

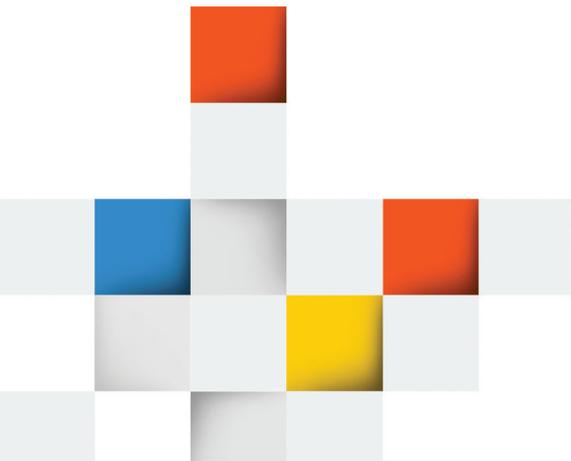


발 간 등 록 번 호
11-1240245-100003-10



한국의 사회동향

Korean Social Trends 2024
<https://kostat.go.kr/asdk/> 2024



통계청
국가통계연구원



노인의 다약제 및 노인주의약물 사용 실태

지성환 (서울아산병원 정보의학과 시니어환자관리팀)

정희원 (서울아산병원 노년내과)

- 한국은 빠른 고령화 속도와 함께 만성질환을 가진 노인 환자가 증가하고 있다. 이에 따라 다양한 질병과 복합적인 문제를 동시에 겪는 노인들이 많아지고 있다. 이러한 문제들은 한국의 분절적인 의료체계와 합쳐져 다약제 복용과 노인주의약물 사용을 악화시키고 있다.
- 다약제 복용은 약물상호작용, 처방오류, 부작용 등의 위험을 높인다. 특히 노인에게 부작용이 클 수 있는 노인주의약물 사용은 더욱 주의해야 한다. 약물부작용을 해결하기 위해 또 다른 약물 처방으로 악순환을 초래하는 처방연쇄 현상이 일어날 수 있기 때문이다. 이러한 문제는 노인의 건강에 심각한 영향을 미칠 수 있다.
- 의료진과 국민 모두 다약제와 노인주의약물 사용의 위험성에 대한 인식을 높이고 교육을 강화해야 한다. 특히 주기적인 약물 검토와 조정이 필요하며, 전문 인력을 양성하여 종합적인 약물 관리를 지원해야 한다.

모든 약은 효과가 있지만 반대로 부작용이 있다. 고령자일수록 만성질환이 많아 약이 많아질 수밖에 없다. 그런데, 나이가 많을수록 신체가 변하여 부작용이 많아진다. 특히, 노인에게 부작용 가능성이 높은 약물들은 주의해야 한다. 이러한 부작용들은 또 다른 약물처방을 낳게 되어 ‘처방연쇄’를 만든다. 이러한 약물 사용 문제에는 우리나라 특유의 의료

시스템도 일조하고 있다.

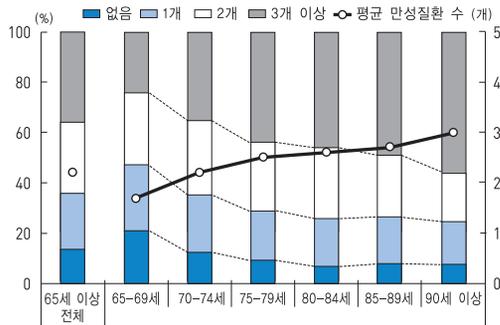
이 글에서는 우리나라 노인들의 약물 사용 변화와 현황에 대해 점검해 보고, 약물 사용 패턴에 따라 노인의 건강에 미치는 영향을 살펴보고자 한다. 분석을 위해 건강보험심사평가원의 「노인의 다약제 사용 관리 방안」 및 「노인의 부적절한 다약제 사용 관리 기준 마련」과 한국보건의료연구원의 「노인의 다약제 처방 및 소비에 대한 원인 분석과 행동 경제학적 대안 고찰」 자료와 보고서를 활용하였다.

노인 약물문제

우리나라 고령인구의 증가 속도는 세계 최고 수준이다. 통계청 장래인구추계에 따르면 2024년 기준 65세 이상은 19.2%, 80세 이상 비율은 4.6%로 초고령사회를 앞두고 있다. 2023년 「노인 실태조사」에 따르면 노인들이 진단받은 만성질환 수는 평균 2.2개로, 63.9%의 노인이 2개 이상의 만성질환을 앓고 있다(그림 Ⅲ-18). 만성질환을 많이 가진 노인은 약물 간 상호작용에 따른 이상 반응으로 인해 다양한 합병증 및 후유증을 겪을 수 있다. 동시에 요실금, 낙상 등

노인 특유의 현상이 가미될 수 있다. 이러한 상황에서 노인들은 여러 질환과 현상에 대한 동시다발적 처방으로 다약제 복용 문제가 발생할 가능성이 높다.

[그림 Ⅲ-18] 노인의 연령별 만성질환 수, 2023



주: 1) 만성질환 수는 의사진단 기준으로 응답한 값임.
 2) 평균 만성질환 수는 전체 응답자(만성질환이 없는 응답자 포함)를 대상으로 산출함.
 출처: 보건복지부, 「노인실태조사」, 2023.

고령화 속도에 더하여, 질병 중심, 전문과 중심으로 짜여진 한국의 의료체계는 여타 선진국과는 다른 독특한 문제를 초래한다. 우리나라는 주치의 등 1차 의료시스템이 실질적으로 부재하며, 반대로 별다른 제약 없이 환자 스스로의 판단에 의해 증상과 관련한 다양한 전문과 및 상급병원에 내원하는 것이 가능하다. 이에 더하여, 의료기관 간의 정보 공유가 어렵고, 낮은 진찰료 중심의 행위별 수가체계의 지불제도로 인해 진찰 시간이 짧고, 전문과에서는 개별 질병 위주의 진료를 수행한다는 특성을 가진다. 2024년 OECD가 발표한 「보건통계」(2022년 기준)에 따르면 1인당 의사에게 외래 진료를 받은

횟수는 한국이 17.5회로 OECD 국가 평균인 6.2회보다 2.8배 많았다. 이 수치는 OECD 국가 중 가장 높은 수치를 기록한 것이다. 이러한 모든 특질의 결합으로, 우리나라는 다약제 복용 및 약물 관련 문제가 발생하기 더욱 취약한 환경이다. 그러나, 다약제 사용 및 노인주의약물 사용은 처방 연쇄를 초래하거나 건강에 심각한 영향을 미칠 수 있어 적절한 중재가 요구된다.

다약제 복용은 명확하게 정의되어 있지 않으나, 일반적으로 다섯 개 이상의 약물을 동시에 사용하는 것을 의미한다. 다약제 복용은 약물 많이 먹는 문제도 있지만, 약물 간 상호작용, 약물과 다른 질병 간 상호작용, 약물 자체의 부작용, 약물 처방 오류 등을 만들 수 있다.

특히 노인주의약물은 노년기에 이익 대비 부작용이 크게 증폭될 수 있어 사용이 권장되지 않는 약물들이다. 대표적으로 장기 작용 벤조다이아제핀계 약물, 졸피뎀 등의 Z-drugs, 1세대 항히스타민제 등이 있다. 해당 약물들은 기운이 빠지거나 소화불량, 변비를 만들고 입맛을 떨어뜨리는 항콜린약물(신경전달물질인 아세틸콜린의 작용을 저해하거나 차단하는 약물)들이 포함된다. 하지만 이들 약물은 우리가 쉽게 접하는 진통제나 감기약에 다양한 종류로 포함되어 있다. 대개 젊고 건강한 사람에서는 해당 약물이 별다른 문제를 일으키지 않는 경우가 많아 부작용에 대한 사전 고지 없이 흔히 처방된다. 그러나 노쇠(frailty)가 동반된 노인 환자들의 경우 큰 문제를 일으키기도 한다. 대표적인 사례가



2024년 의료계의 이슈로 부상한 ‘맥페란 사건’이다. 이 사건은 파킨슨병을 악화시킬 수 있는 잠재적 부작용을 가진 항구토제 맥페란(성분명 메토클로프로마이드)을 해당 질병을 앓고 있는 80대 노인에게 투여한 후 부작용이 발생하여 형사 고발된 사건이다. 재판 결과 주사제를 투여한 의사는 2심에서 유죄(금고형)를 선고받았다.

다약제 복용에 분절적 의료기관 이용이 동반되면 약이 약을 부르는 처방 연쇄가 흔히 발생한다. 예를 들어 노인 환자가 퇴행성 관절염으로 통증 조절을 위해 비스테로이드성 소염진통제를 처방받아 복용 후 온몸이 붓기 시작하면 다른 병원을 방문한다. 그러나 소염진통제의 부작용으로 콩팥 기능저하와 함께 부종이 발생했는지 파악하지 못한 해당 병원에서는 부종 조절을 위해 이노제를 처방한다. 노인 환자는 이노제로 인해 발생한 빈뇨와 야뇨로 또 다른 의원에서 소변 횟수를 조절하는 약물을 복용한다. 이후 소변 횟수를 조절하는 약물을 복용하다가 부작용으로 어지럼증이 발생하여 다시 별도의 진료를 받고, 증상을 완화하기 위한 약물을 처방하여 추가로 복용한다. 이 과정에서 노인 환자는 점점 쇠약해지고 복용하는 약물의 개수는 계속 늘어나게 된다. 이 사례에서, 소변 증상과 어지럼증을 개선하기 위해 투여한 약물은 모두 항콜린 약물이므로, 인지기능 저하, 균형감각 이상, 변비 등 다양한 부작용을 경험하게 된다.

대표적인 처방연쇄의 쌍은 다음과 같다. 칼슘채널차단제로 인한 부종과 이노제 처방, 비

스테로이드성 소염진통제로 인한 혈압증가와 고혈압약, 콜린에스터 분해효소 억제제(치매약)로 인한 요실금과 항콜린약물, 항구토제(메토클로프로마이드)로 인한 파킨슨증상과 파킨슨병 약물 등이다.

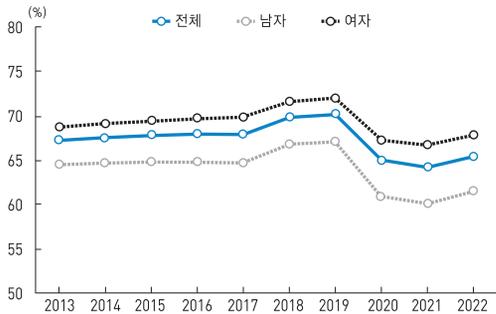
이러한 문제가 발생하는 이유는 노인 환자에게서 나타나는 증상이 고령자가 복용하는 특정 약물에 의한 부작용인지 확인하지 않고 증상만을 기준으로 또 다른 약을 처방하는 경우가 많기 때문이다. 즉, 노인 환자에게서 특정 증상을 조절하기 위해 처방한 약물은 또 새로운 이상 증상을 유발할 수 있고, 다시 그 증상을 조절하기 위해 약을 계속 추가로 처방하게 됨으로써 결국 여러 약물을 동시에 복용하게 되는 문제가 발생하게 된다. 처방연쇄로 발생하는 노인 환자의 다약제 복용은 신체적 부작용 외에도 약물 비용 낭비 등 다양한 사회적 문제도 뒤따르게 된다. 따라서, 노인 환자의 경우 개별 상태에 맞게 적절한 약물이 처방되어야 하며, 약물 간의 상호작용과 노인 환자의 특수한 상황에 맞춘 약물 중단 혹은 감량에 대한 노력이 필수적이다.

다약제 사용의 국내현황과 추이

2022년 기준 한국의 75세 이상 노인 환자들이 5개 이상의 약제를 만성적으로 처방받은 비율은 65.4%로, 2019년까지 70.2%로 증가하는 추세를 보이다가 2020년 이후로는 다소 안정화되고

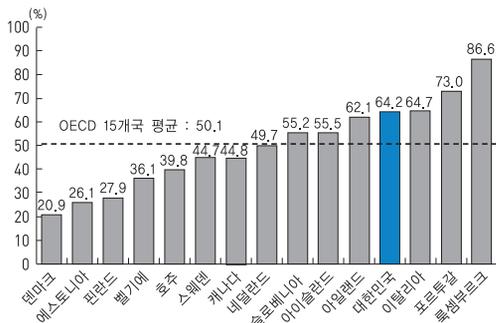
있다(그림 Ⅲ-19). 2021년 기준 OECD 주요 국가들과의 비교에서도 우리나라 노인의 다약제 복용 비율은 15개국 중 4위로 높아 상위권에 해당한다(그림 Ⅲ-20).

[그림 Ⅲ-19] 75세 이상 환자 대비 만성적 다약제 처방 환자 비율, 2013-2022



주: 1) 통계치는 약제를 처방받은 75세 이상(1월 기준) 환자 수 대비 만성적으로(연간 90일 이상 또는 4회 이상) 처방받은 의약품이 5개 이상인 75세 환자 수의 비율임.
 2) 의약품 개수는 세계보건기구 ATC 분류 4단계 코드 기준임.
 3) 건강보험·의료급여 진료비 청구 자료를 주 자료원으로 작성함.
 출처: 보건복지부, 「보건의료질통계」, 각 연도.

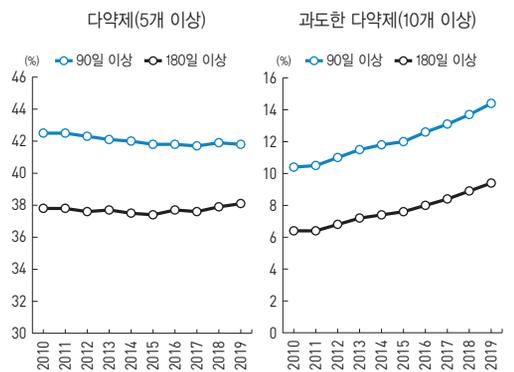
[그림 Ⅲ-20] OECD 국가의 75세 이상 환자 대비 만성적 다약제 처방환자 비율, 2021



주: 1) 통계치는 약제를 처방받은 75세 이상(1월 기준) 환자 수 대비 만성적으로(연간 90일 이상 또는 4회 이상) 처방받은 의약품이 5개 이상인 75세 환자 수의 비율임.
 2) 의약품 개수는 세계보건기구 ATC 분류 4단계 코드 기준임.
 3) 벨기에 및 룩셈부르크는 2017년, 핀란드는 2020년 수치임.
 출처: OECD, OECD Health Statistics 2023, 2023.

건강보험심사평가원은 2010년부터 2019년까지 65세 이상 노인 환자의 연도별 다약제 사용 현황을 분석하였다. [그림 Ⅲ-21]은 복용일수 90일 이상 기준, 180일 이상 기준을 토대로, 5개 이상의 약제를 처방받은 다약제 사용자 비율과 10개 이상의 약제를 처방받은 과도한 다약제 사용자 비율을 보여준다. 65세 이상 노인 외래 처방환자 중 다약제 사용자 비율은 2010년부터 2015년까지 다소 감소하는 경향을 보였으며, 2015년 이후로 90일 기준으로는 큰 변화가 없지만 180일 기준으로는 대체로 증가하였다. 다만, 과도한 다약제의 경우 2010년부터 2019년까지 연평균 증가율이 90일 이상 기준은 3.7%, 180일 이상 기준은 4.4%로 매년 지속적으로 높아지고 있다.

[그림 Ⅲ-21] 65세 이상 외래 처방환자의 다약제 사용자 비율, 2010-2019



주: 1) 진료일자 기준 만 65세 이상 노인의 건강보험심사지급이 완료된 외래 전산청구자료를 이용함.
 2) 의료기관은 종합전문병원, 종합병원, 병원(요양병원 포함), 의원, 치과의원(치과병원 포함), 보건진료소로 제한하고, 한방기관, 약국, 조사원은 분석 대상에서 제외함.
 3) 건강보험심사평가원에 등재된 경우 투여 의약품을 대상으로 성분 코드 4자리가 동일하면 동일 의약품으로 간주함.
 출처: 건강보험심사평가원, 「노인 다약제 사용 관리방안」, 2022.



한편 절대 환자 수를 보면, 다약제를 처방받은 노인의 수는 노인인구의 증가와 더불어 매해 늘고 있다. 2019년 65세 이상 외래 처방환자는 연간 평균 총 20개의 약제를 처방받았다. 다약제를 90일 이상 사용한 환자는 2010년 165만 명에서 2019년 275만 명, 과도한 다약제는 40만 명에서 94만 명으로 증가하였다. 180일 기준으로 보아도 2010년부터 2019년까지 다약제를 사용한 환자는 126만 명에서 230만 명, 과도한 다약제는 21만 명에서 57만 명으로 증가하였다.

2019년 이후로도 다약제 사용자는 계속 늘고 있다. 보건복지위원회 서영석 의원이 국민건강보험공단으로부터 받은 다약제 복용 현황을 분석한 결과를 보면, 10개 이상의 다약제 복용 만성질환자가 2024년 상반기 136만 1,754명으로 2020년 93만 2,730명 대비 46% 증가하였다.

다약제 및 노인주의약물 사용의 건강 영향 연구 결과

건강보험심사평가원은 2022년 「노인 다약제 사용관리 방안」 보고서에서 2017년에 외래 처방내역이 있는 65세 이상 노인 환자를 대상으로 2017년 첫 외래 방문일로부터 1년간 약제 처방 개수에 따라, 이후 1년간 건강 결과의 연관성을 건강보험 청구자료를 통해 분석하였다. 그 결과 노인의 다약제 복용 정도에 따라 이후 의료 이용에 차이가 발생하는 것으로 나타났다. <표 III-3-1>과 같이 90일 이상 5개 미만 약제

를 처방받은 노인 그룹의 이후 1년간 입원 경험률이 17.0%인 반면, 다약제 사용 그룹과 과도한 다약제 사용 그룹은 각각 22.9%, 31.1%로 더 높게 나타났다. 응급실 방문 경험률도 5개 미만 약제 처방그룹이 8.8%인데 비해 다약제 사용 그룹과 과도한 다약제 그룹은 각각 12.1%, 17.8%로 더 높다. 이러한 결과는 <표 III-3-2>와 같이 환자의 개별 특성에 따른 차이를 상쇄하기 위해 연령, 성별, 의료보장 여부를

<표 III-2> 65세 이상 외래 처방 노인의 다약제 사용 그룹별 건강결과 연관성 (90일 기준, 2017-2019)

1) 건강결과별 환자 비율 (보정 미 실시)

	환자 수 (천 명)	건강결과별 환자 비율(%)		
		입원	응급실 방문	사망
전체	2,956	20.3	10.8	1.0
5개 미만 약제	1,602	17.0	8.8	0.7
다약제	1,117	22.9	12.1	1.2
과도한 다약제	237	31.1	17.8	2.1

2) 다약제 사용과 건강결과 간 연관성 오즈비 (보정 실시)

	입원	응급실 방문	사망
5개 미만 약제	1	1	1
다약제	1.24	1.26	1.63
과도한 다약제	1.62	1.74	2.63

주: 1) 코로나19 영향을 피하고자, 2017년 첫 외래 방문일로부터 1년간 약제 처방 개수에 따른 이후 1년간 건강결과에 대해 분석한 결과임.



2) 오즈비(adjusted odds ratio)는 성별, 연령, 의료보장, 동반질환, 외래 방문횟수를 보정한 결과로, 5개 미만 약제 그룹의 건강결과별 환자 비율 대비 다약제 및 과도한 다약제 그룹의 건강결과별 환자 비율임. 출처: 건강보험심사평가원, 「노인 다약제 사용 관리방안」, 2022.

동반 질환, 외래방문 횟수를 보정한 분석에서도 동일하게 나타난다. 입원 경험률은 5개 미만 처방 그룹에 비해 다약제 사용 그룹은 1.24배, 과도한 다약제 사용 그룹은 1.62배 높았다. 응급실 방문 경험률도 각각 1.26배, 1.74배 높았다. 결국 여러 의약품을 동시에 사용하는 빈도가 증가할수록 이후 병원에 입원하거나 응급실 방문도 증가할 가능성이 있다.

다약제 사용과 건강결과의 인과성 규명을 위해, 건강보험심사평가원은 2019년 서울, 경기, 부산 소재 4개 병원의 응급실을 방문한 65세 이상 노인 환자 중 단순 무작위 추출을 통해 6,000명의 병원의무기록을 검토하였다. 대상환자 6,000명 중 투약 관련 위해, 즉 약물 사용 관련 또는 약물 과소사용으로 내원한 환자는 857명(14.3%)이었다. 과거 1개월간 약물 사용 내역을 보면, 1개월간 7일 이상 이용했던 약물 수가 많았던 환자, 항콜린약물 점수가 높은 환자, 중추신경계작용 약물 개수가 많은 환자가 투약 관련 위해 발생이 많았다. 특히, 항우울제, 벤조다이아제핀계 약물, 항정신병약을 처방받은 환자가 많았다.

전체 투약 관련 위해로 내원한 864건 중 76.0%인 657건은 예방이 가능한 경우로 분류되었다. 구체적으로 살펴보면 부적절한 약물 선택이나 중복 복용 등 약물 사용 관련 문제가 260건으로 가장 많았고, 약물의 과소사용이 148건, 복약지시 이행 정도를 보여주는 복약순응도 문제가 133건을 차지하였다.

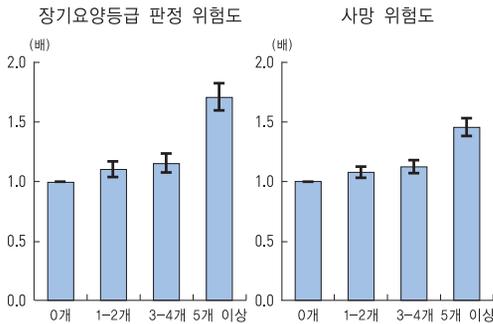
건강보험심사평가원은 2022년 「노인의 부적절한 다약제 사용 관리 기준 마련」 보고서에서 노인 다약제 환자 중에서 우선적으로 관리가 필요한 대상을 노인의 부적절한 다약제 기준으로 제시하였다. 65세 이상의 노인인면서, 1) 10개 이상의 의약품을 90일 이상 복용하고, 복용 약물 중 1개라도 2) 노인에게 잠재적으로 부적절한 약물(노인주의약물)이 포함되어 있거나 3) 병용금지 또는 중복처방에 해당되는 약제가 처방된 경우가 이에 해당된다. 앞서 건강결과 연관성을 분석해봤던 2017년 외래 처방내역이 있는 65세 이상 다약제 환자(5개 이상 성분, 90일 이상) 중 이 기준에 해당하는 부적절 다약제 사용 그룹은 총 16.0%에 해당한다. 부적절 다약제 사용 그룹은 그렇지 않은 그룹에 비해 외래 방문 일수, 처방 횟수가 1.5배 이상 많았고 연간 처방 일수도 길고 처방 성분 수도 많았다. 다양한 변수들을 보정한 후에도 입원, 응급실 방문, 사망이 1.32~1.35배 높았다.

한국보건의료연구원은 2015~2016년 66세 생애전환기 건강검진을 받은 노인 56만여 명을 대상으로 노인주의약물이 건강 위해에 어떠한 영향을 미치는지 분석하였다. 그 결과, 노인주의 약물을 복용한 사람은 그렇지 않은 사람들에 비해 장기요양등급을 받을 가능성이 1.7배 높았고, 노인주의약물 개수가 많아질수록 그 위험은 더 높아지는 것으로 나타났다. 노인주의약물 복용은 사망에서도 비슷한 결과를 보여주었다. 이 결과는 성별, 건강보험 종류, 지역, 노쇠지표



(frailty index), 다약제 복용 등을 보정하였을 때도 통계적 유의성이 유지되었다(그림 Ⅲ-22).

[그림 Ⅲ-22] 노인주의약물 개수에 따른 장기요양등급 판정 위험도 및 사망 위험도, 2013-2021



주: 1) 2015~2016년에 생애전환기 건강검진을 받은 66세 노인 중 1회 이상 외래 처방을 받은 56만여 명의 2015~2021년까지의 건강결과에 대해 분석한 결과임.
 2) 2015~2016년 사이에 한 번이라도 1년간 누적 28일 이상 노인주의 약물을 처방받은 경우를 1개 이상 약물 사용으로 정의함.
 3) 성별, 건강보험 종류, 지역, 노쇠점수, 다약제를 보정한 결과이며, 95% 신뢰구간을 함께 제시함.
 출처: 한국보건의료연구원, 「노인의 다약제 처방 및 소비에 대한 원인 분석과 행동 경제학적 대안 고찰」, 2023.

해외사례 및 국내 중재 시도와 결과

다약제 사용을 중재하여 불필요한 약물 처방을 줄이면 약제 부작용으로 인한 환자의 건강상태 악화를 예방할 수 있다. 그리고, 불필요한 입원 및 노인 환자의 신체 기능 저하로 인한 사회경제적 손실, 불필요한 약물 폐기에 따르는 환경오염 등의 문제도 줄일 수 있다. 이에 따라 전 세계적으로 다양한 서비스가 의료시스템 차원에서 개발 및 실천되고 있다. 우선, 개인화된 약물관리의 근간이 되는 것은 개별환자의 질병과

처방 상태에 대한 총괄 관리자 역할을 맡는 주치의 또는 1차 진료 의사이다. 다약제 사용과 관련된 문제를 파악, 중재하는 가장 기본적인 수준장 역할을 수행한다.

세계보건기구에서 발간한 「노인을 위한 통합관리 안내서(ICOPE)」에 따르면 인지기능저하, 거동문제, 영양 등 모든 노인의학적 문제의 접근에 다약제 문제가 들어간다. 노인의 전신에서 발생하는 다양한 문제가 그들이 복용하고 있는 약물로부터 기인하는 것일 수 있으므로, 본질적인 원인 파악을 위해 약물 검토가 필수적이다.

중요한 것은, 약물에 의한 문제들은 중재 노력을 통해 개선이 가능함에도 불구하고, 의료진이 개선 노력을 시도하지 않는 경우에는 낙상, 인지기능 저하, 섬망, 노쇠 악화를 비롯한 비가역적인 악순환을 초래할 수 있다는 것이다.

미국에서는 약물 비용이 많거나 다수의 동반 질환을 가진 다약제 복용 환자들을 대상으로 약물치료관리(MTM) 서비스를 시행하고 있다. 환자의 약물 검토, 건강상태 평가, 약물 관련 문제의 식별 등이 포함되며 문제해결계획을 수립하고 환자의 반응을 모니터링하며 전반적인 약물관리를 한다. 이를 통해 약물의 부적절한 사용을 방지하고 환자의 건강을 최적화 한다.

영국은 체계적 약물검토서비스(SMR)를 통해 약물 관련 문제의 위험이 있는 경우 개별적인 약물 관리 서비스를 제공한다. 요양시설 거주자, 10개 이상 약물 복용자, 오용가능성이 높은 약물 복용자, 중증 노쇠 노인 등이 주요 대상이다.

SMR은 이 환자들의 약물 사용을 정기적으로 평가하고 조정하여 약물 관련 문제를 최소화 한다.

호주는 가정방문 약물관리검토(HMRs)와 요양시설 약물관리검토(RMMRs)를 통해 다약제 복용 환자를 관리한다. HMR은 의사가 지역약사에게 환자의 복용 약물 검토를 의뢰하고, 약사가 평가결과를 의사와 공유한다. 의사는 이 정보를 바탕으로 약물 관리 계획서를 작성해 약물을 조정한다. RMMRs에서는 요양시설의 환자를 대상으로 약사가 약물 검토를 실시하며, 부작용 최소화를 위해 약물 조정과 불필요한 약물 중단을 권고한다. 이외에도 나의 건강기록(My Health Record)이라는 건강기록 공유 플랫폼을 통해 의사와 약사가 처방 내역과 약물 검토 결과를 실시간으로 공유한다.

캐나다 온타리오 주에서는 약물사용관리프로그램(MedsCheck)을 운영하고 있다. 대상에 따라 가정 방문, 요양시설 방문, 당뇨병 약물사용 관리 프로그램을 운영하고 있다. MedsCheck는 처방전을 검토하고 약물 관련 문제점을 파악해 최적의 약물 사용을 제공하는 서비스이다. 약사는 약력 관리 시스템인 Pharmacare 네트워크 시스템을 통해 환자의 약물 이력을 실시간으로 조회할 수 있다.

일본에서는 단골약사와 약국제도를 도입하여 환자를 지속적으로 관리하고, 처방정보를 기록해두는 약수첩으로 통합적인 약물관리를 한다. 약사가 처방변경을 제안할 수 있으며, 의사는 그에 따라 처방을 변경하거나 변경하지 않는다

면 사유를 남긴다.

우리나라는 1차 진료의 개념 자체가 부재하여 환자 중심의 처방 검토를 수행할 의사가 부족하고, 분절적인 의료이용에 따른 처방 연쇄가 발생하기 취약한 의료체계를 유지하고 있다. 반면 규제 차원에서 약물의 중복 점검, 상호작용이 있는 약물의 사용 제한 등에 집중하고 있으며, 의사와 약사가 약을 처방하고 조제할 때 약물상호작용, 효능군 중복, 노인 주의 의약품 등을 실시간으로 제공하는 의약품안심서비스(DUR) 시스템을 활용하고 있다. 또한 약제급여 적정성 평가를 통해 처방전 당 6품목 이상 처방률 정보를 의료기관에 피드백하고 있다.

이외에 서울시, 경기도 등 여러 지역에서 가정방문형 약물관리사업이 의료급여수급자를 대상으로 시행되어 왔다. 건강보험공단에서도 건강보험가입자 중 서울, 경기지역의 다약제 사용 환자들을 대상으로 올바른 약물이용지원서비스 시범사업을 진행해 왔다.

건강보험공단의 다약제관리사업 병원모형 시범사업은 2020년 8월부터 시작하여, 병원을 중심으로 의사와 약사, 간호사 등 다양한 직종 참여를 통한 약물 점검 및 처방 조정을 시도하고 있다. 2023년 기준 48개 병원이 참여하였다. 2023년 병원약사대회에서 진행된 '다약제 관리사업 병원모형 성과와 추진방향' 세션에 따르면 시범사업 서비스를 이용한 65세 환자 재입원 예방 효과가 확인되었다. 서비스 이용 3개월 후 재입원 위험은 평균 21%, 서비스 이용 1개월 후 응



급실 방문 위험은 평균 50%까지 유의하게 감소했다. 100명의 환자에게 다약제 관리 서비스를 제공하면 4명의 재입원을 예방하는 셈으로 비용 절감은 1,689만 3천 원으로 추정된다.

〈표Ⅲ-3〉 국가별 다약제 사용 중재 서비스

국가	서비스명
미국	• 약물치료관리(Medication Therapy Management, MTM)
영국	• 체계적 약물검토서비스(Structural Medication Review, SMR)
호주	• 가정방문 약물관리검토(Home Medication Reviews, HMRs) • 요양시설 약물관리검토(Residential Medication Management Reviews, RMMRs) • 나의 건강기록(My Health Record)
캐나다	• [온타리오 주] 약물사용관리 프로그램(MedsCheck)
일본	• 단골약사, 약국 제도
대한민국	• 의약품안심서비스(DUR) • 약제급여 적정성 평가 • [지자체] 가정방문형 약물관리사업(의료급여수급자 대상) • [건강보험공단] 올바른 약물이용지원서비스 시범사업 • [건강보험공단] 다제약물관리사업 병원모형 시범사업

맺음말

보다 효과적인 중재 결과를 얻기 위해서 다음의 4가지 사항을 고려해 볼 수 있다.

첫째, 한국에서의 근거 생성이 필요하다. 한국 고령자에 대한 약물 사용의 현황을 평가하고,

건강위험성에 대해 이해하며, 약물 중재의 효과를 검증해야 한다. 국외의 다양한 연구 결과들을 인용할 수도 있지만, 한국인의 인종적·문화적 특성과 특유의 의료시스템을 반영한 근거들이 필요하다.

둘째, 교육 및 인식 개선이 필요하다. 의료진은 다약제 사용, 노인주의약물, 그리고 약물 중재에 대한 기본적인 소양을 가져야 한다. 노인, 특히 노쇠한 노인의 약물 사용은 젊은 성인과 달라야 하며 주의해야 한다. 또한, 노인에서 흔히 발생하는 식욕부진, 인지기능 저하 등 새로운 문제가 생겼을 때 약물 사용과 관련된 문제가 아닌지 검토하는 단계가 임상 진료 행위에 필수적으로 포함되어 있어야 한다. 증상 발생에 대해 해당 장기 관련 진료과를 찾아 약을 우선적으로 처방받고자 하는 현재 국내의 의료 이용 패턴을 개선할 수 있도록, 환자와 가족에게도 올바른 약물 사용과 관련된 홍보를 해야 한다.

셋째, 모든 처방 약물을 정기적으로 검토하고, 필요한 경우 약물을 조정하거나 중단하는 과정을 포함하는 통합적이고 주기적인 약물 관리가 필요하다. 앞서 언급한 해외사례처럼, 정기적인 약물 검토를 통해 약물 관련 문제를 조기에 발견하고 해결해야 한다.

넷째, 전문 인력 양성이 중요하다. 노인의 다약제와 노인주의약물 문제를 효과적으로 관리하기 위해서는 이를 전문적으로 다룰 수 있는 인력이 필요하다. 약사, 간호사, 의사 등 의료

전문 인력에 대한 교육과 훈련 프로그램을 강화해야 한다.

한국은 고령화로 인한 다약제나 노인주의약물과 같은 노인 약물 문제의 증가는 필연적이다. 이와 같은 약물 사용의 문제는 나쁜 건강 관

련 예후와 관련되어 있음이 국내 연구 결과들을 통해 밝혀지고 있다. 해외 정책적인 노력을 참고하여 한국도 효과적인 약물 관리 방법을 개발하여 고령화 사회의 약물 문제를 보다 효과적으로 해결해야 할 것이다.

참고문헌

- 김선욱·윤지은. 2023. 「노인의 다약제 처방 및 소비에 대한 원인 분석과 행동 경제학적 대안 고찰」. 한국보건 의료연구원
- 김동숙·윤상현. 2022. 「노인의 다약제 사용 관리방안」. 건강보험심사평가원.
- 윤상현·김동숙. 2022. 「노인의 부적절한 다약제 사용 관리 기준 마련」. 건강보험심사평가원.