치료, 관상동맥중재술, 경련의 진단 및 치료 등의 통합적인 심정지 후 치료가 시행되어야 한다.

병원동행매니저
강의

기본교재 강의안

VI

6편 병원동행매니저 응급상황 대처

2장. 심폐소생술 이해

▶ 차시는 강의 현장에 따라 상이할 수 있습니다.

2장 심폐소생술 이해

1절 심폐소생술이란?

온몸으로 혈액을 내뿜는 우리 몸의 펌프 - 심장

심장마비는 심장의 펌프 기능이 중단된 상태를 말합니다.

심장마비가 발생하면 온몸으로의 혈액 순환이 중단되기 때문에, 바로 조치를 취하지 않으면 사망하거나 심각한 뇌 손상이 일어날 수 있습니다.

뇌는 혈액 공급이 4-5분만 중단돼도 영구적으로 손상될 수 있습니다.



첫 번째 사슬

심장정지 인지 및 구조요청

목격자가 심장정지 발생을 신속히 인지하여 구조 요청을 하면 심장정지 치료가 빨리 시작됨으로써 심장정지 생존율이 향상된다. 구조 요청은 목격자가 심장정지를 인지한 후 가장 먼저 해야 하는 행위이다. 목격자가 주변 사람에게 구조를 요청하고 119에 전화를 함으로써 응급의료체계가 활성화된다.

두 번째 사슬

목격자 심폐소생술

병원밖 심장정지 구조 과정에서 목격자는 구조 요청 후 즉시 심폐소생술을 시작해야 한다. 목격자에 의한 심폐소생술이 시행된 경우에는 시행되지 않은 경우보다 심장정지 환자의 생존율이 약 4배까지 높아진다.

세 번째 사슬

제세동

심정지 환자가 발생한 현장 주변에 비치되어 있는 자동심장충격기(자동제세동기)나 119 구급차에 비치된 자동심장충격기(자동제세동기)를 이용하여 현장에서 심장충격(제세동) 처치를 신속하게 실시해야 한다.



네 번째 사슬

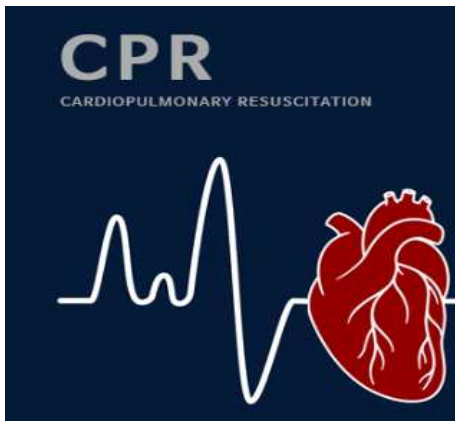
전문소생술

심정지 환자가 의료기관에 도착한 뒤에는 의료진에 의한 효과적인 전문소생술이 시행되어야 한다.

다섯 번째 사슬

소생 후 치료

심정지 환자의 심장박동이 회복된 뒤에는 전문 의료기관에서 목표체온치료, 관상동맥중재술, 경련의 진단 및 치료 등의 통합적인 심정지 후 치료가 시행되어야 한다.



생명을 구할 수 있는 확률 - 3배 이상

심폐소생술은 심장마비가 발생했을 때 인공적으로 혈액을 순환시키고 호흡을 돕는 응급치료법입니다.

심폐소생술은 심장이 마비된 상태에서도 혈액을 순환시켜, 뇌의 손상을 지연시키고 심장이 마비 상태에서부터 회복하는데 결정적인 도움을 줍니다. 심장마비를 목격한 사람이 즉시 심폐소생술을 시행하게 되면 심폐소생술을 시행하지 않은 경우에 비해 심장마비 환자의 생명을 구할 수 있는 확률이 3배 이상 높아집니다.

또한, 심폐소생술을 효과적으로 시행하면 그렇지 않은 경우에 비해 심장마비 환자의 생존율이 3배가량 높은 것으로 조사되었습니다.

따라서 모든 사람이 심폐소생술을 배운 후 응급 상황에서 이를 효율적으로 시행한다면 수많은 심장마비 환자의 생명을 구할 수 있을 것입니다.



생명을 구하는 소중한 치료법 - 심폐소생술

심장마비로부터 살아나는 사람 중 적절한 시기에 효과적으로 심폐소생술을 받지 못하는 경우에는 비록 생존하더라도 대다수가 심한 뇌 손상으로 고통을 받습니다. 뇌 손상으로 인해 회복된 후에도 의식이 없거나 심장마비 이전의 지능을 회복하지 못해 직장이나 사회생활로 복귀하지 못하는 경우가 많습니다.

우리가 배우고자 하는 심폐소생술은 심장마비환자의 뇌 손상을 줄이는데 결정적인 역할을 하며, 궁극적으로는 심장마비 환자의 생명을 구하는 소중한 치료법입니다.

심폐소생술(CPR : cardiopulmonary resuscitation)이란 임상적 사망에서 생물학적 사망으로 진행되는 것을 방지하고, 순환을 회복시켜주는 중요한 처치로 인공호흡과 흉부압박을 통해 조직의 혈액순환 상태를 유지시켜 주는 중요한 응급처치이다.

따라서 심폐 소생술은 응급의료의 한 수기로써 그 적용 범위는 대단히 넓다고 할 수 있다. 또한 심폐 소생술은 갑자기 예고 없이 사람이 사망하려고 할 때에 생명을 살릴 수 있는 응급처치를 말하며 심 정지가 일어났을 때 환자는 임상적으로 사망한 것을 말하며, 이때 심폐 소생술을 시작하게 되는데 이로 인하여 내부 장기의 손상이 일어날 수도 있고 또한 산소 결핍으로 인한 영구적인 손상은 뇌에서 가장 먼저 일어나고 그 다음에는 생명유지에 필수적인 다른 장기에서도 손상이 일어난다. 그래서 가능한 기본소생술을 빨리 시작하면 빨리 할수록 뇌 손상이 일어날 확률은 그만큼 적어진다고 할 수 있겠다.

심장과 호흡이 정지된 환자에게 정지 4분 이내에 심폐 소생술을 시작하고 즉시 전문 소생술이 뒤따른다면 살아날 가능성이 아주 높아지게 되며 시간의 지연에 따라서 생존 확률은 점점 감소할 것이고 그 결과 영구적인 뇌 손상과 생물학적인 사망이 일어나게 된다.

MEMO



2절 심폐소생술의 목적과 기본적 3요소

1. 심폐소생술의 목적

심폐 소생술(일명, 구명 소생술 또는 응급처치술)의 목적은 심폐 정지 또는 심폐 부전에 따른 비가역성 뇌 무산소증을 방지하는 데 있다. 뇌 무산소증은 심폐 정지 후 정상 체온에서 부처치 상태로 4~6분 이상 방치하면 뇌에 무산소증이 시작되므로 일차 심폐 소생술(기본 소생술)은 4~6분 내에 시작되어야 하며 이 심폐 소생술로써 뇌에 무산소증 발생을 지연 또는 방지할 수 있다.

따라서 응급 심폐 소생술의 목표는 정상 심 작동이 돌아올 때까지 어떻게 해서든지 뇌신경 조직과 다른 장기들의 기능을 정상으로 유지시키는 데 있다.

심폐소생술의 주된 목적은 우리 몸에 가장 기본이 되는 장기인 심장, 뇌, 그리고 그 외의 장기에 산소를 공급하자는 데 있다.

이때 가장 중요하게 기억해야 할 것이 시행하는 속도이며, 이것이 또한 심폐소생술의 성공 여부를 결정하는 중대한 열쇠이다.

심장마비가 일어난 후에도 우리 몸속의 폐와 혈관 내에는 6분 정도까지는 생명을 유지시킬 수 있는 산소의 여분이 있다. 만약 숨이 먼저 그쳐도 수 분 동안은 심장이 뛰게 되어 폐 속의 산소는 계속 이용되게 된다.

그러나 심장이 멈추게 되면 폐와 혈관 속의 여분의 산소가 더 이상 순환될 수가 없으므로 이때 심폐소생술이 그 위력을 발휘할 수 있다. 심장과 폐가 멎고 나서 즉시 4분 이내에 심폐소생술이 시행되면 거의 대부분에서 완전 소생의 기회가 높다.

그렇지만 4~6분 이상 혈액순환이 안 되면 뇌에 손상이 올 가능성이 크다. 6분 이상 이러한 상태가 계속되면 거의 전부에서 뇌의 기능이 완전히 정지되고 생명을 잃게 된다.

이러한 이유에서 유사시에는 무엇보다도 중요한 것이 바로 심폐소생술을 해야 하는지의 여부를 파악해야 하고, 필요한 경우로 판단되면 즉시 올바른 심폐소생술을 실시하여 환자를 소생시키거나, 혹은 전문 의료진이 도착할 때까지 생명을 연장시켜야 한다.



2. 심폐소생술의 기본적 3요소

심폐소생술의 기본적 3요소는 기도의 유지 → 호흡 → 순환이다.



1) 기도의 유지(Airway)

가장 중요한 소생술의 기본이다. 무의식 환자에서는 혀가 기도를 막는 가장 흔한 원인이다. 그러므로 아래턱을 앞으로 올려서 혀를 앞으로 오게 하면 기도를 열게 할 수 있다.

2) 호흡(Breathing)

기도가 유지되어도 호흡이 없으면 장기에 필요한 산소가 부족 내지는 없어지게 된다. 그러므로 인공호흡은 환자의 폐에 산소를 공급하는 기본이 된다.

내선 숨에도 호흡이 없는 사람에게 필요한 충분한 양의 산소가 있으므로 전문 팀에 의한 인공호흡이 실시되기 전까지는 계속 호흡을 유지시켜 주는 것이 이상적이다.

3) 순환(Circulation)

심장박동이 멎은 경우, 가슴을 압박하여 다시 심장박동을 소생케 하려는 시도이다.

이로써 혈액을 뇌와 다른 기본 장기에 공급하게 된다. 인공호흡과 함께 실시해야 효과가 있다.

MEMO



2장 심폐소생술 이해

3절 심폐소생술의 단계

가. 반응 확인

① 대상자에게 접근하기 전에 현장이 안전한지 확인한다.

(예: 화재 현장, 물속, 교통사고 현장 등, 현장이 안전하지 않으면 안전한 환경으로 구조자와 대상자 모두 이동해야 한다. 하지만 위험한 환경이 아니라면 가능한 한 대상자를 이동하지 않는다).

② 대상자의 양쪽 어깨를 가볍게 두드리면서 “괜찮으세요?”라고 질문하면서 반응을 확인한다.

■ 대상자가 반응을 할 때

① 호흡과 맥박을 확인하고 정상적인 호흡과 맥박이 있다면 회복 자세를 취하게 하고 의료진이 도착할 때까지 호흡과 맥박을 확인한다.

② 일반인 구조자는 119에 신고한 후에는 전화를 스피커폰 상태로 둔 상태에서 응급의료 상담원의 조언에 따라 행동해야 한다.

나. 도움 요청(119 신고 및 자동심장충격기 준비)

질문에 반응이 없고 정상적인 호흡이 없으면 즉시 도움을 요청한다.

1) 구조자가 한 명 일 때

① 주위에 도와줄 사람이 있다면 119에 신고하고 자동심장충격기를 가져다 달라고 요청한다.

② 주위에 도와줄 사람이 없고 연락할 수 있는 매체(예: 휴대폰)가 없다면 잠시 현장을 이탈하더라도 도움을 요청한 후 심폐소생술을 시작한다. 주위에 이용할 수 있는 자동심장충격기가 있다면 가져와 사용한다.

2) 구조자가 두 명일 때

한 명은 즉시 심폐소생술을 시작하고 다른 한 명은 119에 신고한 후 주위에 있는 자동심장충격기를 가지고 온다. 주위에 자동심장충격기가 없다면 119가 올 때까지 한 명은 심장압박, 다른 한 명은 인공호흡으로 나누어 같이 심폐소생술을 시행한다.

3) 119에 신고할 때

119 신고 시 발생 장소, 대상자 수와 상태를 정확히 알려주고 응급의료 상담원이 전화로 지시하는 것에 따른다.



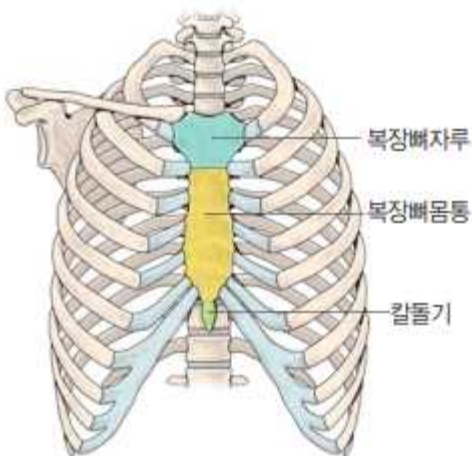
다. 가슴압박

대상자가 반응이 없으면서 정상적인 호흡이 없으면 곧바로 가슴압박을 시작한다.



- ① 정확한 압박 지점을 찾기 위해 대상자 가슴의 피부가 눈에 보이도록 옷을 풀어 놓는다.
- ② 대상자의 가슴 중앙인 가슴뼈(흉골)의 아래쪽 절반 부위에 구조자의 한 손의 손꿈치를 놓고 그 위에 다른 한 손을 놓고 평행하게 겹친다. 손가락은 깍지를 끼거나 펼 수 있다.
- ③ 구조자의 체중을 이용하여 압박하기 위해, 양팔의 팔꿈치를 곧게 펴서 어깨와 일직선을 이루게 하고 구조자의 어깨와 대상자의 가슴이 수직이 되게 한다.
- ④ 100~120회/분의 속도로 대상자의 가슴이 약 5cm 눌릴 수 있게 체중을 실어 ‘깊고’, ‘강하게’ 압박한다. 매 압박 시 압박 위치가 바뀌지 않게 한다.
- ⑤ 매번 압박한 직후 압박된 가슴은 원래 상태로 완전히 이완되게 한다. 압박: 이완의 시간 비율이 50:50이 되게 한다. 단 손바닥이 가슴에서 떨어지면 안 된다.

■ 가슴압박 시 유의사항



가슴을 적절히 압박하더라도 늑골 골절이 발생한다.

심폐소생술에 의한 골절 가능성과 심폐소생술에 의한 소생 가능성을 비교하면 심폐소생술을 적극 권장하는 것이 바람직하다.

복강 내 장기의 손상을 방지하기 위해 흉골의 가장 하단에 위치한 칼돌기를 압박하지 않도록 주의한다.



라. 기도 유지

대상자가 반응을 하지 않고 의식이 없으면 구강 내의 혀를 지탱하는 근육이 이완되어 기도가 폐쇄될 수 있기 때문에 반응이 없는 대상자에게는 기도 유지가 필요하다.

① 구조자의 한 손을 대상자의 이마에 올려놓고 손바닥으로 대상자의 머리를 뒤로 젖힌다.

② 다른 한 손으로 턱 아래 뼈 부분을 머리 쪽으로 당겨 턱을 위로 들어 준다.

1) 머리 기울임-턱 들어올리기 시 주의할 점은?

턱 아래의 연부 조직을 눌러 기도가 폐쇄되지 않게 한다. 턱을 들어올리기 위해 엄지손가락을 사용하지 않는다. 대상자의 입이 닫히지 않게 한다.

2) 기도 유지를 배운 적이 없다면?

심폐소생술 교육을 받은 경험이 없고 심폐소생술에 자신이 없는 일반인 구조자는 기도 유지-인공호흡을 생략하고 가슴압박만 하는 소생술을 권장한다.

마. 인공호흡

① 대상자의 이마를 뒤로 젖히고 턱을 들어 기도를 개방하고 이마 쪽 손의 엄지손가락과 검지로 대상자의 코를 막는다.

② 구조자는 입을 크게 벌려 대상자의 입에 완전히 밀착시켜 공기가 새지 않게 하고 1초에 한 번씩, 가슴 팽창이 관찰될 정도로 숨을 두 번 크게 불어 넣는다.

1) 인공호흡 시 유의할 점

- 과도한 환기가 발생하지 않도록 주의한다.

과도한 환기는 좋지 않으므로 가슴 상승이 눈으로 관찰될 정도로만 호흡량을 불어 넣는다.

- 위가 팽창하지 않도록 주의한다.

너무 빨리 또는 세게 호흡을 불어 넣을 경우 공기가 폐가 아닌 위로 들어가 위 팽창을 일으킬 수 있다. 위 팽창을 최소화하기 위해서는 1초에 걸쳐 서서히 가슴이 상승될 정도로만 불어 넣어야 한다.

위 팽창은 위 내용물의 역류, 기도로의 흡인과 같은 심각한 합병증을 유발할 수 있다.

2) 보호 기구 사용 여부 결정

구조자가 입-입 인공호흡을 망설이는 경우 보호 기구(예: 얼굴 덮개)를 사용할 수 있다. 그러나 입-입 인공호흡을 통해 질병이 전염될 위험성은 매우 낮은 것으로 알려져 있으므로 생사를 다투는 상황에서 보호 기구를 준비하기 위해 인공호흡을 지연하지는 말아야 한다.



3) 가슴 상승이 관찰되지 않는다면?

첫 번째 인공호흡을 시도했을 때 대상자의 가슴이 상승되지 않는다면 머리 기울임-턱 들어 올리기를 다시 정확하게 시행한 다음 두 번째 인공호흡을 시행한다.

바. 가슴압박과 인공호흡 30:2 비율 유지

1) 구조자가 1인일 때

- ① 가슴압박 30번과 인공호흡 2번을 번갈아 가면서 실시한다.
- ② 인공호흡 2번을 10초 이내로 실시한다.

2) 구조자가 2인 이상일 때

2인 이상의 구조자가 심폐소생술을 하는 경우 2분마다 또는 5주기 (1주기는 30회의 가슴압박 2회의 인공호흡)의 심폐소생술 후에 가슴압박 시행자를 교대해 준다. 임무를 교대할 때도 가슴압박 중단을 최대한 짧게 한다.

사. 회복 자세

대상자가 반응은 없으나 정상적인 호흡과 효과적인 순환을 보이면, 대상자의 몸 앞쪽으로 한쪽 팔을 바닥에 대고 다른 쪽 팔과 다리를 구부린 채로 대상자를 옆으로 돌려 눕힌다.

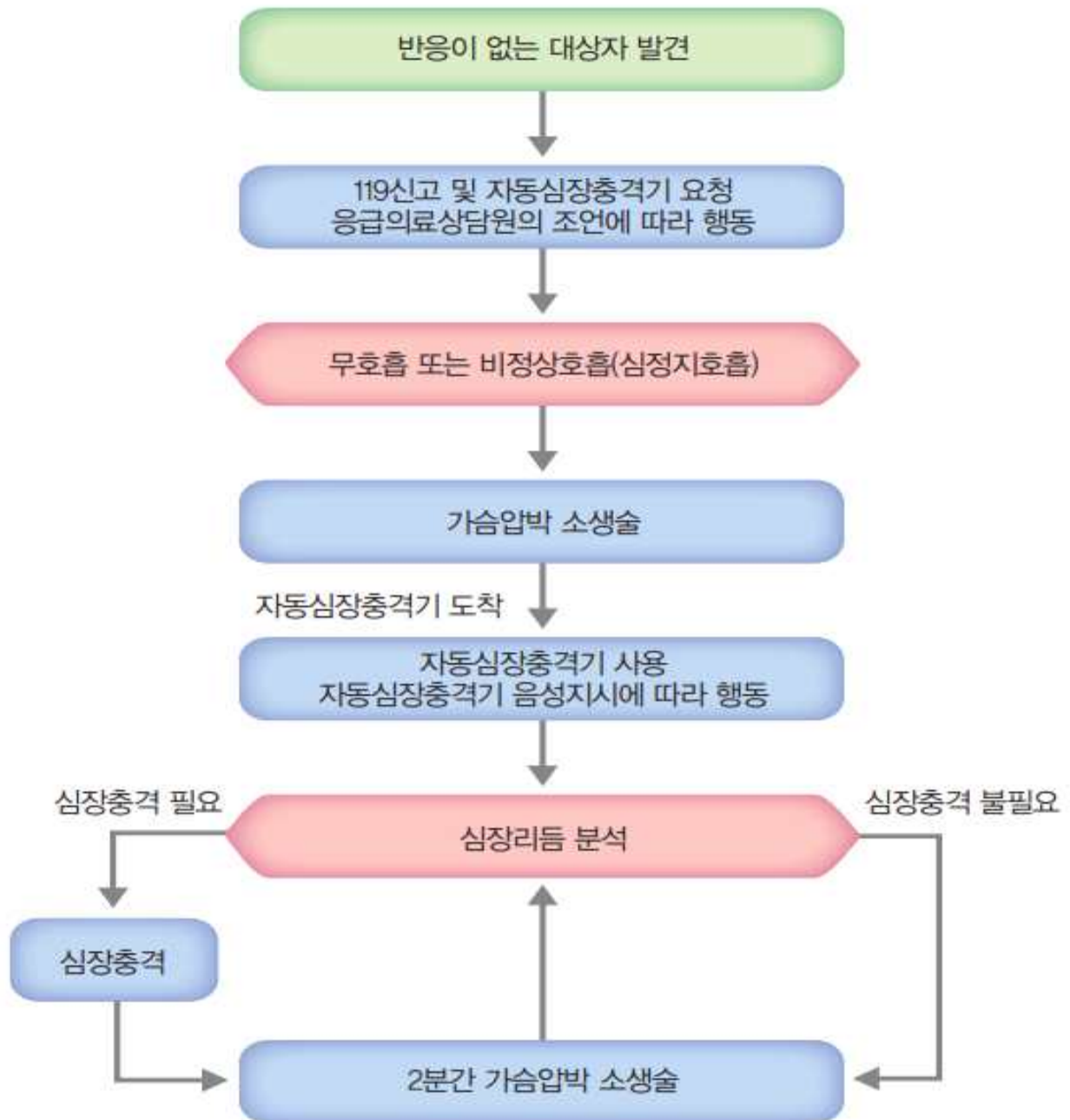


아. 가슴압박 소생술(손으로만 하는 심폐소생술)

- 인공호흡은 하지 않고 가슴압박만을 시행하는 심폐소생술이다.
- 보건의료인이 아닌 일반인이 실시한다.
- 목격자가 아무것도 하지 않는 것보다 가슴압박만이라도 시행하는 것이 심폐소생술 대상자의 생존율을 높인다. 심폐소생술을 교육받지 않았거나 숙련되지 않은 일반인도 가슴압박만 시행하는 심폐소생술을 할 수 있다.



【일반인 구조자에 의한 심폐소생술 흐름도】



MEMO

3장 자동심장충격기 적용

1절 자동심장충격기(AED) 사용의 필요성

자동심장충격기(AED)란 심실세동 환자들에게 극히 짧은 순간에 강한 전류를 심장에 통과 시켜서 대부분의 심근에 활동전위를 유발하여 심실세동이 유지될 수 없도록 함으로써 심실세동을 종료시키고 심장이 다시 정상적인 전기활동을 할 수 있도록 유도하는 것이다. 심정지 후 일정 시간이 경과한 환자에게는 제세동을 먼저 하는 것보다 심폐소생술을 먼저 시행하고 이어서 제세동을 시행하는 것이 심정지 생존율을 더 높일 수 있다.

따라서 심실세동이 발생한 후 4~5분 이내에는 제세동을 우선적으로 시행하고 4~5분 이상 이 경과한 후에는 심폐소생술을 우선 시행한 후 제세동을 하는 것이 생존율을 높일 수 있다. 심전도 리듬이 심실세동이나 무맥성 심실빈맥인 경우, 구조자는 초기 1회 제세동을 한 후 곧바로 심폐소생술을 시작해야 한다.

전기 충격 후에 심전도나 맥박을 확인하기 위해 흉부압박을 오랫동안 멈춰 서는 안 되며, 충격 후 곧바로 5주기(2분간)의 심폐소생술을 시행 후에 자동 제세동기를 이용하여 다시 한 번 심전도를 분석하고 적응 중이 되면 전기 충격을 준다. 자동 제세동기에서 제세동 리듬이 아니라는 분석 음이 나오면 흉부압박을 시작으로 심폐소생술을 실시한다.

급성 심정지의 가장 흔한 원인이 급성심근경색 후 발생하는 심실세동이기 때문에 가슴압박과 빠른 제세동(자동 심장충격)이 매우 중요하다.

최근 자동심장충격기의 보급과 교육으로 일반인도 쉽게 제세동을 할 수 있게 되어 회복 가능성이 높아졌다.

자동심장충격기는 가슴에 붙이는 두 개의 패드에서 감지하는 심전도 신호를 분석하고, 제세동이 필요한 경우 전달할 에너지를 충전하여 제세동(자동심장충격)을 시행하는 것이다.

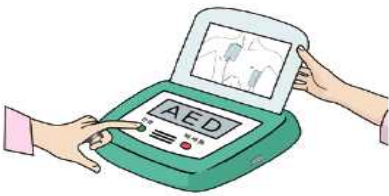
2장 자동심장충격기 적용

2절 자동심장충격기(AED) 사용법

자동심장충격기의 사용법은 단순하고 쉽다. 제조사마다 모양, 버튼의 위치, 적용 순서가 약간씩 차이가 있을 수 있으나, 대부분 자동심장충격기는 ‘일반적 5단계’에 따라 사용할 수 있다.

자동심장충격기의 일반적 5단계는 1. 전원을 켜다. 2. 두 개의 패드를 붙인다. 3. 심장 리듬을 분석한다. 4. 모두 물러나고 제세동(심장충격)을 시행한다. 5. 즉시 심폐소생술을 다시 시행한다.

【자동심장충격기 일반적 5단계】



① 전원을 켜다



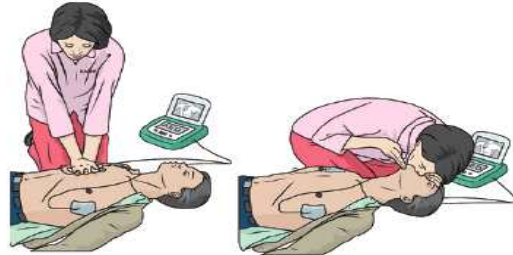
② 두 개의 패드 부착



③ 심장리듬 분석



④ 심장충격 시행



⑤ 즉시 심폐소생술 다시 시행

1. 자동심장충격기 전원을 켜다.

- ① 자동심장충격기는 반응과 정상적인 호흡이 없는 심정지 대상자에게만 사용한다.
- ② 심폐소생술 시행 중 자동심장충격기가 도착하면 지체 없이 전원을 켜다.

2. 두 개의 패드 부착

- ① 오른쪽 패드는 오른쪽 빗장뼈 밑에, 왼쪽 패드는 왼쪽 중간 겨드랑 선에 붙인다.



3. 심장리듬 분석

- ① 분석 중이니 물러나라는 음성 지시가 나오면, 심폐소생술을 멈추고 대상자에게서 손을 떼다.
- ② 제세동 필요하면, “제세동이 필요합니다.”라는 음성 지시와 함께 자동심장충격기 스스로 에너지 충전을 시작한다.
- ③ 충전은 수 초 이상 소요되므로 가능한 가슴압박을 시행한다.

4. 제세동(심장충격) 시행

- ① 분석 결과 “제세동이 필요합니다.”라는 안내와 함께 제세동 버튼이 깜빡인다.
- ② 충전이 완료되어 다시 모두 물러나라는 신호가 나오면, 모두 물러나게 하고, 쇼크 버튼을 누른다.

5. 즉시 가슴압박 다시 시행

- ① 충격이 전달된 즉시 가슴압박을 시작한다. 30:2의 비율로 가슴압박과 인공호흡을 반복한다.
- ② 자동심장충격기는 2분 간격으로 심장 리듬 분석을 자동 반복한다.
- ③ 자동심장충격기 사용 및 심폐소생술 시행은 119 구급대가 현장에 도착할 때까지 지속한다.

참 고 사 항

자동 제세동기는 2분마다 환자의 심전도를 자동으로 분석하여 심장충격의 필요성을 판단하므로, 환자에게 패드를 부착한 상태로 119구급대가 현장에 도착하거나 환자가 회복되어 깨어날 때까지 심폐소생술과 제세동(심장충격)을 반복하여 실시해야 한다.

MEMO





참

고

문

헌

- 국립암정보센터(<https://www.cancer.go.kr>)
- 국민건강정보포털 의학정보
- 경기도청(<https://www.gg.go.kr/>). 경기도 1인 가구 병원 안심 동행 서비스
- 대한간호학회(1996). 간호학대사전
- 대한심폐소생협회(2018). 기본소생술, 군자출판사
- 보건복지부(2023). 2023 노인보건복지 사업안내
- 보건복지부(2023). 2023년 노인맞춤돌봄서비스 사업안내
- 보건복지부(2021). 초고령사회대비 장기요양 발전방향 연구
- 서울특별시(<https://www.seoul.go.kr/main/index.jsp>). 1인가구 병원동행서비스 운영
- 약학정보원(www.health.kr), 상황별 응급처치
- 양선희 외 공저(2018). 제3판 기본간호학 II, 현문사
- 양선희 외(2018). 제3판 기본간호학 I, 현문사
- 인천시청(<https://www.incheon.go.kr/index>). 병원동행서비스
- 질병관리본부 국가건강정보포털(<http://health.cdc.go.kr/health/Main.do>)
- 정책브리핑(<https://www.korea.kr/main.do>)
- 통계청(2022). 성 및 연령별 노인인구. 서울:통계청.
- 최성재, 장인협(2020). 고령화사회의 노인복지학. 서울대학교 출판부
- Depp, C., Jeste D. (2016). Definitions and predictors of successful aging. Am J Geriatr Psychiatry, 14(1), pp.6-20.
- Luck, T., Lupp, M., Briel, S., Matschinger, H., König, H., Bleich, S. et al. (2014). Mild cognitive impairment. JAGS, 58, pp.1903-1910.