

초고령사회 대비 건강노화 정책 방향: WHO 건강노화 프레임워크를 활용한 국내사업 평가

최은희*, 장숙랑**†

*중앙대학교 지역돌봄과 건강형평성 연구소 연구원, **중앙대학교 적십자간호대학 교수

Toward healthy ageing policies in super-aged society: Evaluation of national programs using WHO healthy ageing framework

Eunhee Choi*, Soong-nang Jang**†

* Researcher, Institute for Community Care and Health Equity, Chung-Ang University,

** Professor, Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University

Objectives: This study examined national programs for older adults in South Korea using the World Health Organization (WHO) Healthy Ageing Implementation Framework to identify strengths and gaps and to inform future policy directions in a super-aged society. **Methods:** We conducted a framework-based document analysis applying the WHO Healthy Ageing Implementation Framework as the analytical framework. A total of 103 programs were analyzed, including 84 from the Ministry of Health and Welfare's Bokjiro portal and 19 from the 2025 Older Adults Health and Welfare Project Guide. Each program was assessed against the WHO framework's four domains, 12 subdomains, and 48 detailed criteria, and coded as fully satisfied, partially satisfied, or not satisfied. **Results:** Findings indicated strengths in long-term care system development, service accessibility, economic support, and social participation. However, major weaknesses were observed in eliminating ageism, supporting family caregivers, establishing regular national surveys, developing a specialized geriatric workforce, and implementing preventive and rights-based approaches. **Conclusion:** South Korea's programs for older people feature advanced service delivery but remain constrained by limitations in structural foundations. Strengthening data-driven monitoring, professional capacity, and interministerial coordination will be essential for achieving healthy ageing goals.

Key words: healthy ageing, older adults, policy evaluation

I. 서론

2025년 전체 인구의 20% 이상이 65세 이상에 도달하여 흔히 말하는 '초고령사회(super-aged society)'에 진입한 우리나라는, OECD 평균보다도 높은 평균 기대수명(2022년 기준 83.6세)을 보이는 장수 사회이다. 이는 보건의료와

사회발전이라는 긍정적인 성과이기도 하지만, 동시에 돌봄, 영양, 보건의료, 사회복지 수요의 급증과 복잡성이라는 도전과제도 제기한다. 노인의 만성질환 유병률, 다중질환과 장애 보유 인구 수도 빠르게 증가하여, 2023년 기준 한국 노인의 90% 이상이 만성질환을 보유하고 있으며, 평균 3개 이상의 질환을 동시에 가지고 있다(E. N. Kang et al.,

Corresponding author: Soong-nang Jang

Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University, 84 Heukseok-Ro, Dongjak-Gu, Seoul, 06974, Republic of Korea

주소: (06974) 서울시 동작구 흑석로 84 중앙대학교 적십자간호대학

Tel: +82-2-820-5806, E-mail: sjang@cau.ac.kr

※ 본 연구는 보건복지부 정책용역과제 「운동 등 노인건강 관리체계 구축 및 중장기 발전방안 연구」의 지원을 받아 수행되었음 (계약번호: 25243061300).

• Received: September 7, 2025

• Revised: September 27, 2025

• Accepted: September 27, 2025

2023). 2023년 국내 65세 이상 고령장애인은 142만여 명으로, 전체 장애인의 58.8%이다(Statistics Korea, 2023). 같은 해 신규 등록 장애인 중 65세 이상의 비율도 55.8%로 나타났다(Ministry of Health and Welfare [MOHW], 2023). 고령 장애인의 증가는 장애와 노화로 인한 이중고를 의미한다. 이러한 변화 속에서 단순히 의료 서비스 제공을 넘어, 예방 중심의 건강관리, 지역사회 기반의 통합돌봄, 그리고 노인의 기능 역량을 유지·강화하기 위한 정책 전환을 모색해야 하는 중요한 기로에 서 있다.

한국 정부는 지난 20년간 다양한 노인 건강 관련 정책을 추진해 왔다. 대표적으로 2008년 도입된 노인 장기요양보험 제도는 일상생활 수행능력이 저하된 노인에게 요양서비스를 제공하여 가족의 돌봄 부담을 경감하는 데 기여해 왔다. 2017년에는 치매국가책임제가 출범하여 전국 치매안심센터를 통해 조기 진단, 치료, 가족 지원을 강화하였다(MOHW, 2017). 2018년에는 지역사회 통합돌봄 기본계획이 수립되었고, 2019년 4월부터 총 16개 지방자치단체를 선정하여 4년간의 선도사업을 추진해 오다가, 2023년 7월부터는 '노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업' 운영모델을 통해 노인 대상에 집중하여 12개 지방자치단체가 예산지원을 받아 시범사업을 진행해 왔다. 2024년 3월 '의료 요양 등 지역돌봄의 통합지원에 관한 법률'이 공포되었고, 2025년 9월 말 현재 전국 229개 지자체 모두가 시범사업에 참여하고 있다. 그 외에도 노인건강관련 정부의 사업은 관련 법률과 중장기 사업계획에 따라 다양하게 흩어져서 진행 중에 있다. 보건소의 지역사회 통합건강증진사업과 방문건강관리사업, 일차의료 만성질환관리 사업, 자살예방 및 정신건강증진사업, 국가건강검진(생애전환기 건강진단사업 및 암검진사업), 노인성질환 치료지원사업군 등이 진행 중에 있다. 국가 단위의 종합계획으로는 저출산·고령사회 기본계획, 국민건강증진종합계획 2030 노인건강 영역이 있다.

그러나 이러한 노인 건강정책들은 제도 간 연계 부족, 시설 중심 서비스 편중, 시범사업 수준에 머무는 등 여러 한계와 문제들도 안고 있다. 장기요양보험은 시설 돌봄에 치중되어 재가 돌봄 지원이 충분하지 않다는 비판을 받고 있으며, 치매 정책은 특정 질환 중심 접근으로 노인의 전반적 기능 유지와 삶의 질 향상을 위한 대응이 다소 부족하다. 지역사회 통합돌봄 역시 전국 확산과 제도화를 위한 제도

적 기반이 아직은 미흡하다. 또한 노인건강 전반을 포괄하는 국가적 비전과 전략, 그리고 세부사업이 이에 따라 어떻게 구성·이행되고 있는지를 점검하는 과정이 부족하다. 이로 인해 사업 간 누락이나 중복 현황, 우선순위 설정의 근거를 파악하기가 쉽지 않다. 무엇보다 이들 건강정책이 세계보건기구(World Health Organization, WHO)의 '건강노화(Healthy Ageing)' 개념과 전략적 틀에 따라 통합적으로 평가·분석된 바가 드물다는 점에서도 제한점을 가진다.

세계보건기구는 2015년 「세계 노화와 건강 보고서(World Report on Ageing and Health)」에서 건강노화(Healthy Ageing)를 “노인이 자신의 가치와 잠재력을 실현하며, 필요할 때 적절한 지원을 받으면서 삶의 후반기에도 웰빙을 경험할 수 있도록 하는 과정”으로 정의하였다(WHO, 2015). 이는 노인의 기능적 능력(functional ability)을 유지·증진하는 데 중점을 두는 개념으로 다음 네 가지를 강조한다: 기능적 능력(Functional ability), 내적 역량(Intrinsic capacity), 환경(Environment), 그리고 상호작용(Interaction)이다. 이후 WHO는 2017년 '노인을 위한 통합관리(Integrated Care For Older People, ICOPE)' 접근 방식을 개발하여 발표하였다(WHO, 2017b). ICOPE의 궁극적 목표는 노인의 '내재적 역량'과 '기능적 능력'을 극대화시키는 것이다. 내재적 역량은 개인이 이끌어 낼 수 있는 모든 신체적 및 정신적 능력의 복합체로 인지적 역량, 이동 역량, 활력, 감각 역량, 심리적 역량으로 구성된다(Won et al., 2022). 내재적 역량을 증가시키거나 환경 장벽을 줄인다면, 노인이 가치있게 여기는 일을 할 수 있고 활동적이고 건강한 삶을 살아갈 수 있다(Belloni & Cesari, 2019). 이렇듯 WHO는 건강노화 개념을 통해 노인의 주요한 신체 및 정신적 능력 저하를 감지 및 관리하고, 돌봄제공자 지원 등의 중재를 제공하는 지역사회 수준의 적절한 접근 방식에 대한 근거 기반의 지침을 의료 및 돌봄 전문가에게 제공하고 있다(WHO, 2017a; Won et al., 2022). 이 개념은 노인 건강정책의 목표를 단순히 질병 치료나 생존연장에 두는 것이 아니라, 삶의 질 향상과 역량 유지에 두어야 한다는 점을 명확히 한다. 한국과 같이 빠른 고령화로 인한 복합적 돌봄 수요에 직면한 사회에서 중요한 정책적 지침이 될 수 있다. 그럼에도 일부 건강사업에서 건강노화와 통합돌봄관리(ICOPE) 지침을 참고한 사례가 있으나, 아직 국가 정책 차원에서 이를 체계적으로 반영한 사례는 드

물다. 한국이 WHO의 건강노화 전략과 보조를 맞추기 위해 반드시 보완해야 할 과제라 할 수 있다.

지금까지 살펴본 바와 같이 한국의 노인 건강정책은 장기요양, 치매, 지역사회 돌봄 등 다양한 영역에서 진전을 이루었으나, 여전히 WHO 건강노화 전략에 따라 통합적으로 분석·평가된 적은 거의 없다. 기존 연구들은 개별 정책의 성과와 한계를 다루는 데 그쳤으며, 글로벌 프레임워크와의 연계성을 검토하지는 않았다. 이러한 공백을 메우는 작업은 학문적·정책적으로 중요한 의미를 갖는다. 노인 건강 정책을 국제적 기준에 따라 체계적으로 조망함으로써, 정책의 종합성과 정합성을 제고할 수 있을 것이다. 또한 건강노화 개념에 근거한 분석은 노인의 기능적 능력 유지와 삶의 질 향상에 중점을 두도록 정책 방향을 재설정하는 데 기여할 수 있다. 향후 초고령 사회의 지속가능한 보건의료·돌봄 체계를 구축하는 데 있어 중요한 근거 자료로 활용될 수도 있다(MOH, 2024a). 따라서 이 연구는 한국의 노인 건강정책을 WHO 건강노화 개념과 전략들에 맞추어 체계적으로 맵핑(mapping)하고, 그 결과를 바탕으로 노인건강 정책이 나아가야 할 방향을 제시하는 것을 목적으로 한다. 이를 통해 한국 사회가 직면한 초고령 사회의 도전에 대응하고, 국제사회와 보조를 맞춘 지속가능한 노인건강정책을 발전시키는 데 기여하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구설계 및 연구대상

본 연구는 문헌 기반의 문서분석(Document analysis) 방법을 활용하여 정부가 공개한 노인 대상 사업 정보를 체계적으로 검토하였다(Bowen, 2009). 분석 과정에서 WHO 건강노화 실행 프레임워크를 사전에 정의된 기준으로 적용하였으며, 이는 질적 연구에서 널리 사용되는 프레임워크 기법(Framework method)의 원리에 근거하였다(Gale et al., 2013).

분석 대상은 2025년 9월 기준 확인 가능한 보건복지부 통합복지정보포털 '복지로'(MOHW & Korea Social Security Information Service, n.d.)의 노년 카테고리에 등재된 84건의 사업과, 보건복지부가 발간한 「2025년도 노인보건복지 사업안내」(MOHW, 2025)에 수록된 19건의 추가 사업을 포

함하여 총 103건의 노인 관련 사업을 분석 대상으로 하였다. 이는 복지रो에 등재되지 않은 사업 중에서도 정부 발간 문서에 별도로 수록되어 있는 정책적으로 중요한 노인보건 복지 사업들을 포함시키기 위함이다. 본 연구의 목적은 이들 사업이 WHO의 건강노화 실행 프레임워크의 방향성에 얼마나 부합하는지를 검토하는 데 있다.

2. 분석틀

노인건강사업 평가를 위하여 WHO가 제시한 건강노화 실행 프레임워크(Beard et al., 2016)를 분석틀로 활용하였다. 이 프레임워크는 건강노화를 달성하기 위한 네 가지 주요 실행 영역과 총 12개의 중영역, 그리고 세부적으로 48개의 구체적 실행항목으로 구성되어 있다.

첫째, 보건의료체계를 고령인구의 요구에 맞게 재편하는 영역으로, 노인 중심의 통합돌봄 제공, 내재적 역량 중심의 진료체계 전환, 고령화 친화적 보건인력 양성과 같은 과제를 포함한다. 둘째, 장기요양체계 개발 영역으로, 장기요양을 공적 제도로 인정하고 제도적 기반을 마련하며, 돌봄 인력의 역량 및 근무환경 개선, 장기요양서비스의 질 보장을 강조한다. 셋째, 연령친화적 환경 조성 영역으로, 연령차별 해소, 노인의 자율성과 권리 보장, 주거·이동·사회참여·경제활동 등 삶의 모든 영역에서 포용성을 강화하는 과제를 포함한다. 넷째, 측정·모니터링 및 이해 증진 영역으로, 건강노화 지표와 측정방법 합의, 노인의 건강상태 및 욕구에 대한 이해 증진, 건강노화 경로와 결정요인에 대한 연구 및 경제적 기여 평가 등을 포괄한다. 프레임워크의 구체적 구조와 48개 세부 충족 기준은 부록에 제시하였다(Appendix 1).

3. 스크리닝 및 포함 기준

스크리닝 과정은 두 단계를 거쳐 이루어졌다. 먼저, 복지로의 노년 카테고리에 등재된 87건을 1차 대상으로 했다. 이 중 노인을 명시적으로 주요 대상으로 하지 않거나 직접 서비스 제공과 무관한 사업(국민연금 출산크레딧, 농촌출신대학생학자금융자, 청년창업농장학금 지원) 3건을 제외하여 총 84건을 확보하였다. 이어 「2025년도 노인보건복지 사업안내」에 수록된 35건을 검토하였으며, 이 가운데 복지रो에 이미 포함된 8건의 중복 사업, 3건의 행사 성격

사업, 5건의 지침성 문서를 제외하였다. 최종적으로 19건을 추가 포함하여 전체 분석 대상은 총 103건으로 확정되었다.

4. 자료 추출

최종 선정된 사업에 대해서는 표준화된 추출표를 사용하여 주요 정보를 체계적으로 추출하였다. 우선, 사업 대상을 연구자가 귀납적으로 범주화하여 9개 그룹(일반노인, 취약노인, 장기요양등급자, 장애인, 질병특정, 주거취약, 국가보훈/유공자, 특수법적신분·집단, 기관·체계)으로 정의하였다(Table 1). 또한 사업 유형은 복지포털 웹사이트에서 제공하고 있는 신체건강, 정신건강, 생활지원, 주거, 일자리, 문화·여가, 안전·위기, 교육, 보호·돌봄, 서민금융, 법률, 에너지의 12개 범주로 분류하였다. 담당 부처 및 세부 부서를 함께 기록하였으며, 지원 주기는 1회성, 연, 분기, 수시(비정기), 월, 주, 여섯 가지로 구분하였다. 제공 유형은 바우처, 비용감면, 시설서비스, 서비스제공, 용자·대여, 현금급여, 현물급여, 기타로 세분화하였다.

WHO 건강노화 실행 프레임워크의 4대 영역, 12개 중영역, 48개 세부 실행기준을 토대로 각 사업의 충족 여부를 판정하였다. 판정은 <Appendix 1>의 기준에 따라 직접 충족 시 1점, 간접 충족 시 0.5점, 미충족 시 0점으로 코딩하였다. 복수의 세부 지원내용을 포함하는 단일 사업의 경우, 즉 하나의 사업 안에 서로 다른 세부 구성요소가 둘 이상 존재할 때, 각 요소가 충족하는 기준을 모두 반영하여 최종 판정을 내렸다. 이에 따라 어떤 구성요소라도 직접 충족이면 1로, 직접 충족은 없으나 간접 충족이 하나라도 있으면 0.5로, 모두 해당되지 않을 경우에는 0점으로 기록하였다. 자료 추출 및 코딩은 보건학 전공 연구원 1인이 수행하였으며, 전 과정은 교신저자의 지도 및 검토를 거쳐 진행되었다.

5. 분석 방법

본 연구는 크게 세 단계로 분석을 수행하였다. 첫째, 최종 선정된 103개 사업의 전반적 특성을 기술통계로 제시하였다. 구체적으로 사업 유형, 대상 집단, 담당 부처 및 세부

<Table 1> Definitions of target groups of programs

Group	Definition	Examples
General older adults	Universal services provided to adults aged 60 or 65 and older without specific income or health conditions	Senior centers, Welfare Centers, Retirement Preparation Services
Vulnerable older adults	Groups eligible for support based on risk factors such as low income, poor health, unstable housing, or social isolation	Basic Pension, Customized Care Services for Older Adults, Free Meal Programs, Emergency Care
Long-term care insurance beneficiaries	Recipients certified under the Long-Term Care Insurance (LTCI) system (grades 1-5 or cognitive support grade)	Home- and facility-based LTC services, Assistive Devices
Persons with disabilities	Registered persons with disabilities under the Welfare of Persons with Disabilities Act and beneficiaries of related allowances/subsidies	Employment Support, Self-support Funds, Public Guardianship
Disease-specific	Programs targeting individuals with particular diseases or conditions	Cancer Screening and Treatment Support, Dementia Management, Knee Joint Surgery
Housing vulnerable	Individuals with vulnerable housing stability, such as non-home owners and housing benefit recipients	Public Rental Housing, Happy Housing Program, Housing Loan Support
Veterans & patriots	National merit awardees, war veterans, independence patriots, and their families	Living Allowances, Veteran Nursing Homes, Tuition Support
Special legal status groups	Minority or special-status groups protected under specific laws	North Korean Defectors, Persons Affected by Hansen's disease, Persons who were injured or killed while rescuing others, Occupational Accident Victims
Institutional/system-level	Programs supporting institutions or systems rather than individuals	Dementia Centers, Older People Protection Agencies, Integrated Care Support Centers

부서, 지원 주기, 제공 형태 등 기초 속성의 빈도와 백분율을 산출하였다.

둘째, WHO 건강노화 실행 프레임워크의 충족 현황을 파악하기 위해 4대 영역, 12개 중영역, 48개 세부 기준에 대해 부여한 점수(직접 충족 1점, 간접 충족 0.5점, 미충족 0점)를 활용하여 사업의 건강노화 지향성을 평가하였다. 세부기준별로 평균과 표준편차를 산출하였으며, 각 사업의 중영역(12개) 점수는 해당 세부기준 점수의 산술평균으로, 대영역(4개) 점수는 중영역 점수의 산술평균으로 산출하여 표에 제시하였다(Table 3). 또한, WHO 건강노화 실행 프레임워크의 48개 세부기준 충족 현황을 시각적으로 비교하기 위해, 직접 충족과 간접 충족 건수를 분리하여 가중 점수(직접=1, 간접=0.5)로 환산한 후 누적 막대그래프를 작성하였다(Figure 1). 이를 통해 각 기준별 충족 수준과 영역 간 상대적 차이를 시각적으로 확인할 수 있도록 하였다.

셋째, 사업대상 집단별 WHO 건강노화 실행 프레임워크 세부기준 충족 양상을 비교하기 위해 48개 세부 기준에 대한 집단 별 평균 충족도 점수를 산출하여 히트맵을 작성하였다(Figure 2). 평균 충족도는 해당 그룹에 속하는 모든 사업이 특정 세부기준에서 획득한 점수를 합산한 후 사업수로 나눈 값으로 정의하였다. 히트맵의 x축에 제시된 9개 사업대상 그룹은 앞서 정의한 기준을 따랐으며(Table 1), y축에는 WHO 건강노화 실행 프레임워크의 48개 세부기준이 배열되었다. 셀 색상은 평균 충족도 점수를 연속척도로 표현하여, 0점에서 1점으로 갈수록 색상이 점차 진해지도록 표현하였다.

III. 연구결과

1. 노인건강사업의 전반적 특성

총 103개의 노인 대상 사업의 전반적 특성을 분석한 결과, 대상 집단은 취약노인(20.4%), 일반노인(15.5%), 국가보훈·유공자(11.7%) 순으로 비중이 높았으며, 장애인, 질병특정 집단, 특수법적 신분·집단이 각각 10% 내외를 차지하였다(Table 2).

사업 유형에서는 생활지원(47.6%)이 가장 많았고, 신체건강, 보호·돌봄, 일자리, 주거, 안전·위기 영역이 뒤를 이었다. 정신건강, 문화·여가, 금융, 교육, 법률, 에너지 분야

는 상대적으로 적었다. 담당 부처는 보건복지부가 과반(55.3%)을 차지했으며, 국가보훈부, 국토교통부, 고용노동부가 주요 부처로 뒤를 이었다. 교육부·금융위원회·산업통상자원부·여성가족부·통일부 등은 각각 1건씩을 담당하였으며, 표에서는 기타로 분류하였다. 제공유형은 현금급여(28.4%)와 서비스 제공(20.9%)이 주를 이루었으며, 현물급여와 시설서비스도 일정 비중을 차지하였다. 바우처, 비용감면, 용자·대여는 상대적으로 낮았다. 지원주기는 월 단위(32.0%)와 수시 지원(30.1%)이 가장 많았고, 1회성(17.5%)과 연 단위(16.5%) 지원도 일부 있었다.

2. WHO 건강노화 실행 프레임워크 충족 현황

WHO 건강노화 실행 프레임워크의 4개 대기준과 12개 중기준별 충족 현황을 살펴보았다(Table 3). 장기요양체계 구축(Developing long-term care systems) 영역이 평균 0.76(SD=0.25)으로 가장 높았으며, 특히 장기요양 기반 마련(0.80)과 서비스 질 보장(0.79)에서 두드러졌다. 보건의료체계 정렬(Aligning health systems to older people's needs) 영역은 평균 0.71로 나타났으며, 인간중심 통합돌봄 제공(0.72)과 내재적 역량 중심 체계 구축(0.73)은 상대적으로 높았으나, 노인의학 전문 인력 확보(0.66)는 낮게 나타났다. 고령친화적 환경 조성(Creating age-friendly environments) 영역은 평균 0.70으로, 자율성 보장(0.73)과 모든 정책에서 건강한 노화 지원(0.70)은 높았으나, 연령차별 해소(0.58)는 상대적으로 취약하였다. 마지막으로, 측정·모니터링 및 이해 제고(Improving measurement and understanding) 영역은 평균 0.54로 가장 낮았으며, 특히 지표·측정방법 합의(0.50)와 노화 궤적 이해 및 개선(0.50)은 매우 낮은 것으로 나타나 향후 정책적·연구적 보완이 필요함을 시사한다.

WHO 건강노화 실행 프레임워크 48개 세부기준별 충족 현황을 분석한 결과, 영역 간 차이가 뚜렷했다(Figure 1). 상대적으로 높은 충족도를 나타낸 상위 기준은 노인의 빈곤 보호(3-3-2), 사회적 참여와 의미 있는 역할 제공(3-3-3), 기능 유지 및 증진 지원(3-2-2), 의약품·백신·기술 접근성과 비용 감당 가능성 보장(1-1-5), 거주지 인근에서 제공되는 서비스(1-1-1) 등이었다. 여기서 괄호 안에 제시된 번호는 WHO 건강노화 실행 프레임워크 세부 기준을 가리키며, 구체적 항목은 <Appendix 1>에 제시하였다. 이

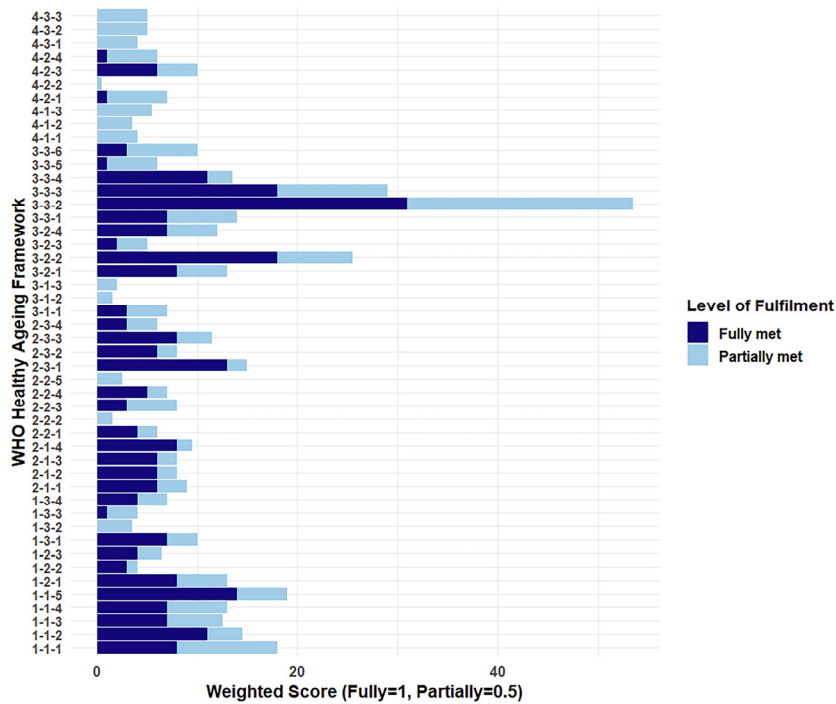
〈Table 2〉 Distribution of general characteristics of programs for older adults

n = 103

Category	Item	n (%)
Target groups	Vulnerable older adults	21 (20.4)
	General older adults	16 (15.5)
	Veterans & patriots	12 (11.7)
	Persons with disabilities	11 (10.7)
	Disease-specific	11 (10.7)
	Special legal status groups	11 (10.7)
	Institutional/system-level	8 (7.8)
	Housing vulnerable	7 (6.8)
	Long-term care insurance beneficiaries	6 (5.8)
Program types	Daily living support	49 (47.6)
	Physical health	31 (30.1)
	Protection & care	26 (25.2)
	Employment	22 (21.4)
	Housing	19 (18.4)
	Safety & crisis response	19 (18.4)
	Mental health	15 (14.6)
	Culture & leisure	13 (12.6)
	Finance	11 (10.7)
	Education	9 (8.7)
	Legal services	6 (5.8)
	Energy	1 (1.0)
Responsible ministries	Ministry of health and welfare	57 (55.3)
	Ministry of patriots and veterans affairs	12 (11.7)
	Ministry of land, infrastructure and transport	8 (7.8)
	Ministry of employment and labor	6 (5.8)
	Ministry of SMEs and startups	5 (4.9)
	Ministry of culture, sports and tourism	4 (3.9)
	Korea forest service	2 (1.9)
	Korea disease control and prevention agency	2 (1.9)
	Ministry of oceans and fisheries	2 (1.9)
Others	5 (5.0)	
Types of provision	Cash benefits	38 (28.4)
	Service provision	28 (20.9)
	In-kind benefits	24 (17.9)
	Facility-based services	22 (16.4)
	Vouchers	8 (6.0)
	Fee reduction/exemption	7 (5.2)
	Loans/rentals	7 (5.2)
Frequency of support	Monthly	33 (32.0)
	Irregular/as needed	31 (30.1)
	One-time	18 (17.5)
	Annual	17 (16.5)
	Quarterly	3 (2.9)
	Weekly	1 (1.0)

〈Table 3〉 Average scores by major and sub-domains of the WHO healthy ageing action framework

Major and sub-domains	Mean (sd)
1. Aligning health systems to older people’s needs	0.71 (0.25)
1-1. Access to person-centered, integrated care	0.72 (0.25)
1-2. Systems oriented to intrinsic capacity	0.73 (0.25)
1-3. Sustainable, trained health workforce	0.66 (0.24)
2. Developing long-term care systems	0.76 (0.25)
2-1. Foundations for long-term care	0.80 (0.25)
2-2. Workforce for long-term care	0.66 (0.24)
2-3. Quality of long-term care	0.79 (0.25)
3. Creating age-friendly environments	0.70 (0.25)
3-1. Combating ageism	0.58 (0.19)
3-2. Enabling autonomy	0.73 (0.25)
3-3. Healthy ageing in all policies	0.70 (0.24)
4. Improving measurement and understanding	0.54 (0.14)
4-1. Metrics and methods for healthy ageing	0.50 (0.00)
4-2. Understanding status and needs of older people	0.60 (0.20)
4-3. Understanding and improving trajectories	0.50 (0.00)



[Figure 1] Levels of fulfillment across 48 detailed criteria of the WHO healthy ageing framework

는 국내 노인 관련 사업이 경제적 안전망, 사회참여 기회, 기능 유지, 필수 의료 접근성, 지역사회 근접 서비스에 중점을 두고 있음을 보여준다. 특히 보건의료체계 정렬 영역에서는 서비스 접근성과 자원 보장에서 상대적으로 높은

충족도가 나타났다.

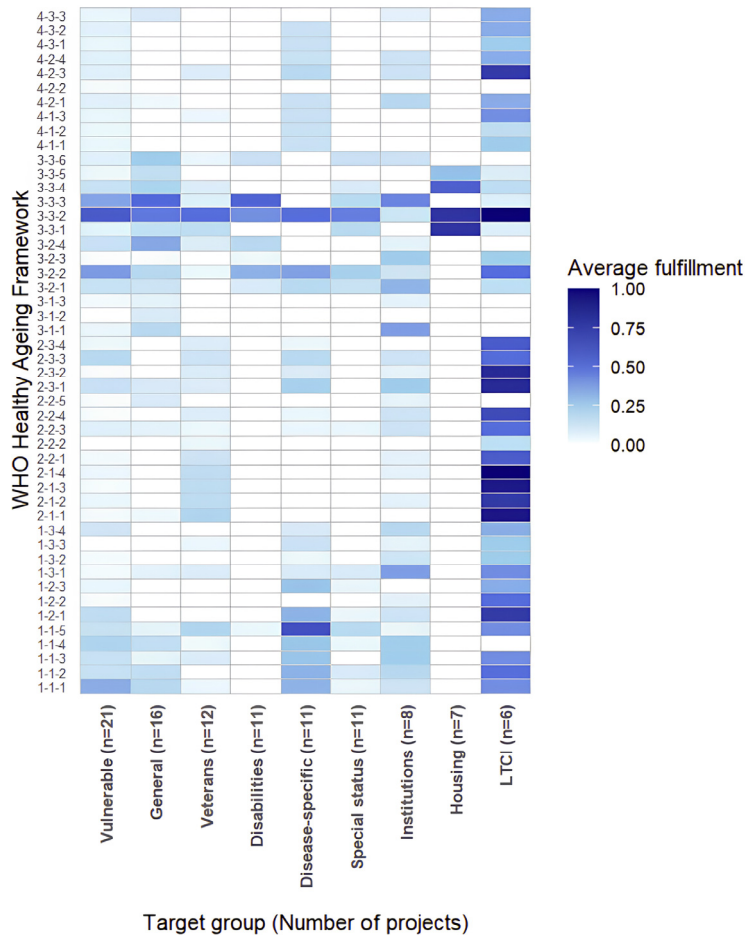
반면, 충족도가 가장 낮은 기준은 정기적 노인조사 제도화(4-2-2), 가족 돌봄자 지원 제도화(2-2-2), 연령차별 금지 법제화(3-1-2), 균형 잡힌 노화 관련 미디어 이미지 보

장(3-1-3), 노인이 돌봄·발전에 기여할 수 있는 지역사회 활동 지원(2-2-5) 등이었다. 또한 모든 보건교육과정에 노인인학·노인학 핵심 역량을 포함하는 기준(1-3-2)과, 생애 주기별 지표 해석·평가 접근에 대한 합의(4-1-2)도 낮은 충족도를 보였다. 이는 국내 노인정책에서 지역사회 기반 돌봄, 가족 돌봄자 보호, 연령차별 해소, 미디어 인식 개선, 노인의 전문적 보건의로 역량 확보, 국가적 인구조사·측정 체계 구축 등이 상대적으로 미흡함을 시사한다. 특히 대영역 2(장기요양체계 개발)에서는 가족·지역사회 돌봄 지원 기준의 충족도가 낮아 제도적 기반이 부족했고, 대영역 1(보건의료체계 정렬)에서는 인력 역량 확보(1-3)가 미흡한 것으로 드러났다. 또한 대영역 4(측정·모니터링·이해 제고)는 대부분 간접충족에 그쳐 기존 행정자료에 의존하는 한계를 보였다.

3. 사업대상 그룹별 WHO 건강노화 실행 프레임워크 충족 양상

WHO 건강한 노화 실행 프레임워크 48개 세부기준 충족도를 9개 사업대상 그룹별로 시각화하여 살펴보았다 [Figure 2]. 분석에 포함된 그룹은 취약노인(Vulnerable), 일반노인(General), 국가보훈·유공자(Veterans), 장애인(Disabilities), 질병특정집단(Disease-specific), 특수법적 신분·집단(Special status), 기관·체계(Institutions), 주거취약(Housing), 장기요양등급자(LTCD)였다. 전반적으로 대부분의 그룹은 경제적 지원(빈곤 보호)과 사회적 참여 기회 제공에서 일정한 강점을 보인 반면, 장기요양 제도의 기반, 보건·돌봄 인력 체계, 정기적 조사·데이터 구축과 같은 구조적 영역에서는 전반적으로 낮은 충족도를 보였다.

취약노인과 일반노인, 장애인, 특수법적 신분·집단은 모두 빈곤 보호, 기능 유지 지원, 사회적 참여 제공에서 일정



[Figure 2] Heatmap of average fulfillment of WHO healthy ageing detailed criteria by target groups

수준의 충족을 보였으나, 보건의료 인력 체계와 데이터·모니터링 영역은 거의 반영되지 않았다. 특히 일반노인과 취약노인은 사회참여·학습 기회에 일정한 기여가 있었지만, 내재적 역량 기반 정보체계나 노인의학 전문인력 확보와 같은 영역은 전혀 충족되지 않았다.

국가보훈·유공자 대상 사업은 경제적 보상과 의료·장기요양 제도와의 연계 측면에서 일부 제도적 기반을 갖추었으나, 권리·참여 영역은 여전히 제한적이었다. 장애인 대상 사업은 사회참여 기회가 비교적 높았으나, 노화 특화 보건·돌봄 기반은 거의 부재하였다. 질병특정 집단은 전반적으로 충족도가 가장 낮은 그룹 중 하나로, 의료적 접근(예. 의약품·기술 접근성) 외에는 대부분의 영역에서 미흡하였다.

기관·체계 대상 사업은 노화 관련 교육훈련, 서비스 인증제도, 다학제 팀 기반 케어플랜 등 인력·서비스 전달 측면의 강점을 보였다. 그러나 장기요양 제도적 기반이나 데이터·모니터링은 거의 반영되지 않았다.

주거취약 집단은 예상대로 주거 선택지와 개조 지원, 건축·교통·ICT 접근성, 도시계획 등 주거 관련 기준에 집중적으로 충족되었고, 다른 영역은 전무하였다. 장기요양수급자 집단은 이와 대조적으로 WHO 영역 2(장기요양체계 개발)에서 두드러진 강점을 보였으며, 제도적 기반·재정·서비스 구조가 가장 잘 반영된 그룹이었다. 다만 예방·자기관리, 사회·문화적 권리, 정기적 조사 등은 미흡한 것으로 나타났다.

종합적으로 볼 때, 우리나라 노인 대상 사업은 경제적 안정과 사회참여 기회 제공에는 상대적으로 집중되어 있으나, 장기적으로 지속 가능한 제도·구조적 기반(특히 보건의료체계, 고령친화 환경, 데이터·모니터링 영역)은 미흡하였다. 또한 특정 집단(예. 주거취약, 장기요양수급자)은 예상 가능한 영역에만 강점이 집중되는 경향을 보였으며, 다른 영역에서는 충족도가 낮아 집단 간 대응의 불균형이 드러났다. 이는 사업 설계가 집단별로 특정 영역에 국한되어 있음을 시사한다.

IV. 논의

본 연구는 보건복지부 복지로 웹사이트와 「2025년도 노인보건의료사업안내」에 수록된 총 103개 노인 관련 사업

을 WHO 건강노화 실행 프레임워크에 따라 분석하였다. 그 결과, 국내 노인보건의료 사업은 장기요양체계 구축, 서비스 접근성 보장, 경제적 지원과 사회참여 기회 제공 측면에서 비교적 높은 충족도를 보였다. 반면, 연령차별 해소, 가족 돌봄자 지원, 정기적 노인 조사와 같은 제도·구조적 영역은 전반적으로 미흡했으며, 특히 측정·모니터링 영역은 직접적 체계 구축보다는 행정자료 활용에 의존하는 양상을 보였다. 대상집단별로 보면, 취약노인과 일반노인, 장애인, 특수법적 신분·집단을 대상으로 한 사업은 주로 빈곤 보호와 사회적 참여 제공에 일정한 기여를 했으나, 보건·돌봄 인력 체계나 데이터 기반 구축은 거의 반영되지 않았다. 장기요양수급자 대상 사업은 장기요양체계 구축 영역에서 두드러진 강점을 보인 반면, 예방·자기관리나 사회·문화적 권리 보장은 부족했다. 전반적으로 국내 노인정책은 서비스 제공 중심에서는 강점을 가지지만, 집단별로 특정 영역에만 편중되는 경향이 있어, 다층적 필요를 균형 있게 반영할 수 있는 정책적 보완이 필요하다.

한국의 노인보건의료 사업은 지난 수년 간 장기요양보험제도, 지역사회 통합돌봄 기본계획, 치매국가책임제 등을 통해 제도적 기반을 확장해왔다. 그러나 본 연구 결과, 여전히 데이터·평가 체계, 전문 인력 확보와 같은 구조적 기반이 취약한 것으로 나타났다. 먼저, 노인의 건강 상태와 돌봄 수요를 정확히 파악하고 정책에 반영하기 위해서는 체계적 데이터 생산과 모니터링·평가 체계가 필수적이다. 국내에는 고령화연구패널(KLoSA), 노인실태조사, 장기요양실태조사, 국민건강보험공단 장기요양 코호트 등 다양한 데이터 자원이 축적되어 있으며, 실제로 이 자료를 활용한 연구에서 노쇠, 기능 저하, 인지 기능, 사회참여 등 복합 지표가 활발히 분석되고 있다(Jang et al., 2023; Nari et al., 2021). 그러나 이러한 지표들은 정책 성과평가나 사업 모니터링의 공식 지표로는 아직 제도화되지 못해, 연구성과가 정책 의사결정으로 충분히 연결되지 못하고 있다. 최근 「한국 건강노화 코호트(KLHAS)」가 구축되어 베이비붐 세대까지 포함한 중·고령자 추적이 시작되었으나(E. Han et al., 2024; E. J. Han et al., 2022), 아직은 정책적 의사결정으로 연결되기 위한 초기 단계에 머물러 있다. 또한 한국에는 미국 국립노화연구소(NIA)나 일본 국립장수의료연구센터처럼 데이터 생산·분석·연구·평가를 통합적으로 담당하는 국가 전담기관이 부재하여, 연구와 정책 사이의 단절이

반복되고 있다(National Assembly Research Service, 2022; Yoon, 2007). 따라서 향후에는 기존 데이터 자원의 강점을 연계·확장하고, 건강노화 지표 생산과 정기적 모니터링 체계를 제도화하는 동시에, 국가 차원의 노화연구 및 평가 인프라를 마련하는 것이 필요하다.

전문 인력 확보는 초고령사회 대응의 핵심 기반임에도, 국내에서는 여전히 미흡한 것으로 드러났다. 의사의 경우, 현재 노인의학 관련 학회 차원에서 운영되는 ‘노인병 인정의’ 제도는 존재하지만, 현장에서 복합적 의료·돌봄 요구를 충족하기에는 한계가 있다. 노인의학 전문의를 양성하여 지역사회 기반에서 복합 질환, 기능 저하, 다약제 문제를 통합적으로 관리할 수 있는 체계를 마련하는 것이 필요하다. 영국, 미국, 일본 등은 이미 노인 의학을 독립 전문과목 또는 세부전문의 과정으로 제도화하여, 일차의료 차원에서 노인 환자를 종합적으로 관리하는 체계를 마련해왔다(Institute of Medicine, 2008; WHO, 2017a). 간호사의 경우는 노인전문간호사가 양성되고 있으나, 아직 임상 및 일차의료 영역에서 건강노화를 위한 구체적인 역할을 찾지 못한 실정이다. 이 외에 물리치료사, 작업치료사, 치과 위생사, 영양사, 운동사 등 보건 의료인들의 노인 건강돌봄 전문가로 종사할 수 있도록 하는 교육, 훈련, 자격, 처우 등에 대해 아직까지 명확한 정리가 없었다. 돌봄통합지원법에서도 전문인력에 대한 조항이 명시되어 있지만, 전문 인력이 누구인지, 인력관리와 처우대책은 어떻게 세울지 구체적인 시행령, 시행규칙은 마련되지 않았다. 앞으로 건강노화를 위해 함께 일할 인력 대책과 적정한 법적 뒷받침이 필요하다.

노쇠는 노인의 의료·돌봄 의존도를 급격히 높이는 주요 전환점이므로, 이를 예방하고 조기에 개입하는 정책 강화가 무엇보다 중요하다(WHO, 2015). 실제로 한국 노인의 노쇠와 전노쇠 유병률은 각각 23.1%와 32.7%로, 전체 노인의 절반 정도가 이미 위험군에 속하는 것으로 추정된다(M. Kang et al., 2023). 그러나 본 연구 결과, 국내 정책은 주로 사후적 돌봄과 소득 보장에 치중되어 있었고, 기능 저하 예방이나 자율성 강화를 통한 선제적 접근은 상대적으로 부족했다. 특히 현재 일차의료 기반 만성질환 관리사업은 고혈압·당뇨병 관리에 국한되어 있어, 근감소증·골다공증·노쇠와 같은 기능저하 질환에 대한 통합적 관리가 미흡하다(Research Institute for Healthcare Policy, 2023). 또한

국가 건강검진 제도 역시 성인 중심 항목을 노인에게 동일하게 적용하고 있어, 근력·균형, 인지, 사회적 고립 등 노인 특화 위험요인을 충분히 반영하지 못하고 있다(MOHW, 2024b). 반면 영국은 2017년부터 일차의료 차원에서 전 국민을 대상으로 노쇠 선별검사를 의무화하였고(Public Health England, 2015), 일본 역시 지자체 단위 노쇠 선별검사와 예방 프로그램을 제도화하여 조기 개입을 실현하고 있다(Ito et al., 2021). 이러한 사례는 국내에서도 단순한 소득 보장이나 사후 돌봄 지원을 넘어, 정기적·맞춤형 노인 검진과 노쇠 선별을 기반으로 한 포괄적 노인평가, 케어플랜 수립, 재활·운동 프로그램 제공, 케어코디네이터에 의한 지속적 모니터링 등 예방적·선제적 접근이 정책적으로 더 부각될 필요가 있음을 시사한다.

노인을 사회적 권리 주체로 인정하고, 연령에 구애받지 않는 참여 기회와 고령친화적 환경을 조성하는 것은 건강노화의 핵심 요소임에도 불구하고, 국내 노인정책은 이 영역에서 여전히 미흡하다. 이는 우리나라 노인정책이 주로 서비스와 급여 중심으로 발전해온 반면, 노인의 사회적 위상과 권리 기반은 상대적으로 간과되어 왔음을 보여준다. 선행연구에 따르면, 우리나라의 노인장기요양보험 재가급여는 서비스 전달 과정에서 노인의 실질적인 참여와 자기결정권 행사가 어렵고, 의사결정지원제도의 운영 또한 제한적이라는 한계가 지적된 바 있다(D. J. Han & Kim, 2025). 반면 여러 국가들은 고령친화적 사회 구축을 위해 정책의사결정 참여, 평생학습, 연령통합적 고용 환경 등을 제도화하며, 노인을 단순한 보호 대상이 아닌 사회적 구성원으로 인정하고 있다(WHO, 2020). 따라서 국내에서도 사회적 인식 개선과 더불어, 노인의 정책 결정 참여 확대, 세대 간 연대 촉진, 연령통합적 고용·교육 기회의 보장을 통해 권리 기반 접근을 강화할 필요가 있다.

노인 정책이 여러 부처에 분산되어 운영되는 상황에서, 조정·통합의 부재는 건강노화 목표 달성의 큰 장애물로 작용한다. 보건복지부 외에도, 국토교통부, 고용노동부, 교육부 등 다양한 부처가 노인 대상 사업을 담당하고 있으나, 부처 간 조정·통합은 미흡하며, 이로 인해 사업의 편중, 중복, 사각지대가 발생하고 있다. WHO 역시 건강노화는 단일 부처의 과제로 해결될 수 없음을 지적하며, 보건·복지뿐 아니라 노동, 교육, 교통, 주거 등 다양한 영역을 포괄하는 부문 간 거버넌스와 정부, 지자체, 시민사회가 함께 참여하

는 사회 전체의 접근을 핵심 전략으로 제시하고 있다 (WHO, 2020). 결국 건강노화 목표 달성을 위해서는 부처 간 칸막이를 넘어선 협력 구조를 구축하고, 예방과 역량 강화, 권리 보장, 노쇠 대응, 데이터 기반 정책을 아우르는 통합적 전략을 추진해야 한다.

본 연구는 국내 노인보건복지사업의 건강노화 지향성을 평가하는 데 기초적인 통찰을 제공하지만, 몇 가지 해석상의 제약이 존재한다. 우선, 사업별 충족도를 직접(1점)·간접(0.5점)으로 단순화한 평가는 상대적 경향성을 보여주는 데는 유용하지만, 점수 간의 차이가 실제 효과 크기나 정책적 기여의 크기를 선형적으로 반영하지는 않는다. 따라서 특정 영역의 평균 점수가 높다고 해서 곧바로 그 영역의 정책적 기여가 크다고 단정하기는 어렵다. 또한 본 연구는 중앙 정부 차원의 사업만을 분석 대상에 포함하였고, 실제 사업 이용자 규모나 지역적 분포를 반영하지 못한다. 이는 전반적인 경향성을 확인하는 데는 의미가 있으나, 정책의 실제 범위와 영향력을 충분히 설명하기에는 한계가 있다. 향후 연구에서는 지자체나 민간 영역에서 운영되는 다양한 노인 돌봄 및 복지 자원을 포함함으로써, 국가 차원과 지역·민간 차원이 함께 어우러진 전체 정책 생태계를 보다 포괄적으로 이해할 수 있을 것이다.

이러한 제약에도 불구하고, 본 연구는 국내 노인보건복지사업을 WHO 건강노화 실행 프레임워크라는 국제적 기준에 맞추어 체계적으로 평가한 최초의 시도 중 하나로서, 한국 노인정책의 강점과 취약점을 동시에 확인할 수 있었다. 특히 장기요양체계 구축과 서비스 접근성 강화에서의 상대적 강점, 측정·모니터링 및 제도적 기반에서의 취약성을 확인함으로써, 향후 정책 개선의 방향성을 구체적으로 제시한다는 점에서 학술적·정책적 의의를 가진다.

V. 결론

본 연구는 국내 노인보건복지사업을 WHO 건강노화 실행 프레임워크에 근거하여 체계적으로 분석한 결과, 국내 노인보건복지사업은 서비스 전달 측면에서 일정한 강점을 보였으나, 데이터와 모니터링 체계, 전문 인력, 예방 중심 전략과 같은 구조적 기반은 다소 취약한 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 향후 국내 노인정책이 단순한 서비스 제

공을 넘어, 기능 역량 유지와 권리 보장을 강화하며, 다부처 협력과 사회 전체의 참여를 바탕으로 한 통합적 전략으로 전환할 필요가 있음을 시사한다.

References

- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E., Mahanani, W. R., Thiagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The world report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, *387*(10033), 2145–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Belloni, G., & Cesari, M. (2019). Frailty and intrinsic capacity: Two distinct but related constructs. *Frontiers in Medicine*, *6*, Article 133. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00133>
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, *9*(2), 27–40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, *13*, Article 117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- Han, D. J., & Kim, S. Y. (2025). A comparative analysis of home care systems in South Korea, the United States, Australia, and Japan: From the perspective of respecting the elderly's right to self-determination. *Health and Social Welfare Review*, *45*(2), 282–306. <https://doi.org/10.15709/HSWR.2025.45.2.282>
- Han, E., Park, Y., Cho, Y., & Song, M. K. (2024). The current older adults and the baby boomers characteristics: The Korean Longitudinal Healthy Aging Cohort (KLHAC). *The Journal of Korean Long-Term Care*, *12*(2), 2–26. <https://doi.org/10.32928/TJLTC.12.2.1>
- Han, E. J., Park, Y. W., Song, M. K., Cho, Y. M., & Kwon, J. H. (2022). *Korean Healthy Ageing Cohort Study II* (Korean, authors' translation). National Health Insurance Service & Research Institute for Health Insurance.
- Institute of Medicine. (2008). *Retooling for an aging America: Building the health care workforce*. National Academies Press. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/12089/retooling-for-an-aging-america-building-the-health-care-workforce>
- Ito, K., Kawai, H., Tsuruta, H., & Obuchi, S. (2021). Predicting incidence of long-term care insurance certification in Japan with the Kihon Checklist for frailty

- screening tool: Analysis of local government survey data. *BMC Geriatrics*, 21, Article 22. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01968-z>
- Jang, J., Jung, H., Shin, J., & Kim, D. H. (2023). Assessment of frailty index at 66 years of age and association with age-related diseases, disability, and death over 10 years in Korea. *JAMA Network Open*, 6(3), Article e2248995. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.48995>
- Kang, E. N., Kim, H. S., Jung, C. W., Kim, S. J., Lee, S. H., Joo, B. H., Hwang, N. H., Kim, K. R., Lee, H. J., & Choi, K. D. (2023). *Survey of the living conditions of the elderly in 2023* (Research Report No. 2023-84) (Korean, authors' translation). Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kang, M., Kim, O. S., Hoogendijk, E. O., & Jung, H.-W. (2023). Trends in frailty prevalence among older adults in Korea: A nationwide study from 2008 to 2020. *Journal of Korean Medical Science*, 38(29), Article e157. <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e157>
- Ministry of Health and Welfare. (2017, September 18). *Announcement of the national responsibility policy for dementia* (Press release) (Korean, authors' translation). <https://www.mohw.go.kr>
- Ministry of Health and Welfare. (2023). *Korean Statistical Information Service (KOSIS) - National statistics portal* (Korean, authors' translation). Statistics Korea. <https://kosis.kr/index/index.do>
- Ministry of Health and Welfare. (2024a). *Development of exercise-care integrated health management system for older adults and mid-to-long term strategies* (Contract No. 252403061300).
- Ministry of Health and Welfare. (2024b). *2024 guide to health screening programs* (Korean, authors' translation). https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010000&bid=0046&act=view&list_no=1481676&tag=&cg_code=&list_depth=1
- Ministry of Health and Welfare. (2025). *2025 guide to health and welfare programs for older adults* (Korean, authors' translation). Ministry of Health and Welfare. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1484915&tag=&nPage=1
- Ministry of Health and Welfare & Korea Social Security Information Service. (n.d.). *Bokjiro*. Retrieved September 24, 2025, from <https://www.bokjiro.go.kr>
- Nari, F., Jang, B. N., Youn, H. M., Jeong, W., Jang, S. I., & Park, E. C. (2021). Frailty transitions and cognitive function among South Korean older adults. *Scientific Reports*, 11, Article 10658. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90125-6>
- National Assembly Research Service. (2022). *Medical-long-term care-social care linkage measures in response to a super-aged society: Long-term research report I* (Korean, authors' translation).
- Public Health England. (2015, August 17). *Screening for the over 65s*. Public Health England Screening Blog. Retrieved September 24, 2025, from <https://phescreening.blog.gov.uk/2015/08/17/screening-for-the-over-65s/>
- Research Institute for Healthcare Policy. (2023). *A study on the primary care-centered integrated medical and care system in preparation for a super-aged society* (Research Report No. 2022-18) (Korean, authors' translation).
- Statistics Korea. (2023). *Resident registration population statistics* (Korean, authors' translation).
- Won, J. W., Kim, H. S., Kim, Y. A., Ha, E. M., Kim, S. Y., & Yang, J. S. (2022). *Handbook on integrated care for older people (ICOPE): Focusing on guidelines of the World Health Organization* (Korean, authors' translation). National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency (NECA).
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- World Health Organization. (2017a). *Global strategy and action plan on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329960>
- World Health Organization. (2017b). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>
- World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- Yoon, J. R. (2007). *An extensive investigation on cost-effective ageing-related research system in Korea* (Research Report No. 2007-12) (Korean, authors' translation). Ministry of Health and Welfare.

<ul style="list-style-type: none"> ■ Eunhee Choi https://orcid.org/0009-0008-8424-7321 ■ Soong-nang Jang https://orcid.org/0000-0003-2621-945X

Appendix

〈Appendix 1〉 Four major domains, 48 detailed criteria of the WHO healthy ageing action framework, and coding rules for fulfillment

Domains	Criteria fully met (1 point)	Criteria partially met (0.5 point)
1. Aligning health systems to the needs of the older populations they now serve		
1-1. Ensure access to older-person centred and integrated care		
1-1-1. Services close to where older people live	Services directly provided at home	Services delivered through nearby community hubs (health centers, welfare centers)
1-1-2. Comprehensive assessment & care planning	Multidimensional comprehensive assessment (health, function, cognition, social/environmental factors) leading to care planning	Partial contribution through single-domain assessments (e.g., dementia test, hypertension check) or prevention/education counseling
1-1-3. Multidisciplinary teams	Mandated multidisciplinary team structure or actual care planning based on such teams	Based on interprofessional and interorganizational collaboration, with partial elements of multidisciplinary support
1-1-4. Self-management support	Main aim is to provide education, counseling, coaching, or monitoring for self-management	Self-management element present but secondary or limited to specific groups/diseases
1-1-5. Access & affordability of medicines, vaccines, technologies	Direct guarantee of access and financial support for medicines, vaccines, tests, surgeries, medical devices	Limited to specific groups (e.g., veterans) or indirect cost relief (e.g., admin fee waivers)
1-2. Orient systems around intrinsic capacity		
1-2-1. Information systems on intrinsic capacity	Structured evaluation, recording, and database collection of intrinsic capacity	Data collected but limited to specific diseases/groups
1-2-2. Performance monitoring & financing incentives	Performance-based financial incentive structure linked to the measurement of intrinsic capacity	Performance monitoring without direct linkage to financial incentives
1-2-3. Clinical guidelines on capacity trajectories	Guidelines/manuals based on trajectory evaluation of intrinsic capacity	Guidelines limited to single diseases or domains
1-3. Ensure a sustainable and appropriately trained health workforce		
1-3-1. Training on ageing for all health professionals	Specialized training/education on ageing or geriatric care	General training/education not specific to ageing
1-3-2. Core geriatric competencies in curricula	Geriatric core competencies mandated in curricula	Only continuing/professional education, not formal curricula
1-3-3. Geriatricians & units for complex cases	Mandated deployment of geriatricians or specialized units for complex cases	General medical staff deployment without explicit geriatric specialization
1-3-4. New cadres/expanded roles (care coordinators, counsellors)	Institutionalized creation of new roles (e.g., care coordinators, counselors, support workers)	New roles partially introduced but not fully institutionalized
2. Develop systems to provide long-term care		
2-1. Establish the foundations for a system of long-term care (LTC)		
2-1-1. Recognize LTC as a public good	Institutionalized as insurance/benefit system	Subsidy or project-level support only
2-1-2. Assign responsibility for system development	Clear responsibility by national bodies (e.g., MOHW, NHIS)	Support programs outside insurance framework
2-1-3. Equitable, sustainable financing	Institutionalized financing mechanism integrating insurance contributions, public funding, and out-of-pocket payments	Supplementary financial support for long-term care outside the formal insurance benefit scheme

Domains	Criteria fully met (1 point)	Criteria partially met (0.5 point)
2-1-4. Define government roles & services	Government-defined administrative role within the Long-Term Care Insurance system, accompanied by active development and inclusion of new service types	Partial governmental role focused on supplementary or targeted support, rather than core service delivery within the long-term care system
2-2. Ensure a sustainable and appropriately trained workforce for long-term care		
2-2-1. Better pay, conditions, career paths	Programs institutionalizing and improving wage levels, working conditions, and career pathways of the workforce within the Long-Term Care Insurance system	Programs not directly linked to long-term care insurance but targeting support and working-condition improvement for home- and community-based care workers
2-2-2. Flexible work/leave for family caregivers	Programs institutionalizing reduced working hours, paid leave, and caregiving leave for family caregivers of long-term care beneficiaries	Support for family caregivers delivered as cash or service assistance instead of formal leave or flexible work arrangements
2-2-3. Support via respite, training, information	Explicit inclusion of respite care, structured training, and caregiving information services for family caregivers of long-term care beneficiaries	Family caregiver support focused on burden relief or information sharing, without formally institutionalized respite or educational programs
2-2-4. Awareness of caregiving value	Inclusion of public awareness initiatives within the long-term care system promoting the value and dignity of both formal and informal caregivers	Indirect promotion of caregiving values through individual education or counseling processes
2-2-5. Community initiatives for caregiving	Institutional inclusion of roles enabling older adults to participate as caregivers or contributors within the Long-Term Care Insurance system	Community or volunteer participation programs for older adults fostering caregiving values outside the formal long-term care system
2-3. Ensure the quality of long-term care		
2-3-1. Care protocols/guidelines	Institutional provision and mandatory implementation of standardized care guidelines for long-term care beneficiaries to ensure service quality management	Care guidelines provided for specific conditions (e.g., dementia, diabetes, hypertension) without encompassing the broader core issues of long-term care
2-3-2. Accreditation of services & caregivers	Institutionalized certification or licensing system formally established and implemented for service providers and professional caregivers	Education, training, or administrative registration processes that serve partially as de facto certification mechanisms
2-3-3. Mechanisms for coordinating LTC and healthservices	Institutionalized coordination mechanisms integrating long-term care insurance with health care services	Partial or project-based collaboration between health care and social care without institutionalized, system-wide coordination mechanisms
2-3-4. Quality management focused on function	Quality management system emphasizing functional ability indicators (ADL, IADL, cognition) over service provision within the Long-Term Care Insurance framework	Administrative or facility-oriented quality management emphasizing regulatory compliance and documentation processes instead of functional ability-based outcomes
3. Ensure everyone can grow old in an age-friendly environment		
3-1. Combat ageism		
3-1-1. Campaigns on ageing	Programs formally incorporating public education or awareness campaigns on the ageing process	Indirect promotion of ageing awareness through positive perception campaigns or age-friendly community activities
3-1-2. Anti-discrimination legislation	Explicit legal or institutional provisions prohibiting age discrimination, with enforcement mechanisms in place	Sector-specific measures (e.g., employment, education, service access) mitigating age-related disadvantages, without a comprehensive anti-discrimination legal framework

Domains	Criteria fully met (1 point)	Criteria partially met (0.5 point)
3-1-3. Balanced media representation	Government- or publicly led campaigns directly managing or promoting media coverage to institutionally encourage balanced representations of ageing and older adults	Campaigns indirectly influencing media environments through positive ageing awareness initiatives rather than directly targeting media coverage
3-2. Enable autonomy		
3-2-1. Rights protection, awareness, redress	Programs incorporating official institutions, legal redress mechanisms, and human rights awareness initiatives to protect the rights of older adults	Programs enhancing the safety, autonomy, and dignity of older adults, indirectly contributing to the protection of their rights
3-2-2. Services to support functioning	Rehabilitation, cognitive training, exercise programs	Programs aimed at maintenance/prevention only
3-2-3. Advance care planning & supported decision making	Institutionalized ACP (advance directives, decision support)	Partial ACP/decision support via counseling, participation
3-2-4. Lifelong learning & growth opportunities	Programs providing formal lifelong education and learning opportunities for older adults (e.g., lifelong learning vouchers, senior education classes)	Programs providing personal growth opportunities through social participation, volunteering, or cultural activities rather than formal learning
3-3. Support healthy ageing in all policies at all levels of government		
3-3-1. Housing options, home modifications	Institutional inclusion of housing options (e.g., rental or public housing) or home modification and improvement support specifically for older adults	Housing stability programs for vulnerable populations that include older adults, indirectly addressing the housing needs of older adults
3-3-2. Poverty protection	Direct prevention of old-age poverty (income support, essential subsidies)	Indirect reduction via partial support or specific groups
3-3-3. Social participation & meaningful roles	Programs directly providing social participation and role opportunities for older adults	Programs not primarily aimed at participation but including or generating partial opportunities for older adults' engagement
3-3-4. Accessibility standards in buildings, transport, IT	Programs institutionally ensuring accessibility to the built environment, transportation, and ICT for older adults and vulnerable populations	Support not primarily aimed at accessibility but resulting in improved access for older adults and vulnerable populations
3-3-5. Town planning for safety & mobility	Urban planning or land-use policies and programs explicitly prioritizing the safety and mobility of older adults	Transportation or housing support programs contributing to the safety and mobility of older adults, without being part of urban planning frameworks
3-3-6. Age diversity & workplace inclusion	Policies or programs explicitly aimed at promoting and retaining older workers, eliminating workplace age discrimination, and fostering intergenerational employment models	Indirect promotion of workplace age diversity through employability and skill enhancement support for older adults
4. Improve measurement, monitoring, and understanding		
4-1. Agree on metrics, measures, and analytical approaches for healthy ageing		
4-1-1. Consensus on metrics, instruments, biomarkers	National-level initiatives aimed at establishing consensus and standardized measurement systems for the concept and indicators of healthy ageing	Programs not primarily aimed at measurement or consensus but institutionally collecting standardized indicators on older adults' health status
4-1-2. Consensus on assessing trajectories	Institutional initiatives or research efforts developing and establishing consensus on frameworks for interpreting and evaluating health indicators across the life course	Programs not primarily life-course oriented but incorporating age-disaggregated data collection and evaluation

Domains	Criteria fully met (1 point)	Criteria partially met (0.5 point)
4-1-3. Approaches for testing interventions	Research or programs developing and applying methodologies for clinical trials and intervention evaluation	Partial assessment embedded in programs
4-2. Improve understanding of the health status and needs of older populations		
4-2-1. Survey older people with age, sex, and social detail	National statistical or panel survey systems explicitly including older adults as a key target group, with institutional guarantees for disaggregated analyses by age, gender, and sociodemographic characteristics.	Administrative data collection and analysis within welfare or health service programs allowing demographic linkage of older adults' information
4-2-2. Regular population surveys	Institutionalized national systems conducting regular, government-led surveys on older adults	Programs not formally survey-based but periodically accumulating data on older adults through service delivery, functioning as de facto surveys
4-2-3. Map trends in capacity & function	Institutional systems periodically monitoring and assessing functional status of older adults (e.g., ICF domains, ADL/IADL, cognitive and physical functions)	Programs not directly tracking functional trajectories but partially collecting function-related data through disease management, health screening, or care processes
4-2-4. Indicators for continuous surveillance	Institutionalized national surveillance system	Periodic but not continuous tracking
4-3. Increase understanding of healthy ageing trajectories and what can be done to improve them		
4-3-1. Identify types & determinants of trajectories	National-level research programs analyzing trajectories and determinants of intrinsic and functional capacities among older adults	Programs not primarily designed for trajectory analysis but accumulating longitudinal data on older adults' function, capacity, and health status, enabling future trajectory research
4-3-2. Assess impact of health/LTC/environmental interventions	Research or programs evaluating the effects of specific health, long-term care, or environmental interventions on the functional or capacity trajectories of older adults	Programs not primarily designed for intervention-effect evaluation but generating data through interventions that can be utilized for trajectory assessment
4-3-3. Quantify economic contributions & service costs	Programs or studies formally estimating and evaluating the economic contributions of older adults or the costs of services they use	Programs not primarily aimed at cost estimation but generating administrative data enabling analysis of older adults' economic contributions or service utilization costs