

# 目 次

第1章 序 論 .....	7
第2章 現況 및 問題點 .....	8
第1節 老人의 健康狀態 및 醫療利用 實態 .....	8
1. 病弱한 老人人口의 增加 .....	8
2. 醫療利用 및 醫療費의 上昇 .....	11
3. 病床活用の 不適切 .....	14
4. 老人看病機能의 脆弱性 .....	16
第2節 우리나라의 老人保健·醫療政策의 現況 .....	17
1. 法的根據 .....	17
2. 老人保健·醫療事業現況 .....	17
第3章 老人保健·醫療對策 .....	19
第1節 政策의 基本方向 및 政策課題 .....	19
1. 病弱한 老人에 대한 對策 .....	19
2. 老人保健·醫療서비스의 內容 .....	20
3. 保健·醫療서비스의 供給主體 .....	25
4. 保健·醫療서비스의 費用負擔 .....	25
5. 專門人力의 養成 .....	28
第2節 老人保健·醫療制度의 運營 方案 .....	29
1. 健康增進事業 .....	29
2. 在家保健·醫療서비스 .....	33
3. 治療 및 療養事業 .....	41
4. 生活便宜서비스 .....	44

第4章 外國의 老人保健·醫療制度 .....	46
第1節 外國의 老人保健·醫療制度 .....	46
1. 豫防保健事業 .....	46
2. 在家保健·醫療서비스 .....	47
3. 療養施設 .....	49
4. 老人專門病院 .....	50
第2節 日本의 老人保健·醫療制度 .....	51
1. 健康增進事業 .....	53
2. 在家保健·醫療서비스 .....	56
3. 治療 및 長期療養事業 .....	65
第3節 美國의 老人保健·醫療制度 .....	69
1. 健康增進事業 .....	71
2. 在家保健·醫療서비스 .....	71
3. 治療 및 長期療養事業 .....	77
參 考 文 獻 .....	80

## 表目次

<表 1> 老人人口(65+)의 死亡原因 變化(1966~1993) .....	9
<表 2> 基本屬性別 慢性疾患 有病率(65+) .....	10
<表 3> 醫療保險加入者의 診療件數 .....	11
<表 4> 老人의 診療件當 診療日數 .....	12
<表 5> 醫療保險 給與費 中 老人人口 給與費의 比率 .....	13
<表 6> 老人 1人當 醫療費의 增加推移(1985年 對比) .....	14
<表 7> 老人 1人의 日當 醫療費(1993) .....	15
<表 8> 健康狀態 및 傳達方式別 保健·醫療·福祉서비스의 區分 .....	24
<表 9> 期間에 따른 老人醫療費의 本人負擔額의 差異 .....	27
<表 10> 老人의 年間 總入院日數(1993) .....	28
<表 11> 療養病院의 設置基準 .....	42
<表 12> 美國의 서비스 類型別 晝間保護施設 .....	77

## 圖目次

<圖 1> 老人의 機能障礙 實態 .....	11
<圖 2> 日本의 老人保健事業體系圖 .....	52

## 第 1 章 序 論

우리나라의 老人人口가 전체인구에서 차지하는 비율은 급속히 增加하고 있으며, 또한 老人人口의 絶對數도 증가하고 있다. 65세 이상 노인인구의 比는 1995년 5.7%이며, 2001년에는 7.0%로 증가하여 본격적인 老齡化社會에 도달할 전망이다. 그러나 이러한 平均壽命의 연장은 後期老人人口의 증가와 함께 건강하지 못한 老人의 수를 증가시키고 있다. 즉, 노인의 대부분이 慢性疾患을 앓고 있으며, 機能의 저하로 인하여 생활의 어려움을 겪고 있다. 그러나 이러한 노인의 질환에 적합하게 대응할 수 있는 保健·醫療체계의 미비로 인하여 노인들은 적절한 치료를 받지 못하면서도 높은 醫療費를 지불하고 있는 실정이다.

이러한 背景下에서 本 研究는 현재 노인의 건강실태 및 의료이용실태에 관한 자료를 제시하고, 노인의 질환에 적절하게 대응할 수 있는 豫防對策과 施設 및 在家療養體系 개발 방안을 제시하고자 하였다. 本 연구는 4章으로 구성되어 있다. 第2章에서는 현재 우리나라 老人의 健康狀態 및 醫療利用 實態와 老人保健·醫療政策의 現況을 정리하였다. 第3章에서는 노인을 위한 예방서비스 및 간병 위주의 재가보건·의료서비스와 장기요양시설의 운영방안을, 1節에서 政策의 基本方向 및 정책과제, 老人保健·醫療의 需要, 老人保健·醫療서비스의 內容, 保健·醫療서비스의 供給主體, 保健·醫療서비스의 費用負擔, 專門人力의 養成등을 서술하고, 2節에서는 각각의 老人保健·醫療서비스別 運營方案을 제시하였다. 第4章에서는 외국의 노인보건·의료제도를 정리하였다. 1節은 외국의 보건·의료제도를 豫防保健事業, 在家保健·醫療서비스, 療養施設, 老人專門病院의 순서로 요약하였다. 2절, 3절에서는 日本과 美國의 노인보건·의료체계의 현황을 健康管理事業, 在家保健·醫療서비스, 治療 및 長期療養施設의 주제별로 정리하였다.

## 第 2 章 現況 및 問題點

### 第 1 節 老人의 健康狀態 및 醫療利用 實態

#### 1. 病弱한 老人人口의 增加

##### 가. 老人人口의 增加

- 우리나라의 老人人口가 전체인구에서 차지하는 비율은 급속히 增加하고 있으며, 또한 老人人口의 絶對數도 增加하고 있음.<sup>1)</sup> 65세 이상 노인인구의 비는 1995년 5.7%이며, 2001년에는 7.0%로 增加하여 본격적인 老齡化社會에 도달할 전망임. 또한, 이후에도 老人人口의 비율은 지속적으로 增加하여 2020년에는 12.5%로 增加되며, 70세 이상의 老人도 7.8%를 차지하게 될 전망임(통계청, 1991.4).
- 平均壽命은 1970년 남자 59.8세, 여자 66.7세이던것이 1991년 각각 67.7세와 75.7세로 增加되었고, 2020년에는 각각 71.3세와 77.0세로 增加될 전망임. 그러나 이러한 平均壽命의 增加는 後期老人人口의 增加와 함께 健康하지 못한 老人의 수를 增加시키고 있음. 日本의 경우 平均수명이 1974년에서 1985년 사이에 남자는 71.3세에서 74.8세로, 여자는 76.3세에서 80.5세로 增加되었음에도 불구하고 有病年數와 침상와병연수가 增加되어, 오히려 無病平均壽命은 같은 기간에 남자는 62.7세에서 62.0세로, 여자는 65.8세에서 64.1세로 감소되었음.<sup>2)</sup>

---

1) 우리나라는 60세 이상 노인인구가 1991년에서 2020년 사이에 1.98배 增加될 전망이며, 이는 세계에서 16번째로 빠른 노인인구 增加율임. 세계에서 노인인구의 增加율이 빠른 나라는 Cote d'Ivoire, Venezuela, Indonesia, Jordan, Singapore의 순서임. 1991년에서 2020년 사이의 60세 이상 노인의 增加율은 Cote d'Ivoire 2.47배, Venezuela 2.46배, Indionesia 2.35배, Jordan 2.33배, Singapore 2.30배로 예측됨(US Department of Commerce, Economic and Statistics Administration, Bureau of the Census, *Global Aging*, 1991. 9).

2) 1974년 유병년수는 남자 8.5년, 여자 10.5년에서 1985년 남자 12.8년, 여자 16.4년으로

나. 老人의 健康狀態

1) 慢性退行性 疾患의 增加

- 노인인구의 主要死亡原因은 1960년대에는 호흡기계질환, 감염성 및 기생충성질환이었으나, 1980년 이후 高血壓, 腦卒中등 순환기계질환과 암등의 악성신생물같은 만성퇴행성질환으로 부각됨. 1993년 循環器疾患과 악성신생물에 의한 사망비율이 전체사인의 60.4%를 차지함.

<表 1> 老人人口(65+)의 死亡原因 變化(1966~1993)

연 도	(단위: %)			
	1966	1980	1984	1993
감염성 및 기생충성질환	14.6	2.4	3.0	2.7
악성신생물	5.9	10.4	7.8	22.2
내분비영양, 대사질환, 면역장애	0.1	1.2	0.9	4.6
혈액 및 조혈기질환	0.9	0.2	0.1	0.2
정신장애	-	0.7	0.3	1.0
신경계 및 감각기질환	1.6	0.6	0.3	1.3
순환기계질환	10.8	39.1	31.6	38.2
호흡기계질환	16.0	7.2	4.3	8.1
소화기계질환	7.0	7.7	4.8	5.7
비뇨생식기계질환	1.5	0.8	0.6	1.4
피부 및 피하조직질환	-	0.1	-	0.2
선천이상	-	-	-	-
주산기에 관련된 일정한 병태	-	-	-	-
근골격계·결합조직질환	-	0.4	0.4	1.3
증상징후·불명확한 변태	37.4	26.9	45.2	5.5
손상·중독	4.5	2.3	1.7	7.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0

註: 1) - : 0.1 이하 (임신, 분만, 산욕합병증 제외)

資料: 이가옥 외, 『老人福祉政策 開發을 위한 研究』, 1993: 통계청, 『사망원인 통계연보』, 1994.

증가됨. 침상와병년수는 1974년 남자 2.4년, 여자 3.1년에서 1985년 남자 2.8년, 여자 3.7년으로 증가됨(Atsuaki, Gunji, "Graying of the Populaiton and the Health Care System" Seminar on Population Aging, 1993 참조).

- 또한 1994년 65세 이상 노인의 86.8%가 관절통, 만성요통, 高血壓 등의 3개월이상 지속된 만성퇴행성 질환을 앓고 있으며, 年齡別 有病率은 65~69세 86.3%, 70~74세 84.7%, 75세 이상 89.7%로 연령의 증가되면서 慢性疾患 有病率도 높아짐. 또한, 74.6%는 만성질환으로 인하여 일상생활에 지장을 받고 있는 것으로 나타남(이가옥외, 1994).

<表 2> 基本屬性別 慢性疾患 有病率(65<sup>+</sup>)<sup>1)</sup>

(단위: %)

	전체	65-69	70-74	75-79	80 <sup>+</sup>
전국	86.8	86.3	84.7	89.9	89.3
지역					
시부	85.0	84.4	82.4	89.5	87.4
군부	89.2	88.9	87.8	90.5	91.4
성					
남	78.1	78.8	74.4	80.8	83.1
여	92.3	91.9	91.6	94.6	91.8

註: N=1,371명

資料: 이가옥 외, 『老人生活實態分析 및 政策課題』, 1994, p.450.

## 2) 老人의 機能障礙

- 우리나라에는 65세 이상 노인의 51.9%가 日常生活遂行에 도움을 필요로 하고 있음. 즉, 18.4%의 노인은 日常生活遂行에는 어려움이 없으나, 집안일하기, 시장보기 등 주변의 일, 즉 手段的 日常生活遂行(IADL)에 어려움을 겪고 있음. 또한, 33.5%의 노인은 手段的 日常生活遂行을 행하는데 지장이 있을 뿐만 아니라 식사하기, 옷입기, 앉기 등 日常生活遂行(ADL)에 제한을 받고 있음. 특히, 5.6%의 노인은 일상생활 수행을 전혀할 수 없는 노인으로 나타남.

독립적인 생활 가능 노인 48.1%	IADL 제한 노인 51.9%		
	ADL 제한 노인 33.5%		
	1~3개 제한 21.7%	4~5개 제한 6.2%	6개 제한 5.6%

註: N=1,371명  
 資料: 이가옥 외, 『老人生活實態分析 및 政策課題』, 1994.

<圖 1> 老人의 機能障礙 實態

2. 醫療利用 및 醫療費의 上昇

가. 醫療利用量의 增加

- 65세 이상 노인의 診療件數가 전체인구의 診療件數에서 차지하는 비율이 증가함. 즉, 職場醫療保險은 1985년 2.6%에서 1990년 4.8%, 1993년 6.5%로 지속적으로 증가함. 같은 기간 公·敎醫療保險은 7.4%에서 9.0%로, 地域醫療保險은 4.9%에서 5.8%로 증가됨.

<表 3> 醫療保險加入者의 診療件數

	1985	1990	1993
(단위: 천건, %)			
직장의료보험			
전연령	34,223	54,855	63,536
60 <sup>+</sup> 구성비	1,649(4.8)	4,498 (8.2)	6,848(10.8)
65 <sup>+</sup> 구성비	890(2.6)	2,644 (4.8)	4,113 (6.5)
공·교의료보험			
전연령	-	16,633	19,170
60 <sup>+</sup> 구성비	-	1,950(11.7)	2,711(14.1)
65 <sup>+</sup> 구성비	-	1,224 (7.4)	1,721 (9.0)
지역의료보험			
전연령	-	54,188	72,685
60 <sup>+</sup> 구성비	-	4,244 (7.8)	6,757 (9.3)
65 <sup>+</sup> 구성비	-	2,629 (4.9)	4,223 (5.8)

註: 1) ( )안은 전체 인구에 대한 비율임.  
 2) 구성비: 60<sup>+</sup>(65<sup>+</sup>) 인구의 진료건수/전체인구의 진료건수×100.0  
 資料: 의료보험조합연합회, 『의료보험통계연보』, 1985, 1990, 1993.



- 노인의 각 診療件當 診療日數도 전체인구에 비하여 길게 나타남. 즉, 전체 인구의 件當診療日數가 직장의료보험의 경우 1993년 5.3일인데 비하여 65세 이상의 노인은 8.5일이며, 公·敎醫療保險은 5.6일과 8.7일, 지역의료보험은 5.3일과 8.4일임.

&lt;表 4&gt; 老人의 診療件當 診療日數

(단위: 일)

	1985	1990	1993
직장의료보험			
전연령	4.5	4.8	5.3
60 <sup>+</sup> 구성비	7.5	8.2	8.7
65 <sup>+</sup> 구성비	7.5	8.0	8.5
공·교의료보험			
전연령	4.9	5.2	5.6
60 <sup>+</sup> 구성비	7.4	7.9	8.6
65 <sup>+</sup> 구성비	7.3	7.9	8.7
지역의료보험			
전연령	-	4.9	5.3
60 <sup>+</sup> 구성비	-	7.4	8.3
65 <sup>+</sup> 구성비	-	7.4	8.4

註: 1) 요양기관으로 지정된 의료기관에서의 방문진료 및 입원일수와 투약기간을 포함함.

2) 건당 진료일수 = (총진료일수/총진료건수)

3) 전국민의료보험 실시 전의 직종·임의보험은 분석대상에서 제외됨.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1985, 1990, 1993.

이가옥, 『老人福祉政策 開發을 위한 研究』, 表 3-V-31, p.114 재구성

#### 나. 醫療費의 增加

- 65세 이상 노인인구의 給與費가 전체의료보험 給與費에서 차지하는 비율은 직장의료보험의 경우 1985년 4.8%에서 1993년 10.5%로 급속히 증가됨. 公·敎醫療保險도 같은 기간 12.5%에서 14.5%로 증가됨(1993년 전체의료보험가입자 중 65세 이상 노인의 의료보험자의 비율은 직장의료보험 5.1%, 공·교 의료보험 8.2%, 지역의료보험 4.8%임).

<表 5> 醫療保險 給與費 中 老人人口 給與費의 比率

(단위: %)

	1985	1990	1993
직장의료보험	100.0	100.0	100.0
60 <sup>+</sup>	8.9	14.1	17.0
65 <sup>+</sup>	4.8	8.5	10.5
공·교의료보험	100.0	100.0	100.0
60 <sup>+</sup>	12.3	19.3	22.1
65 <sup>+</sup>	7.5	12.5	14.5
지역의료보험	-	100.0	100.0
60 <sup>+</sup>	-	12.2	14.3
65 <sup>+</sup>	-	7.6	9.1

註: 전국민의료보험 실시 전의 직종·임의보험은 분석대상에서 제외됨.  
 資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1985, 1990, 1993  
 이가옥, 『老人福祉政策 開發을 위한 研究』, 表 3-V-27, p.111 재구성

- 노인인구 1人當 醫療費도 전체 연령층보다 빠른 속도로 증가하고 있으며, 연령이 증가할수록 그 증가폭이 크게 나타남. 1985년에서 1993년 사이에 직장의료보험에서 65세 이상 노인인구의 의료비 증가비율은 298.2%로 전체인구의 의료비 증가비율인 214.2% 보다 높음. 公·敎醫療保險의 경우 전체인구와 65세 이상 노인인구의 의료비 증가비율은 각각 217.0%와 325.2%이며, 지역의료보험은 363.7%와 406.9%임.

<表 6> 老人 1人當 醫療費의<sup>1)</sup> 增加推移(1985年 對比)

(단위: 원, %)

	1985 <sup>1)</sup>	1990	1993
직장의료보험			
전연령	47,752 (100.0)	75,336 (157.8)	102,265 (214.2)
60 <sup>+</sup>	72,458 (100.0)	138,594 (191.3)	209,597 (289.3)
65 <sup>+</sup>	70,957 (100.0)	135,774 (191.3)	211,589 (298.2)
공·교의료보험			
전연령	52,410 (100.0)	84,095 (160.5)	113,718 (217.0)
60 <sup>+</sup>	67,987 (100.0)	136,634 (201.0)	210,444 (309.5)
65 <sup>+</sup>	62,613 (100.0)	128,994 (206.0)	203,644 (325.2)
지역의료보험			
전연령	27,229 (100.0)	67,739 (248.8)	99,038 (363.7)
60 <sup>+</sup>	49,178 (100.0)	115,677 (235.2)	192,491 (391.4)
65 <sup>+</sup>	46,052 (100.0)	108,584 (235.8)	187,378 (406.9)

註: 1) 지역의료보험은 1989년도 자료임.

2) 1인당 의료비 = (총의료비/의료보험적용인구). 의료비는 급여비와 본인부담액을 합한 총진료비를 기준으로 함.

3) 전국민의료보험 실시 전의 직종·의료보험은 분석대상에서 제외됨.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1985, 1990, 1993.

이가옥 외, 『老人福祉政策 開發을 위한 研究』, 1993, 表 3-V-28, p.112 재구성

### 3. 病床活用の 不適切

#### 가. 老人醫療費의 構造

- 이러한 老人醫療費의 增加는 노인에 대한 의료서비스가 高價의 의료기술 및 약제를 요구하는 質的인 요인보다는 노인인구의 증가와 의료보험의 범위의 전면확대에 의한 量的인 요인이 더 크게 작용하는 것으로 나타남.<sup>3)</sup>

3) 의료비의 증가요인을 비용인상측면과 초과수요측면으로 나누어 볼 때 의료비의 비용인상은 의사 또는 환자의 과도한 요구에 의한 서비스양 및 투입요소의 상승 등으로 단위수가의 인상, 서비스양과 강도 증가, 새로운 의학기술의 적용, 신규고가약제의 사용 등의 질적인 면을 의미함. 초과수요측면은 교육과 소득수준의 증가, 의료보험의 전

- 農·漁村地域 醫療保險이 실시된 1988년도의 적용인구 전체의 受診率은 2.41%이고, 65세 이상 노인의 수진율은 2.35%로 전체인구 수진율이 노인의 수진율보다 높으나, 1989년 전국민 醫療보험 실시후 부터 전체 인구의 수진율에 비하여 노인인구의 수진율이 높아지기 시작하여 1993년의 경우 전체 3.68%, 노인 4.51%로 老人의 受診率이 전체인구의 受診率의 1.2 배로 높게 나타남(장병원, 1995).
- 1993년 노인 1인의 1일당 診療費는 외래인 경우 전체 3,465원, 65세 이상 2,834원으로 오히려 전체인구집단에 비하여 낮고, 입원의 경우도 전체 38,696원, 65세 이상 40,884원으로 그 차이가 미미하게 나타남. 따라서 노인 1인당 의료비의 急增現狀은 노인의 醫療利用構造가 高價의 치료를 요하는 진료보다는 투약 등 비교적 단순한 치료 및 간호를 요구하지만, 건당 진료일수가 길기 때문에 나타나는 醫療構造를 반영하는 것임.

<表 7> 老人 1인의 日當 醫療費(1993)

(단위: 원)

연 령	외 래	입 원
전 체	3,465	38,696
60 <sup>+</sup>	2,894	41,343
65 <sup>+</sup>	2,834	40,884
70 <sup>+</sup>	2,780	40,468

註: 1인당 일당의료비=(총진료비/총진료일수/의료보험적용인구)

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1993.

나. 病床活用の 非適切性 및 老人保健·醫療設施의 不在

- 노인인구의 질환구조는 주로 만성·퇴행성·쇠약성 질환으로, 長期的 保護와 看護를 필요로 하고 있음. 그러나 병원 이외의 代替서비스의 부재로 노인 인구의 불필요한 病院長期入院에 따라 노인의료비의 증대를 야기시키고 있음.

면 실시, 노령인구증가 또는 공급자인 의사수 및 의료기관의 증가에 따른 양적인 증가를 의미함(유승훈 역, 『의료경제학』, 기린원, 1990).

- 의료보험의 자료를 활용하여 추계한 결과 總 病床의 약 10.1%가 65세 이상 노인에 의하여 占有되고 있음(의료보험연합회, 1993).
- 우리나라 대도시지역 종합병원의 平均入院日數는 13.2일로 미국의 종합병원의 평균 입원일수인 7일보다 긴 편으로 입원일수를 줄일수 있는 여지를 보여줌. 이는 현재 우리나라 병원 입원환자의 약 18%는 早期退院 또는 家庭看護로 전환이 가능하다는 연구에서도 나타나고 있음(유호신, 1994)

#### 4. 老人看病機能의 脆弱性

- 노인들의 扶養 욕구는 증가하는 반면에 핵가족화와 여성인구의 사회참여의 증가로 인하여 家族扶養이 弱化되어 노인간병기능이 취약함. 따라서 家族扶養을 지원하거나 대체할 간병인력의 확보와 간병비용의 보조 등의 社會扶養對策이 필요함.
- 子女別居家口(老人獨身家口 및 老人夫婦家口)가 60세 이상 노인가구에서 차지하는 비율은 1988년 22.9%에서 1994년 38.5%로 크게 증가함(이가옥 외, 1994). 女性의 經濟活動參加率은 1985년 40.7%, 1990년 47.0%, 1993년 47.2%로 지속적인 증가를 보임(통계청, 1993).
- 1994년 의료보험을 이용한 65세 이상 노인의 總 入院日數는 3,646,793일 이었음. 1일 看病費를 3만원으로 계산하면 약 1천 94억원이 소요된 것으로 추정됨(의료보험연합회, 1994). 이러한 비용은 현재 가족·친지등의 노동력의 제공 또는 私的인 비용부담의 형태로 지불되고 있음. 在家老人의 간병비를 감안하면 이 비용은 더욱 높을 것으로 예상됨.

## 第 2 節 우리나라의 老人保健·醫療政策의 現況

### 1. 法的根據

- 노인의 건강 및 생활 안정을 목적으로 1981년 6월 5일 老人福祉法이 제정되었고, 1989년과 1993년 두번 개정되었음. 이 법을 근거로 소득보장, 건강검진, 노인주거 및 療養施設, 재가복지서비스, 경로우대 등 노인 복지와 보건·의료정책을 추진 하고 있음.

### 2. 老人保健·醫療事業現況

#### 가. 健康檢診事業

- 저소득층 노인을 대상으로 2년에 1회 無料健康檢診을 실시하고 있음. 1994년 151천명을 대상으로 실시하였으며, 소요비용은 1,066,908천원 이었음(보건복지부, 1995). 또한 직장, 공·교, 지역의료보험에서는 40세 이상의 醫療保險加入者와 被扶養者에 대한 건강검진을 매2년 단위로 무료로 실시함.

#### 나. 在家保健·醫療事業

- 在家老人醫療서비스의 일환으로 家庭看護事業을 실시하고 있음(1994~1995년 2년간 시범사업 실시 후 1996년 부터 보건소 중심의 家庭看護事業 실시 예정임).
- 韓國老人福祉會 등 23개소에서 가정봉사원 파견사업을 실시하고 있음. 국고, 지방비와 사회복지기금에서 개소당 년 45백만원을 보조함. 老人晝間保護事業所가 9개소가 있으며, 개소당 년 41백만원을 국고, 지방비와 사회복지기금에서 보조함. 老人短期保護事業所 6개소가 있으며, 국고, 지방비, 사회복지기금에서 보조함(보건복지부, 1995.6).
- 이외에도 현재 정부 또는 지방자치단체의 지원을 받는 社會福祉館이 241개소가 있으며, 이들의 사업대상자의 약 50%는 노인임(조남범, 1995).

## 다. 治療 및 療養事業

- 치료 및 간호의 기능을 갖춘 療養施設은 1995년 50개소이며, 입소정원 4,012명 중 실제 입소인원 2,818명으로 현재 입소율 70.24%임(보건복지부·노인복지과, 1995.). 치매전문시설은 1995년 12월까지 6개소를 개설할 예정임(보건복지부, 1995.6.).
- 일부 종합병원(연세대학교 의대 영동세브란스 노인병센터 등 종합병원 부설 노인병센터 2개)과 社會福祉法人(인천은혜병원 등 6개), 社團法人(경로의원 등 3개) 등에서 총 11개의 老人病院을 운영하고 있음(장병원, 1994; 내외경제 1995. 5. 9).

## 第 3 章 老人保健·醫療對策

### 第 1 節 政策의 基本方向 및 政策課題

- 노인이 되기 이전부터 健康增進事業을 실시하여 노후의 건강증진을 도모함. 또한 만성질환 중심의 老人專門醫療體系를 구축하여 노인의 건강상태 및 가족의 부양상태에 따라 다양한 서비스를 이용할 수 있도록 하여 老人醫療費의 增加抑制 方案을 모색함.
- 보건교육, 건강상담, 건강검진을 통한 환자의 조기발견을 통하여 疾病의 豫防을 도모하고, 병약자에 대한 지속적인 관리를 통하여 질병의 惡化防止를 도모함.
- 地域社會 중심의 生活便宜서비스, 진료 및 간호사업을 실시함으로써 노인의 정서적 안정의 도모 및 시설에 투자되는 사회적 비용을 절감함.
- 간호와 요양 중심의 老人專門療養施設 및 노인전문병원을 개발하여 노인의 질병상태에 따라 이용할 수 있도록 함.

#### 1. 病弱한 老人에 대한 對策

- 우리나라의 舉動不便老人(ADL에 제한이 있는 노인)은 65세 이상 노인의 33.5%임. 이러한 機能障礙老人의 보건·의료수요에 대한 대책은 노인의 건강상태와 가족구성, 경제상태에 따라 구별하여 세워야 함. 그러나 병원이나 시설 수용보다는 在家保健·醫療서비스 위주로 운영하여야 함.
- 미국의 경우는 전체 노인 중 5.6%가 요양 및 양호시설에 수용되어 있고, 4.5%가 자택에서 재가보건·의료서비스와 生活便宜서비스를 제공 받고있으며, 11.6%는 자택에서 자립적인 생활을 하면서 필요한 보건·의료서비스를 제공받고 있음. 즉, 고령자 약 2,800만명 중 경증 이상의 舉動不便 노인으



로 長期療養 및 治療를 필요로 하는 자는 600만명(고령자의 21.4%)이며, 이들 중 노인요양 및 양로시설 입주자는 150만명(25%)이고, 재가서비스를 필요로 하는 자는 450만명(75%)임. 후자는 看護 및 수발대상자 100~150만명(17~25%)과 自立生活者 300~350만명(50~58%)으로 구성됨(Kevin Namazi, 1988; 문옥륜, 1995.4에서 재인용).

- 그러나 舉動不便 정도가 심한 노인(모든 ADL에 제한이 있는 노인)으로 우리나라의 경우 전체노인의 4.2%임)에 대한 서비스는 재가보건·의료서비스 보다는 施設 위주의 서비스를 제공하여야 함.
- 일본의 경우 舉動不便老人(65세 이상으로 거동불편시간이 6개월 이상인자)을 1995년 약 85만명 정도(65세 이상 노인의 약 4.6%)로 推定하고 이들의 재가서비스와 시설서비스의 수요를 病院 12.5%, 老人保健施設 28%, 特別 養護老人홈 24%, 在家서비스 35.5%로 추산함(의료보험연합회, 1994).

## 2. 老人保健·醫療서비스의 內容

### 가. 健康增進事業

- 慢性疾患은 올바른 生活習慣의 維持만으로도 有病率 자체를 줄일 수 있는 질환이며, 따라서 慢性疾患의 有病率을 감소시키기 위하여 노인이 되기 이전의 청·장년기부터 保健教育을 실시하는 것이 필요함. 또한 慢性疾患의 早期發見 및 治療를 위하여 定期的 健康檢診事業을 실시할 필요성이 큼.
- 예방행위는 질병의 有病率을 감소시키며, 早期死亡을 예방함: 적당한 운동, 금연, 적당한 체중의 유지, 節酒, 7~8시간의 수면습관, 아침식사, 간식을 전혀 하지 않거나 거의 않하는 경우등 건강한 생활습관을 유지하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비하여 早期死亡의 위험이 적은 것으로 나타남.<sup>4)</sup>

---

4) 위의 7가지 생활습관 중 0-3가지의 생활습관을 유지하는 45세의 남자의 평균 21.6년의 기대여명을 가지는데 비하여 6-7가지의 건강습관을 가지는 경우는 33.1년의 평균기대여명을 보임(Belloc, N. B. "Relationship of Health Practices to Mortality," *Preventive Medicine*, Vol 2. 1973.). 또한 금연, 적당한 운동, 절주, 적당체중 유지,

- 豫防行爲는 의료비 절감효과를 유도함: 1986년 의료보험관리공단의 건강진단 자료를 이용하여 健康診斷 事業의 비용과 이익을 추정한 결과 건강진단 사업비용에 비하여 건강증진의 효과가 4~10배 정도 있는 것으로 나타남 (유승홍 1988).<sup>5)</sup> 또한 미국의 경우도 다단계건강검진에 대한 費用~便益 분석을 한 결과 남자 1인당 純經濟效果는 건강검진자가 비교집단에 비하여 11년간 총 2,152\$가 절감되는 것으로 추정됨(Dales et al.,1979).<sup>6)</sup>
- 우리 나라 사람들의 健康生活 習慣은 선진제국에 비하여 나쁜편으로, 올바른 건강습관을 유도하기 위한 보건교육이 필요함. 즉, 우리나라 성인 남자의 吸煙率은 68.9% (1992)로 미국 30%(1987), 스웨덴 26%(1986)의 2배 이상이며, 호주 27%(1991)에 비하여도 현저하게 높고 일본의 흡연율인 60.5%(1990)보다도 높음. 우리나라 성인 남자의 飲酒率은 74.6%(1992)로 미국의 72%(1990) 보다 높음. 또한, 성인의 알콜남용/의존의 平生有病率은 21.8%(1985)임(이정균외 1985). 자신이 인식하고 있는 체중분포는 과소체중이 15.7%, 과다체중이 24.8%이며, 불규칙한 식사습관을 가진 비율이 32.7%, 아침식사 결식률이 24%이며, 성인의 運動實踐率은 24%로 미국의 41%와 캐나다의 47%보다 낮음.
- 40세 이상을 대상으로 健康增進事業을 실시하며,<sup>7)</sup> 현재의 주무부서인 보건복지부 보건정책과와 협의하여 추진함.

---

7-8시간의 수면유지 등 5가지의 건강생활 실천 중 3가지 이하를 실천하는 남자는 4-5가지를 실천하는 남자에 비하여 사망위험률이 2.8배, 여자는 3.2배로 나타남(Berkman, L. F. & Breslow, F. *Health and Ways of Living: The Alameda County Study*, New York:Oxford University Press, 1983).

- 5) 건강진단 비용이 직접비용으로, 건강진단을 받기 위하여 소요된 교통비용과 시간비용 등이 간접비용으로, 진료절감 편익, 건강진단 편익, 생명연장 편익, 외부효과 편익, 정신적 편익을 便益으로 분류함.
- 6) 매년 다단계 예방검진(Multiphasic Health Checkup)을 실시한 35-45세 사이의 5,000명의 Kaiser Foundation Health Plan의 회원들을 대상으로 한 편익분석의 결과임. 편익으로는 사망율의 감소, 유병 및 장애율의 감소, 병의원 내원률의 감소에 따른 소득감소 방지 또는 병원비 지출 방지를 추정하고, 비용은 검사비, 검사에 따른 시간 소요비, 사후관리를 위한 예방방문비용을 계산하였음.
- 7) 국민건강증진법에 의거 국민건강증진사업 즉, 보건교육, 질병예방, 영양개선, 건강생활의 실천등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업을 하도록 되어있음.

- 노인이 되기 이전의 청·장년시기 부터 보건교육, 건강상담 등의 豫防事業을 실시하는 것이 바람직하며, 건강수첩의 교부를 통한 要保護者의 조기발견 및 지속적인 관리 체계의 정비가 필요함.
- 현재 실시되고 있는 건강검진 사업의 內實化를 기하여야 함. 의료보험에 의한 건강검진 대상자가 아닌 생활보호자에 대한 건강검진의 실시가 필요함. 또한 건강검진항목에 위암, 유방암 등의 사망률및 유병률이 높은 암 검사항목을 추가하여야 함. 또한 건강진단의 결과를 해당자가 거주하는 지역의 保健所, 家族主治醫 등에 보내어 건강진단의 결과가 치료에 連繫되도록 하고 이에 대한 지속적인 관찰이 이루어져야함.
- 보건(지)소, 보건진료소의 가족보건계, 모자보건계에서 실시하고 있는 가족 계획, 모자보건, 결핵관리, 성인병관리 등을 健康增進事業으로 統合 실시하고, 사업장의 보건교육사업 및 건강검진사업을 활용함.<sup>8)</sup> 보건복지부 산하 民間非營利團體에서 이루어지고 있는 건강증진사업을 효율적으로 관리하는 방안이 필요함. 장기적으로는 保健所에 老人福祉係를 두는 등 보건소를 노인보건·의료 1차진료기관으로 활용하여야 함.

#### 나. 在家 保健·醫療서비스의 提供

- 신체적이나 정신적으로 건전한 노인들이 친숙한 地域社會環境에 계속 머물면서 노인들의 가족·이웃, 地域社會와 連繫를 맺도록 하여 노인들의 情緒의 安定을 도모함. 費用면에서도 시설이나 병원에서의 치료보다 저렴함.
- 家庭看護는 병원입원이나 療養施設에 비하여 비용이 50% 이상 절감됨. 일본에서는 월 평균치료비(의료, 생활, 간호비)가 병원 40만엔, 시설 22만엔. 家庭看護 21만엔으로 家庭看護가 병원 입원에 비하여 50% 정도 저렴함. 스웨덴의 경우도 1일 병원이용비용이 1,000Krone인데 비하여 家庭看護는 250Krone에 불과함. 미국도 병원의 1일 평균치료비가 350\$인데 비하여

---

8) 산업안전보건법에 따라 사업장별 보건교육, 건강상담 및 사업자 부담의 건강검진 실시 사업을 실시함.

가정간호에 드는 비용은 39\$로 병원 입원비의 약 10%에 불과함. 또한 원주 기독교 병원의 경우도 가정방문간호가 입원치료에 비하여 비용이 적게 드는 것으로 나타남(이규식의, 1989).

- 건강과 관련된 제반 활동의 문제를 가진 노인들을 그들의 가정에 머물게 하면서 의료, 간호, 재활서비스 및 목욕, 요리, 쇼핑, 청소등 일상생활편의서비스를 제공하는 것으로 家庭看護師制度, 家庭奉仕員制度, 재가서비스지원센터, 일상생활보조용구급여소, 주·야간보호시설, 短期保護施設 등이 있음.
- 老人保健·醫療 相談電話 및 재가서비스지원센터를 설치하여 전반적인 재가서비스에 대한 정보의 제공 및 재가서비스간의 連繫 역할을 하도록 함. 또한 노인들에게 필요한 日常生活補助用具의 대여사업, 조기퇴원한 노인이나 臥床중인 노인의 치료 및 간호를 위한 家庭看護事業, 가사 및 일상생활의 보조와 간단한 의료보조행위를 위한 健康管理家庭奉仕員제도의 도입이 필요함. 또한 가족의 부양부담을 경감시키기 위한 제도로서 의료의 기능이 강화된 晝·夜間保護 및 短期保護所의 운영이 필요함.
- 保健所(보건복지사무소)를 건강증진사업 및 노인재가보건·의료사업의 중심 시설로 활용함. 生活保護對象者에 대한 서비스는 무료로 제공하며, 장기적으로는 의료보험과 의료보호에 의한 급여방안을 모색하여야 함.

#### 다. 中間施設 및 老人專門病院의 設置

- 노인성질환은 대부분이 만성질환으로 長期間의 간호나 재활처치를 필요로 함. 또한 노인들은 복합적인 질환을 가지고 있는 경우가 많으므로 노인들의 질환에 綜合的으로 대응할 수 있는 노인전문병원이 필요함. 또한, 병후 회복기에 있는 노인과 中風, 치매등 장기간의 간병이 필요한 노인 등을 위한 의료기능이 강화된 專門療養施設의 설립이 필요함.
- 노인전문병원은 일반병원에 비하여 전문인력 및 시설기준이 완화되어야 하며 간병기능을 강화하여 운영하여야 함. 專門療養施設은 현행 療養施設보다 의료서비스를 강화하여야 함. 또한 이러한 각 시설 및 老人病院에서 방문간호, 가정봉사원, 晝間保護, 단기보호 등의 서비스를 직접 제공하거나 連繫하여 운영하도록 함.

라. 生活便宜서비스의 提供

- 보건·의료서비스 외에도 노인들에게 다양한 生活便宜서비스를 제공하므로써, 노인들을 자신의 집 또는 地域社會에 거주할 수 있도록 지원하여주는 대책이 필요함. 특히 저소득층의 단독가구노인 및 부부노인가구에게는 結緣事業, 友愛訪問, 定期點檢電話, 緊急通報시스템의 활용 및 식사제공 등을 통하여 그들이 시설에 수용되는 시기를 늦출수 있음.

<表 8> 健康狀態 및 傳達方式別 保健·醫療·福祉서비스의 區分

구 분	서비스 내용	건강상태			서비스전달방식		
		건강	기능장애	질병	재가서비스		수용시설
					가정배달	이용시설	
보 건 의 료 서비스	예 방	건강진단	●	●			●
		건강상담	●	●	●	●	●
		건강교육	●	●		●	●
		기능훈련		●	●	●	●
		방문지도		●	●	●	●
	의 료 요 양	방문간호			●	●	
		의료 주·야간보호			●		●
		의료 단기보호			●		●
		장기요양			●		●
		전문병원			●		●
		보건·의료상담전화	●	●	●	●	
		재가서비스지원센터		●	●		●
		가정봉사원		●	●	●	
		일상생활보조용구급여		●	●		●
생활편의 서비스	우애방문·결연사업		●		●		
	정기점검전화		●		●		
	긴급통보시스템		●	●	●		
	식사제공		●	●	●	●	

### 3. 保健·醫療서비스의 供給主體

- 보건·의료서비스는 노령인구에게는 필수적인 서비스이므로 公共의 역할이 강조됨. 그러므로 노인보건·의료사업은 공공이 직접 또는 民間非營利團體에 비용을 지원하여 운영하도록 하는 등 공공부문의 적극적인 개입이 필요함. 또한 質 높은 서비스를 원하는 노인들을 위하여 民間營利業體의 참여를 유도하여야 함. 그러나 각 보건·의료기관의 운영의 적절성 및 入·退所의 적정성여부를 판정하는 기준의 연구 및 판정을 하는 審議會의 운영이 필요함.
- 中央政府는 노인보건·의료체계의 정비, 필요인력의 기준 제시, 비용의 보조 등 지원역할을 하고, 地方自治團體는 그 지역의 특성에 맞는 노인보건·의료서비스 프로그램의 개발, 지역단위 계획의 수립 및 노인보건·의료사업의 운영등을 책임지고 실질적으로 각 지방자치단체의 책임하에 老人保健·醫療制度가 운영되어야 함.
- 예방사업은 40세 이상의 성인 전부를, 保健·醫療相談電話 및 재가서비스지원센터는 60세 이상의 노인 및 그 가족을 대상으로 중앙정부와 지방자치단체에서 운영을 함. 保健所를 예방사업과 재가서비스 지원센터로 활용함. 보건·의료상담전화는 廣域市와 道 단위로 운영함.
- 의료·요양사업, 가정봉사원사업, 일상생활보조용구제공사업은 地方自治團體에서 생활보호대상자와 저소득층을 대상으로 한 시설을 직접 또는 민간에 委託하여 운영함.
- 生活便宜서비스는 생활보호대상자와 저소득층을 위하여 지방자치단체에서 민간비영리단체, 자선단체에 위탁하여 운영하며, 자원봉사자를 활용하여 운영함.

### 4. 保健·醫療서비스의 費用負擔

- 건강검진을 포함한 健康增進事業은 국고, 지방비 및 健康增進基金, 의료보험을 사용하여 모든 대상자에게 무료로 제공되어야 함. 단계적으로 무료이용대상의 연령을 하향 조정하여 40세 이상의 성인 모두에게 무료로 제공함.

- 노인전문병원, 전문요양시설, 가정방문간호사업소를 醫療保險 療養機關으로 정하여 의료보험 또는 의료보호에 의한 의료 및 간호서비스를 제공받을 수 있도록 하여야 함. 設立主體를 保險者로 하여 보험자가 직접 노인보건·의료시설을 설립 운영하는 방안에 대한 검토가 필요함(의료보험법 제27조제2항, 공·교의료보험법 제26조에 근거함).
- 가정방문간호사업 이외의 재가보건·의료사업, 노인일반요양시설의 이용료는 생활보호대상자에게는 무료로, 일반인은 소득에 따른 差等適用을 함. 이 차액은 국고, 지방비, 사회복지기금, 共同募金基金등으로 보조함. 또한 의료와 관련된 부분에 대하여는 의료보험 급여방안의 검토가 필요함.
- 노인의료는 질병의 특성상 내원 및 진료기간이 일반질병에 비하여 길고, 진료의 내용도 치료 보다는 간병이 더 필요하므로 醫療保險의 適用期間, 範圍 등에 노인의 질병을 고려한 제도의 운영이 필요함. 1995년 부터 노인의료비에 대한 기간제한을 폐지함(의료보험법 제30조, 공·교의료보험법 제27조)에 따라 181일 이상 長期診療患者의 진료비의 본인부담비율은 법개정전 61.38%에서 법개정 후 36.96%로 감소될 전망이다. 전체적으로 長期診療老人의 本人負擔比率는 개정전의 60% 정도로 감소됨.
- 일부 조합에서 1994년 2월~1995년 2월 까지 1년간,<sup>9)</sup> 181일 이상의 진료를 받은 사람의 수는 63,222명으로 전체 受診者의 2.01%에 불과하나, 이 중 65세 이상의 노인이 차지하는 비율은 77.91%로 長期診療患者의 대부분이 노인으로 나타남.
- 연 181일 이상 진료를 받은 노인의 본인부담비율은 61.38%로, 180일 이내 기간중에 진료를 받은 사람들의 본인부담비율인 36.96%에 비하여 2배 정도 높음. 그러므로 의료보험의 給與期間制限을 폐지한 이후에는 長期診療患者의 본인부담비율이 개정이전에 비하여 60% 정도로 낮아질 전망이다

9) 본 추계는 제한된 조합의 자료만을 선택적으로 사용하였고, 법개정이후의 의료수요의 증가분에 대한 예측과 181일 이상의 진료자 중 연간 65만원 미만의 진료비 사용자에 대하여 고려하지 않았음을 밝혀둠(의료보험 총 급여비가 연간 65만원 미만인 경우는 연간 총진료일수가 181일 이상이어도 조합의 부담비율이 적용됨).

(연 181일 이상의 진료를 받은 노인의 1인당 연평균 진료비는 1,030,325원으로 이 중에서 본인부담액은 약 63만원임. 이를 연180일 이내 진료자의 本人負擔比率인 36.96%를 적용하면 본인부담액은 38만원으로 낮아지므로 노인 1인당 절약되는 비용은 年平均 약 25만원임).

<表 9> 期間에 따른 老人醫療費의 本人負擔額의 差異

(단위: 명, %, 원)

수진기간		수진자 수(명)	1인당 진료비(% , 원)		
			계	본인부담	조합부담
전체	180일 이내	3,200,909	100.0 (10,784)	36.96 (3,985)	63.04 (6,799)
	181일 이상	63,222	100.0 (1,025,713)	61.16 (627,326)	38.84 (398,386)
65세 이상	181일 이상	49,254	100.0 (1,030,325)	61.38 (632,413)	38.62 (397,912)

資料: 12개의 직장의료보험조합과 18개의 지역의료보험조합에서의 1년간(1994. 2~1995. 3)의료보험 이용 결과임.

- 의료보험의 適用期間의 延長외에도 의료보험의 적용범위 특히, 看病費에 대한 의료보험적용방안에 대한 연구가 필요함. 우선적으로 간병비는 소득에 따른 차등지급을 원칙으로 하며 차액에 대한 政府의 補助가 필요함. 장기적으로는 의료보험수가에 포함시키는 방안에 대한 연구가 필요함. 동시에 막대한 간병비의 절약방안, 예를 들면, 환자의 상태에 따라 1명의 看病人이 여러 명의 환자를 동시에 돌보거나(현재의 규정은 患者 3~5명당 1명의 看病人이 배치됨), 간호조무사로 하여금 업무의 일부로 간병을 하도록 하는 등의 대책이 필요함.
- 1993년 의료보험가입자 중 입원환자의 總入院日數는 65세 이상 노인의 경우는 3백64만6천일임. 1일 입원 당 간병비를 3만원으로 하면 약 1천억(109,403,790,000)원의 비용이 소요됨. 또한 현행 의료보험 부담비율인 80%를 기준으로 의료보험부담비율을 계산하면, 약 875억(87,523,032,000)원의 醫療保險 財政이 소요됨.



&lt;表 10&gt; 老人의 年間 總入院日數(1993)

(단위: 세, 일, 천원)

연 령	연간 총 입원일수	간병비용
60-64	1,835,256	55,057,680
65-69	1,497,716	44,931,480
70-74	1,144,401	34,210,030
75 <sup>+</sup>	1,004,676	30,140,280
60 <sup>+</sup>	5,482,049	164,641,470
65 <sup>+</sup>	3,646,793	109,403,790
70 <sup>+</sup>	2,149,077	64,472,310

註: 간병비용 일당 3만원으로 계산함.

資料: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1993.

## 5. 專門人力의 養成

- 노인의 치료 및 간호를 전담할 老人病專門醫, 老人病專門看護師, 物理治療士, 간병인력의 확보가 필요함. 일본의 新 Gold Plan에 의하면 일본은 1999년까지 간병인력 20만명, 간호인력 10만명, 物理治療士 1.5만명의 양성을 목표로 하고있음(厚生省, 1995).
- 특히 노인보건·의료 서비스의 주요인력인 간병인의 확보 및 관리체계의 정비가 시급함. 현행 看病人 制度를 강화하여 단순한 수발 및 가사보조 역할을 하는 一般家庭奉仕員 외에도 의료와 간호의 보조행위를 할 수 있는 健康管理家庭奉仕員制度를 도입하고 이들의 자격기준 및 교육방법 등에 대한 국가관리가 필요함. 또한 간병인비용의 절감 및 인력의 확보를 위하여 자원봉사자, 公益勤務要員의 활용방안을 적극 도입하여야 함. 이외에도 보건 교육을 담당할 보건교육사와 보건 및 복지의 상담을 할 수 있는 保健福祉士 제도의 도입이 필요함.

## 第 2 節 老人保健·醫療制度의 運營 方案

### 1. 健康增進事業

#### 가. 健康診斷

##### 1) 역할 및 서비스

- 암, 심장병, 腦卒中등의 성인병예방과 조기발견을 위하여 연 1회 필요한 검사와 검사결과에 기초하여 지도를 함으로써 장년기부터의 건강관리와 노후의 건강유지에 도움을 주고자 함. 건강진단의 내용은 기본건강진단과 암, 糖尿病, 高血壓 등의 非傳染性 慢性退行性 질환 포함.

##### 2) 실시방법

- 無料對象範圍의 擴大: 현재 의료보험의 건강검진 대상에서<sup>10)</sup> 제외된 65세 이상의 노인(장기적으로는 40세 이상)은 무료 또는 소득에 따른 차등비용 적용.
- 健康檢診의 質的 改善: 基本健康檢診 項目을<sup>11)</sup> 지정하고, 選擇健康檢診 項目을 추가함. 그러나 기본건강검진항목은 실질적인 만성·퇴행성질환관리를 위한 최소한의 항목을 지정하여야 함. 일정수준 이상의 장비를 갖춘 병원을 健康檢診實施病院(국·공립 병원 및 시장·군수·구청장이 지정한 보건소·병원급 이상 의료기관 또는 건강관리협회등의<sup>12)</sup> 비영리법인)으로 지정함.

10) 1995년 이전까지는 직장에서 근로자를 대상으로(사업주 부담) 건강검진을 실시하여왔고, 직장의료보험조합에서는 35세 이상의 피부양자를 대상으로한 성인병 검진사업을 실시하여왔음. 공·교의료보험은 피보험자를 대상으로 2년 간격으로 건강진단 실시함. 또한 피보험자가 건강진단에서 B형 간염 항원양성으로 판정된 경우 해당 가족에게 가족간염검사를 실시하여왔음. 1995년 이후부터는 40세 이상의 의료보험피보험자 및 피부양자에 대한 무료 건강검진을 실시함. 이외에도 특수 집단을 대상으로 결핵, 성병, 나병 등의 검진과 임산부, 영유아, 65세 이상의 저소득층 노인을 대상으로 하는 건강검진 사업이 실시되고 있음.

11) 기본 건강검진에는 현재 실시되고 있는 건강검진 외에도 유병율, 사망율이 높은 만성 질환, 즉, 간질환, 고혈압성 질환, 결핵, 당뇨병, 위암, 유방암, 호흡기암 등이 포함되어야 함.

12) 건강관리협회는 현재 전국 13개지부에 건강검진센터를 운영함. 총 120여종의 건강검

- 健康檢診의 結果 通報 및 管理: 건강검진의 결과를 본인과 가족주치의, 해당 보건(지)소에 통보하여, 건강검진의 결과 이상이 있는 사람에 대한 지속적인 관리가 필요함.

### 3) 이용

- 이용대상은 단기적으로 65세 이상의 노인, 점차 연령을 낮추어 40세 까지 확대함. 건강검진의 항목을 기본건강검진과 선택건강검진으로 나누어 選擇 健康檢診에 필요한 비용을 이용자의 소득수준에 따라 無料 또는 實費로 지불함.

### 4) 운영

- 국가지정 건강검진 병원, 保健所, 건강관리협회 등에서 실시하고 국고, 지방비, 의료보험, 의료보호, 國民健康增進基金등으로 비용을 부담함.

## 나. 健康相談

### 1) 역할 및 서비스

- 心身의 건강에 대한 개별상담에 따라 지도와 조언을 통하여 가정에서의 건강관리에 도움을 줌. 慢性病예방에 관한 일반 상담과 그외에 중점건강상담으로 질병상태별 식생활 개선상담, 齒牙健康相談, 노인건강상담을 실시함.

### 2) 이용

- 40세 이상자를 대상으로 무료로 제공하고, 상담내용에 따라 대상자의 가족도 포함함. 병원 및 보건소 방문 또는 가정방문간호서비스를 통하여 받음.

### 3) 운영

---

진항목 중 사용자가 선택하여 건강검진을 받고 있으며, 연 200만명 정도가 건강검진을 받고있음. 비용은 의료보험의 건강검진수가에 준함.

- 보건관련단체, 保健所, 병원 또는 療養施設에서 실시하며, 보건소경우 간호사 또는 보건교육사(건강교실운영책임자), 병원 및 기타 요양기관 경우 의사, 치과의사, 간호사, 영양사가 담당함. 재원은 國民健康增進基金을 사용함.

다. 健康教育

1) 역할 및 서비스

- 성인병 예방등 건강에 관한 올바른 知識을 제공함으로써 자신의 건강은 자기가 지킨다라는 認識과 自覺을 제고하여 장년기부터 건강을 지킬 수 있도록 하기위함. 건강교육은 성인병의 예방과 健康增進을 주제로 한 일반건강교육과 간암예방, 유방암 예방등의 特殊集團 健康教育으로 구분함.

2) 이용

- 40세 이상자 및 대상자의 상황에 따라 대상자의 가족을 대상으로 보건소 및 병원의 건강교실, 마을회관 또는 요양소 巡廻健康教室에서 무료로 실시함.

3) 운영

- 의료보험연합회, 保健關聯團體, 保健所의 간호사 또는 保健教育師,<sup>13)</sup> 보건복지부 산하단체 보건교육 책임자가 운영하고, 國民健康增進基金, 의료보험연합회, 의료보험관리공단, 보건복지부 산하 보건관련단체의 보건교육 예산으로 부담함.

라. 機能訓練

1) 역할 및 서비스

- 신체기능의 유지 및 회복을 목표로 일상생활의 자립을 돕기위해 시행하는 훈련임. 의사의 지도, 간호사의 감독하에 物理治療士, 運動指導師와 간병인

---

13) 4년제 보건교육과 또는 보건학과 졸업자로서 자격시험에 합격한 자임.

(건강관리간병인)등이 보행훈련, 일상생활 동작훈련, 그룹체조 등의 훈련을 실시함.

## 2) 이용

- 40세 이상의 사람중 腦卒中的 후유증, 류마티스등의 골관절질환, 老化 등으로 신체가 부자유하여 기능이 저하된 자를 대상으로 함. 병의원 登錄者 중 申請者에 한하며 의사의 판정에 따라 경제상태에 따라 무료 또는 실비로 제공함.

## 3) 운영

- 保健所 또는 병의원에서 실시하거나 家庭으로 訪問하여 운동지도사, 物理治療士, 간병인(건강관리간병인)이 실시함. 재원은 국고, 지방비와 健康增進基金으로 분담함.

## 마. 訪問指導

### 1) 역할 및 서비스

- 가정을 방문하여 가정에서의 요양방법, 간호방법, 기능훈련방법 등을 지도함.

### 2) 이용

- 40세 이상자 중 가정에서 舉動不便狀態에 있는 사람과 건강진단의 결과, 방문지도가 필요하다고 인정된 사람으로 가족주치의, 또는 保健所 등록 후 의사가 방문지도가 필요하다고 인정한 경우에 無料로 실시함.

### 3) 운영

- 保健所에서 주체가 되어 간호사, 간호조무사, 보건요원, 보건진료원이 실시함. 국민건강증진기금으로 부담함.

## 2. 在家保健·醫療서비스

### 가. 家庭看護事業

#### 1) 역할 및 서비스

- 질병, 부상 등으로 가정에서 臥床狀態 또는 그에 준하는 상태에 있는 노인에게 의사(주치의)의 지시하에 방문하여 療養上의 시중 또는 필요한 진료의 보조인 간호 서비스의 제공. 구체적인 서비스의 내용은 다음과 같음.
- 환자질병상태의 觀察(혈압 및 체온의 측정 등), 기본간호(체위변경, 기능훈련, 구강간호 등), 治療的看護(상처치료, 봉합선 제거, 방광 및 요도세척, 욕창간호 등), 검사(검사물 채집, 반정량 혈당검사 등), 投藥 및 注射(혈액주사, 항암제 투여 및 관찰 등), 교육 및 상담(식이요법, 특수기구 및 장비사용, 염증처리법, 재입원 상담 등)

#### 2) 이용

- 65세 이상 질병이 있는 노인,<sup>14)</sup> 즉, 早期退院患者, 慢性疾患者, 거동장애자 등을 대상으로 의사의 진단에 따라 실시함. 해당 병원, 보건소, 시설의 家庭看護事業을 이용하거나, 재가지원서비스센터와 保健所 家族保健系에서<sup>15)</sup> 연계하여 이용함. 기본방문료와 의료행위는 의료보험 및 의료보호(본인부담 20%), 교통비는 비급여 항목임.<sup>16)</sup> 보건소에서 실시하는 가정간호 서비스는 家庭看護師의 인건비가 정부로부터 지급되기 때문에 소액의 수수료만을 부담토록 함.

14) 병원 입원환자의 약 18%가 가정간호로 전환 가능하며, 질환별로는 암, 당뇨, 치매, 동맥폐쇄증, 고혈압성 심질환등의 만성질환자임(유호신, 『종합병원의 가정간호 시범사업 개발 및 기초조사 연구』, 한국보건사회연구원, 1994)

15) 가정간호 시범사업은 1994~1995년 병원 중심의 시범사업이 실시되고 있으며, 1996년부터는 보건소 중심의 가정간호사업으로 확대 실시 예정임.

16) 현행 시범지역의 1인 당 가정간호수가(1994. 8. 1.)는 기본방문료 15,000원, 교통비 5,000원과 개별행위로료로 구성됨.

## 3) 운영

- 국·공립·민간병원, 보건소와 老人專門療養施設에서 擔當醫師와 專門家庭看護師, 보조인력의 팀으로 운영하며, 보조인력으로는 藥師, 臨床病理師 등의 전문인력과 행정인력 등을 포함하여야 하고 保健所의 경우는 가족보건계소속 간호사(보건소),<sup>17)</sup> 보건요원, 진료보조원(보건지소), 보건진료원(보건진료소) 등의 인력을 이용함. 해당기관을 醫療保險 및 醫療保護療養機關으로 지정함.

## 나. 晝·夜間保護事業

- 가정에서 보호받고 있는 다소의 장애를 가지고 있는 노인을 一定施設에서 24時間 以內에 가족을 대신해서 보호해 주는 서비스로서 정상적 가족구성원의 일상생활의 부담을 덜어주며, 노인들에게는 사회적 接觸과 풍부한 경험을 제공하고, 전문성 정도에 따라 再活의 기회도 부여하게 됨. 제공하는 의료서비스의 수준에 따라 醫療晝間保護所와 양호주간보호소로 구분함.

## 1) 醫療晝·夜間保護事業

## 가) 역할 및 서비스

- 병후 회복기에 있는 노인과 장기간의 臥床狀態에 있는 만성퇴행성 질환 노인에게 24시간 지속되는 의료서비스가 필요하지 않은 경우에 醫療, 看病 등의 서비스를 제공함.
- 서비스의 內容: 환자질병상태의 관찰(혈압 및 체온의 측정 등), 基本看護(체위변경, 기능훈련, 구강간호 등), 치료적간호(상처치료, 봉합선 제거, 방광 및 요도세척, 욕창간호 등), 檢査(검사물 채집, 반정량 혈당검사 등), 투약 및 주사(혈액주사, 항암제 투여 및 관찰 등), 敎育 및 相談(식이요법, 특수기구 및 장비사용, 염증처리법, 재입원 상담 등), 交通便利 提供, 목욕, 식사 등의 신체 수발

---

17) 모자보건계에 소속되어 있는 간호사중 일부를 가족보건계로 재배치하고 가정간호사 교육을 수료하게 함.

나) 이용

- 65세 이상 질병이 있는 노인 즉, 조기퇴원환자, 만성질환자, 거동장애자 등을 대상으로 함. 비용의 지불은 의료행위는 醫療保險 및 醫療保護에 준하여 지불하고 의료이외의 행위는 소득에 따른 차등 지불을 원칙(1안)으로 함. 또는 1일당 定額制로 하고 중환자는 일정액을 가산하는 지불방식(2안)으로 채택함.

다) 운영

- 國·公立·民間病院, 保健(支)所, 保健診療所, 老人專門療養施設에서 운영함. 각 시설별 필요한 인력은 의사,간호사(환자 10인당 1인, 정원의 2/3는 간호조무사로 대치 가능), 생활보조원(환자 3~5인당 1인), 정원 30인 이상인 경우 物理治療士 1인과 社會福祉士(保健福祉士) 1인 이상으로 하고, 해당 기관을 의료보험 및 의료보호요양기관으로 지정하여 의료비는 의료보장으로, 간병 등 의료 이외의 비용은 저소득층에 대하여는 國庫 및 地方費에서 부담함.

2) 養護晝·夜間保護事業

가) 역할 및 서비스

- 機能虛弱者와 치매, 中風 등 질병으로 인하여 매일의 의료처치는 필요없으나, 간호사나 간병인의 도움이 필요한 老人을 保護함을 목적으로함. 서비스 내용은수발, 위생관리(목욕, 머리감기, 손톱깎기 등), 적절한 身體運動指導, 약물복용의 지도나 혈압검사와 같은 健康補助, 물리치료의 제공 및 상담, 말벗, 책읽어 주기 등의 정서적서비스, 교통편의 제공 등 임.

나) 이용

- 65세 이상의 舉動不便 노인을 대상으로 함. 비용의 지불은 1일당 定額制로 함(제2안으로 의료행위는 의료보험 및 의료보호에 준하여 지불하고 의료이외의 행위는 소득에 따른 차등 지불).



## 다) 운영

- 노인일반요양시설, 老人福祉館, 사회복지관 등에서 운영함. 시설별 최소 인력은 囑託醫師, 간호사 또는 간호조무사(환자 20~25당 1인) 생활보조원(환자 5인당 1인), 정원 30인 이상인 경우 物理治療士 1인과 社會福祉士(保健福祉士) 1인 이상으로 함. 저소득층에 대하여는 국고 및 지방비에서 부담.

## 다. 短期保護事業

- 舉動不便 노인을 보호하는 가족의 질병, 출산, 冠婚喪祭, 사고 등의 이유로 일시적으로 집에서의 보호가 불가능한 경우, 가족을 대신하여 일시적으로 舉動不便한 노인을 입소 시켜 필요한 보건·의료 및 일상생활지원서비스를 제공하는 사업. 醫療短期保護事業과 養護短期保護事業으로 이원화하여 운영함.

## 1) 醫療短期保護事業

## 가) 역할 및 서비스

- 병후 恢復期에 있는 노인과 장기간의 치료가 필요한 慢性退行性疾患 노인에게 비교적 안정된 병상에 대한 의료 및 간병 등의 生活補助서비스를 제공함.

## 나) 이용

- 65세 이상의 노인을 대상으로 함. 費用은 의료보험 및 의료보호로 지불하고, 간병 및 生活補助서비스는 단기적으로는 社會扶助의 형식으로 저소득층은 무료로 함(제2안으로 1일당 定額制로 함).

## 다) 운영

- 老人專門療養施設, 노인전문병원, 일반병원에서 운영함. 시설별 인력은 醫師 1인, 간호사(환자 10인당 간호사 1인, 정원의 2/3는 간호조무사로 대체 가

능), 생활보조원(환자 3~5인당 1인), 物理治療士 (환자 30인 이상일 경우 1인), 醫療社會事業師(保健福祉士)임. 의료부분은 의료보장에서 부담하고, 간병등 의료 이외의 비용은 저소득층에 대하여는 국고 및 지방비에서 부담.

2) 養護短期保護事業

가) 역할 및 서비스

- 기능장애 또는 병약한 노인으로서 전문의사가 치료 보다는 지속적인 간병이 필요하다고 진단한 노인에게 필요한 의료, 간병 및 生活補助서비스의 제공

나) 이용

- 65세 이상 노인의 이용 비용은 1일당 定額制로 함(제2안으로 의료행위는 의료보험에 준하여 지불하고 의료 이외의 부분, 즉 生活補助서비스는 社會扶助의 형식으로 저소득층은 무료, 그 외는 소득에 따른 차등부담을 함).

다) 운영

- 노인일반요양시설 또는 독립된 기관에서 운영함. 시설별 필요한 인력은 의사 1인(囑託醫師), 간호사 또는 간호조무사(환자 20~25인당 1인), 생활보조원(환자 3~5인당 1인), 物理治療士 (환자 30인 이상인 경우 1인), 의료사회사업사(보건복지사제도 신설 후 대체)임. 의료보험 및 의료보호지정기관으로 운영함.

라. 家庭奉仕員制度

1) 역할 및 서비스

- 신체적·정신적 장애로 일상생활을 영위해 나가기 곤란한 노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 노인의 일상생활에 필요한 각종 편의를 제공하여 地域社會 안에서 건전하고 안정된 노후생활을 영위하도록 하는 사업으로 구체적인 서비스의 내용은 다음과 같음.

- ① 家事서비스: 식사 준비 및 취사, 의류 등 세탁 및 정리·수선, 집안청소 및 난방 등, 시장 보기, 생필품 구매, 기타 가사원조.
- ② 心理社會的 서비스: 상담, 말벗, 책 읽어 주기, 편지 써주기, 민원서류 작성·발급협조, 동사무소 등의 지원물품 수령(쌀, 버스표, 노령수당 등), 노인관련 정보제공, 地域社會 자원연결 등.
- ③ 看病서비스: 수발, 위생관리(목욕, 머리감기, 손톱깎기 등), 적절한 신체운동 지도, 병원안내·동행·수속대행, 기타 의료보조용구의 수선의뢰, 약물복용의 지도 또는 혈압검사와 같은 건강보조, 그리고 물리치료 보조서비스의 제공.

## 2) 이용

- 65세 이상의 병약한 노인 중 거택 및 자활보호대상자, 단독거주노인 및 맞벌이 부부의 노인가정에서 재가서비스지원센터 또는 가정봉사원사무소<sup>18)</sup>를 통하여 이용함. 비용은 저소득층은 무료, 이외의 노인은 소득에 따라 차등 적용하며, 건강관리가정봉사원과 가정관리가정봉사원의 비용을 차등화 함.

## 3) 운영

- 가정봉사원사무소에서 가정봉사원의 선발, 교육 및 관리업무를 수행함. 가정봉사원 사무소 운영의 지도·감독은 지방자치단체에서 책임짐. 필요한 재원은 국고, 지방비, 사회복지기금, 국민연금기금과 장기적으로는 공동모금기금으로 분담함.

## 4) 인력의 관리

- 가정봉사원의 자격 강화, 즉 현행 가정봉사원을 2원화하여 가정관리봉사원(가사서비스와 심리사회적서비스의 제공)과 건강관리가정봉사원(간병서비스의 제공)으로 구분함. 주로 臥床老人의 신체수발 병간호를 담당할 건강관리 가정봉사원은 교육과정을 강화하고 자격증을 수여함.<sup>19)</sup> 인력의 확보를 위

18) 가정봉사원의 선발, 교육, 관리를 담당하는 민간기관으로 국가의 위탁에 의하여 운영함.

19) 일본의 경우 주로 가정관리를 담당하는 가정봉사원(가정봉사원 3급)은 40시간의 교육

하여 자원봉사자의 활용 병행.

마. 老人日常生活用具 提供事業

1) 역할 및 서비스

- 舉動不便 노인이나 獨身生活 노인에게 특수침대등의 일상생활용구를 급여 또는 대여함으로써 가정에서의 생활의 편의 제공.

① 提供: 특수침대, 매트리스, 에어포트, 좌식변기, 욕조·탕비기(물끓이는 기구), 특수尿器, 화재경보기, 자동소화기, 목욕 들것, 체위변환기, 긴급통보장치, 치매성노인 배회감지기, 전자조리기.

② 貸與: 노인용 전화.

③ 賃貸: 휠체어, 보행기.

2) 이용

- 65세 이상의 재가노인 중 舉動不便노인이나 獨身生活 노인을 우선대상으로 함. 醫療用具의 급여는 의사의 진단결과 필요하다고 인정한 경우에 한함. 의료의 목적으로 필요한 용구의 급여, 대여, 임대는 醫療保險 및 醫療保護에서 부담. 의료용구 이외의 용품의 급여, 대여, 임대는 저소득층의 노인은 무료, 이외의 노인은 소득에 따른 차등부담을 함.

3) 운영

- 在家서비스支援센터에서 저소득층 노인을 대상으로 한 사업을 우선 실시함. 영리법인의 참여를 유도함. 재원은 의료보험, 의료보호, 국고와 지방비로 함.

바. 在家서비스 支援센터

1) 역할 및 서비스

---

과정을, 건강관리를 담당하는 가정봉사원(가정봉사원 2급)은 90시간의 교육과정을 이수함. 또한 교육과정은 실습위주로 구성됨.

- 지역의 要保護老人 실태 파악(해당 노인 및 그 가족의 보건서비스 욕구평가 및 처우개선 등에 대한 자료 작성) 및 老人專用相談電話(중앙, 시·도 단위), 재가지원서비스센터와 각 노인보건·의료 및 복지기관의 연계서비스를 제공함.
- 재가지원서비스센터와 각 노인보건·의료 및 복지기관을 連繫하여 재가간호에 관한 각종 상담(전화상담, 면접, 가정방문). 재가관련서비스 즉, 가정봉사원사업, 晝間保護事業, 단기보호사업 및 이용시설, 관련기관의 정보제공 및 연계와 간호용품의 소개 및 이용의 촉진, 이용신청수속 대행.

## 2) 이용

- 65세 이상의 신체 허약 또는 舉動不便, 치매등의 이유로 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 노인과 이러한 노인을 돌보고 있는 가족을 대상으로 함. 해당 노인은 전화를 통하여 필요한 서비스를 제공 받음.

## 3) 운영

- 중앙, 시, 도 단위의 전화는 중앙 및 지방자치단체에서 운영함. 老人福祉館(현재 老人福祉館의 수와 지역분포가 제한되어 있으므로, 노인관련서비스를 제공하는 사회복지관에도 설립)을 재가지원서비스센터로 활용하고 해당인력의 인건비의 일부를 국가에서 보조. 농촌은 보건(지)소, 보건진료소,<sup>20)</sup> 모자보건센터<sup>21)</sup>가 재가지원서비스센터의 역할을 하게함.

## 4) 인력

- 老人福祉館(사회복지관)에서는 일차적으로 상담서비스는 사회복지사가 간호방법의 지도는 간호사(간호보조사)가 업무를 담당하나, 복지와 보건 업무를 통합하여 수행할 수 있는 보건복지사제도의<sup>22)</sup> 신설이 필요함. 保健所에서

20) 보건진료원, 보건요원, 진료보조원이 상담역할 수행.

21) 전국에 89개의 모자보건센터가 있음. 1994년 1월 이후 폐쇄되어 지방자치단체로 이관됨.

22) 4년제 대학의 사회복지학과, 간호학과, 보건교육학과의 재학생 또는 졸업생으로 소정

운영할 경우에는, 가족보건계 소속간호사, 보건요원, 진료보조원(보건지소), 보건진료원(보건진료소)이 수행함.

### 3. 治療 및 療養事業

#### 가. 老人專門病院

##### 1) 역할 및 서비스

- 시설, 인력, 장비가 일반병원 보다는 완화된 병원으로 노인질환의 특성에 맞게 치료보다는 간호와 간병의 기능이 강화된 병원으로, 단기간(3개월 이내)의 치료가 필요한 만성·퇴행성질환 노인에게 필요한 의료서비스<sup>23)</sup> 및 간병서비스<sup>24)</sup>를 제공함. 또한, 노인성 질환을 진단하여 필요한 치료 또는 療養施設이나 서비스 안내 및 이송의 역할을 함.

##### 2) 이용

- 65세 이상의 노인을 대상으로 함. 노인병원의 이용을 촉진하기 위하여는 전문인력, 시설등이 완화된 상태이므로, 이용자의 비용 부담이 일반병원에 비하여 적어야 함(의료수가 및 본인부담비율의 하향조정, 과잉진료의 방지를 위한 총점제 또는 진료병별 의료수가계산제 등의 도입의 검토 필요).
- 간병비용: 단기적으로는 환자가 간병인을 원하는 경우 생활보조원이 간병인의 역할을 하고, 저소득층은 무료, 그 외는 소득에 따른 차등부담으로 함. 장기적으로는 간호조무사, 생활보조원이 간병인의 역할을 하며, 이 비용을 의료보험·의료보호에 포함 시킴.

---

의 과정을 이수한 후 자격시험에 합격하여야 함.

- 23) 의료서비스: 의사가 직접 제공하거나, 의사에 의해 지시되고 간호사에 의하여 제공되거나, 의사의 지시에 따라 간호사의 지도·감독하에 제공되는 서비스로 진찰, 투약, 주사, 검사, 간호, 물리치료, 작업치료, 식이요법에 따른 급식서비스 등.
- 24) 간병서비스: 약물복용의 지도나 혈압검사와 같은 건강보조, 그리고 물리치료 보조서비스, 신체운동지도 및 식사, 배설, 의복 갈아입기, 목욕 등의 일상생활보조와 상담등의 정서적인 서비스 등.

3) 운영

- 의료법에 근거한 요양병원을 노인병원으로 운영하되 노인환자가 일정비율을 넘을 경우 노인병원으로 지정하며, 종합병원의 노인전문병동으로도 운영함. 외래, 晝間保護施設, 방문간호서비스도 운영함. 시설별 인력은 의사(입원환자 40인당 의사 1인), 간호사(입원환자 40인당 간호사 6인), 간호조무사(간호원의 2/3는 간호조무사로 대치 가능), 생활보조원(입원환자 5인당 1인), 物理治療士 (환자 100인당 1인)로 함. 의료보험·의료보호 요양기관으로 지정하여 운영함.

<表 11> 療養病院의 設置基準

구 분	병 원	요 양 병 원
근거법령	○ 의료법 제3조 제3항, 4항	○ 의료법 제2조 제5항
정 의	○ 병원, 치과병원, 한방병원이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사가 각각 그 의료를 행하는 곳으로서 입원환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관	○ 의사 또는 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로서 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 의료기관
입원대상 및 절차	○ 특별한 규정 없음	○ 입원대상 노인성질환, 만성질환자 및 외과적 수술후 또는 상해후의 회복기간에 있는 자로서, 주로 요양을 필요로 하는자. 다만 정신질환자(노인성치매환자 제외) 및 전염성질환자 제외 ○ 상태악화시 적절한 조치가 가능하도록 환자후송 등에 관한 다른 의료기관과 협약을 맺거나 자체시설, 인력확보
시설기준	○ 입원실(30인 이상 수용) 수술실(외과계), 응급실(응급의료지정시), 임상검사실, 방사선장치, 회복실(수술실이 있는 경우), 의무기록실, 급식시설, 세탁물처리실 등	○ 입원실(30인 이상 수용) 수술실(외과계), 응급실(응급의료지정시), 회복실(수술이 있는 경우), 의무기록실, 급식시설, 세탁물처리실 등 ※ 장기입원에 불편이 없도록 식당, 휴게실, 욕실, 화장실 등 편의시설을 갖추어야함.
인력기준	○ 의사: 연평균 1일 입원환자 20인에 대하여 1인기준, 그 단수에는 1인 추가, 외래환자 3인은 입원환자 1인으로 환산 ○ 간호사: 연평균 1일 입원환자 5인에 대하여 2인을 기준, 그 단수에는 1인 추가, 외래환자 12인은 입원환자 1인으로 환산 ※ 그외 의료인력은 병원, 요양병원이 동일함.	○ 의사: 연평균 1일 입원환자 40인 마다 1인을 기준(한의사 포함 환산) ○ 간호사: 연평균 1일 입원환자 6인 마다 1인 기준(단 간호조무사는 간호사 정원의 2/3 범위내에서 둘 수 있다.

資料: 조상원 편, 『法典』, 현암사, 1995.

나. 老人專門療養施設

1) 역할 및 서비스

- 병후 회복기에 있는 노인과 장기간의 입원치료가 필요한 慢性退行性疾患 노인에게 비교적 안정된 병상에 대한 의료 및 간병 등의 生活補助서비스를 제공하는 療養施設.

2) 이용

- 65세 이상의 노인을 대상으로 함. 비용의 지불은 의료보험에 준함. 의료 이외의 행위, 즉 간병 및 生活補助서비스는 단기적으로는 社會扶助의 형식으로 저소득층은 무료, 그 외는 소득에 따른 차등부담을 하고 장기적으로는 의료보험수가에 포함시킴{제2안으로 1일당 定額制(기준액은 병원 입원비와 老人專門療養施設서비스료의 중간수준으로 하고, 처치에 따른 약제비나 물품비, 간병비를 일당 진료비에 포함시키고, 중증 환자에 대해서는 일정액의 가산을 적용)로 함}.

3) 운영

- 장기요양사업외에도 단기보호소, 주·야간보호소, 방문간호서비스도 운영 가능함. 최소한의 필요 인력은 의사 1인, 간호사(입원환자 10인당 간호사 1인, 정원의 2/3는 간호조무사로 대치 가능), 생활보조원(입원환자 3~5인당 1인), 物理治療士(환자 100인당 1인), 醫療社會事業師(保健福祉師제도<sup>25)</sup> 신설 후 保健福祉師로 대체)임. 의료보험 및 의료보호요양기관으로 지정함.

다. 老人一般療養施設

1) 역할 및 서비스

---

25) 사회복지학과, 간호학과, 보건학과, 보건교육과를 졸업하고 시험에 합격한 경우 보건복지사자격 수여.



- 만성·퇴행성질환으로 가정에서 보호, 부양할 수 없는 중증의 노인으로서 전문의사가 치료 보다는 지속적인 간병이 필요하다고 진단한 노인에게 필요한 의료, 간병 및 生活補助서비스의 제공.

## 2) 이용

- 65세 이상의 노인대상임. 비용의 지불방법은 1일당 定額制로, 비용의 기준은 老人專門療養施設과 가정방문간호의 중간수준으로 함. 의료이외의 행위인 간병비도 포함시킴(제2안으로 의료행위는 의료보험 및 의료보호에 준하여 지불하고 의료 이외의 행위, 즉 간병 및 生活補助서비스는 단기적으로 社會扶助의 형식으로 저소득층은 무료, 그 외는 소득에 따른 차등부담을 하고 장기적으로는 의료보험수가에 포함시킴).

## 3) 운영

- 장기요양외에도 晝間保護, 短期保護施設 및 방문간호서비스도 운영 가능함. 각 시설별 인력은 의사 1인(囑託醫師), 간호사 또는 간호조무사(입원환자 20~25인당 1인), 생활보조원(입원환자 3~5인당 1인), 物理治療士 (환자 100인당 1인), 의료사회사업사(보건복지사제도 신설 후 대체). 低所得層의 비용을 국고 및 지방비에서 부담함.

## 4. 生活便宜서비스

### 가. 역할 및 필요성

- 보건·의료서비스외에도 노인들에게 다양한 生活便宜서비스를 제공함으로써, 노인들을 자신의 집 또는 地域社會에 거주할 수 있도록 지원하여주는 대책이 필요함. 특히, 기능장애 및 병약한 低所得層의 單獨家口의 노인에게는 통합된 生活便宜서비스를 제공함으로써, 개인별 가정봉사원의 수요를 감소시키며, 시설에 수용되는 시기를 늦출수 있음.

나. 서비스 내용

- 病弱한 低所得層의 노인단독가구 또는 부부가구노인을 우선으로 함. 결연사업, 友愛訪問서비스, 定期點檢電話, 긴급통보시스템, 배달 또는 집단급식을 통한 식사제공, 교통편의 제공 등

다. 운영

- 老人福祉館, 사회복지관, 자선단체에서 실시하며 그 비용은 국고와 지방비, 寄附金 등으로 충당함.

## 第 4 章 外國의 老人保健·醫療制度

### 第 1 節 外國의 老人保健·醫療制度

외국에서의 老人醫療制度의 공통점은 慢性疾患중심의 老人專門醫療體系의 구축 및 노인의료비의 억제방안을 모색하는 것임. 구체적으로는 첫째, 疾病豫防事業을 위한 보건교육, 건강검진 등 豫防保健事業을 강화함. 둘째, 地域社會 중심의 생활편의 서비스, 진료 및 간호사업을 실시함으로써 老人의 정서적 안정을 도모하고 시설에 투자되는 사회적 비용을 절약함. 즉, 가정에서 관리 가능한 老人은 위의 시설의 외래, 또는 家庭訪問서비스(家庭看護, 간병, 봉사)를 이용함. 셋째, 看護와 療養 중심의 保健·醫療체계를 활성화 함. 즉 질환의 안정기, 회복기이면서 의료적인 처치가 필요한 경우에는 老人保健施設(일본), Skilled Nursing Home(미국)을 이용하고, 長期療養이나 再活이 필요하면서 가정관리가 어려운 경우는 特別養護ホーム(일본), Nursing Home(미국)을 이용함. 疾病치료의 목적으로도 간호의 기능이 더 강화된 老人病院, 老人病棟을 운영함. 넷째, 노인보건·의료담당 專門人力, 老人病專門醫, 老人專門看護師, 老人看病人力을 양성함.

#### 1. 豫防保健事業

##### 가. 日本

- 法的根據: 老人保健法
- 種類: 건강수첩의 교부, 健康相談, 건강진단, 機能訓練, 방문지도.
- 對象:
  - 40세 이상이 원칙임.
  - 건강수첩은 70세 이상과 65~70세의 舉動이 불편한 자 및 40세 이상자 중 健康管理가 필요한 자, 그리고 40~65세로서 건강에 이상이 있는자에게 교부함.
  - 건강진단은 40세 이상의 모든 희망자(자궁암 및 유방암검진은 30세 이상).

- 費用:
  - 정부, 都·道·府·縣, 市·町·村이 각각 1/3씩 부담하여 이용자에게 무료로 제공함.
  - 단, 健康診斷의 경우 이용자가 검진의 종류에 따라 100~2,000엔 정도 부담하나, 70세 이상자와 저소득자는 무료임.

#### 나. 美國

- 法的根據: 老人法 Title III(363조)에 의거 ‘疾病 예방 및 健康增進서비스’를 60세 이상의 老人을 대상으로 무료로 실시함
- 種類: 健康檢診(高血壓, 암, 당뇨등), 영양상담 및 교육, 보건교육, 운동프로그램, 가정사고 예방서비스, 정신건강검진, 社會安全法 제18조에 의한 예방 보건서비스, 약물복용안전에 관한 검진, 질병치료, 예방, 再活에 관한 정보 제공, 노인상담, 사회 및 보건서비스관련상담 등
- 對象: 서비스의 대상은 각 州마다 조금씩 다르지만 서비스를 요하는 모든 老人을 대상으로 하고 있음.
- 費用: 聯邦政府의 예산으로 지원하는 Categorical Grant와 Department of Health and Human Services와 다른 聯邦政府機關을 통하여 각 州로 직접 지원되는 Block Grant를 통하여 지원받음.

## 2. 在家保健·醫療서비스

#### 가. 日本

- 種類: 家庭看護事業, 晝·夜間保護事業, 短期保護事業
- 對象: 담당주치의가 訪問看護의 필요성을 인정한 70세 이상(경우에 따라 65세 이상)의 老人
- 家庭看護事業:
  - 運營主體: 지방공공단체, 醫療法人, 社會福祉法人, 老人訪問看護ステ이션(공적의료기관의 개설자, 地域醫師會, 간호협회 등 厚生大臣이 정하는 자 중 都·道·

府·縣지사의 지정을 받은 자가 개설, 지역의 환자의 단골의사와 연계하여 운영)

- 費用負擔: 이용자의 부담금외에 公費(정부, 都·道·府·縣, 市·町·村)와 의료보험의 각출금 지불이 이루어짐.
- 晝·夜間保護事業, 短期保護事業
- 서비스內容: 식사, 목욕, 재활 등
- 運營主體: 老人保健施設에서 在宅서비스로 실시
- 費用負擔: 이용자의 부담금외에 公費(국가4/12, 都·道·府·縣1/12, 市·町·村1/12)와 의료보험의 각출금 지불이 이루어짐.

#### 나. 美國

- 種類: 家庭看護事業, 晝間保護事業, 短期保護事業 등
- 家庭看護事業
- 對象者: 병원에서 조기퇴원환자의 관리를 위하여 시작함.
- 運營主體: 지역병원의 家庭看護部, 복지부, 지역사회건강센터, 비영리민간지역사회기관, 영리기관, 법인단체, 국가, Homemaker-Home Health Agencies, Hospice 등
- 費用負擔: Medicare에서<sup>1)</sup> 제한된 부분에 대하여 지급함. 家庭健康管理事業의 일환으로 家庭奉仕員의 健康管理서비스에 대하여도 Medicare에서 지급함.
- 晝間保護, 短期保護事業
- 種類: 제공되는 의료서비스의 종류에 따라 健康指向的機關과 社會指向的 機

1) 미국의 의료보험에는 65세 이상의 노인에게 무료로 적용되는 Medicare의 Part A, 임의가입 형식의 Part B와 생활보호대상자를 대상으로하는 Medicaid가 있음. 이외에도 민간보험등이 있음. Medicare의 Part A는 병원보험(Hospital Insurance)로서 노령자에게 무료로 제공됨. Part B는 임의가입보험으로 Part A의 보충적인 보험임. Medicaid는 빈곤계층을 위하여 연방정부와 각 州가 재정상황에 따라 보조해주는 의료부조임(전체 노인중 약 16%가 Medicaid에 의존하고 있음). Medicaid는 병원입원비 및 외래, 의사의 서비스료, 전문요양시설, 각종검사, 가정 건강 서비스, 농촌 건강 보건소에 대한 서비스등 장기적인 치료·요양 등 부담범위가 Medicare에 비하여 넓음.

關으로 구분되며, 입소자의 상태, 제공되는 서비스의 종류, 비용 등에 따른 다양한 형태가 있음.

- 運營主體: 주로 건강지향적기관은 의료기관과 사회지향적기관은 사회복지기관과 연계하여 운영함.
- 費用負擔: Medicare에서는 부담이 안됨. Medicaid에서晝間病院(의료주간보호소의 역할을 함)의 비용을 지불함.

### 3. 療養施設

#### 가. 日本

- 種類: 老人保健施設<sup>2)</sup>
- 對象: 70세 이상(경우에 따라 65세 이상)
- 서비스 內容: 입소서비스(재활훈련, 일상생활 동작훈련, 看護·介護, 醫療, 이발, 교양오락행사 등), 在宅서비스(短期保護, 晝·夜間保護의 식사, 목욕, 재활 등)
- 運營主體:
  - 의료법인, 사회복지법인, 市·町·村 등이 개설.
  - 병원의 일부를 老人保健施設로 전환, 병원·특별양호노인홈에 병설, 독립시설로 운영등 다양한 설치 형태 가능
- 費用負擔: 이용자의 부담금 외에 公費(국가 4/12, 都·道·府·縣 1/12, 市·町·村 1/12)와 의료보험의 각출금 지불이 이루어짐.

#### 나. 美國

- 種類: 老人專門療養施設(Skilled Nursing Facility), 노인일반요양시설(Inter mediate Nursining Facility)
- 老人專門療養施設

---

2) 이외의 시설들 즉, 특별양호노인홈, 양호노인홈 등은 복지시설로 분류됨.

- 對象: Medicare와 Medicaid에 의한 입소자격 심사에 통과 된 자
- 서비스內容: 치료 및 看護, 介護 등
- 費用負擔: Medicare Part A에서 병원 퇴원후 20일 까지 전액지불, 21~100일 까지 일부부담, 이후 완전 본인부담.
- 老人一般療養施設
- 의료의 기능이 약화됨. 비용은 본인부담 또는 사회복지 차원에서 지원

#### 4. 老人專門病院

##### 가. 日本

- 種類:
  - 特例許可 老人病院(의료법에도 규정 됨. 약 7할 이상이 65세 이상 노인 만성질환자인 경우)
  - 특례허가의 老人病院(70세 이상 노인수용비율이 약 6할 이상인 경우)
- 對象: 70세 이상의 노인(경우에 따라 65세 이상)
- 서비스: 치료, 介護
- 費用支拂: 이용자의 부담금(외래는 1월당 1,000엔, 입원은 1일당 700엔; 1995년)외에 公費(정부, 都·道·府·縣, 市·町·村)와 의료보험에서의 지불이 이루어짐. 노인에 대한 별도의 의료수가를 지정함.

##### 나. 美國

- 種類: 疾病에 따른 분류, 즉 만성질환병동 등으로 운영함, 그러나, 종합병원에 老人病棟을 운영하기도 함.
- 費用支拂: 본인의 일부 부담과 의료보험(Medicare와 Medicaid)에서 부담함. (병원 입원의 경우 60일까지 무료, 이후 일부부담, 151일 이후부터는 전액 본인부담)

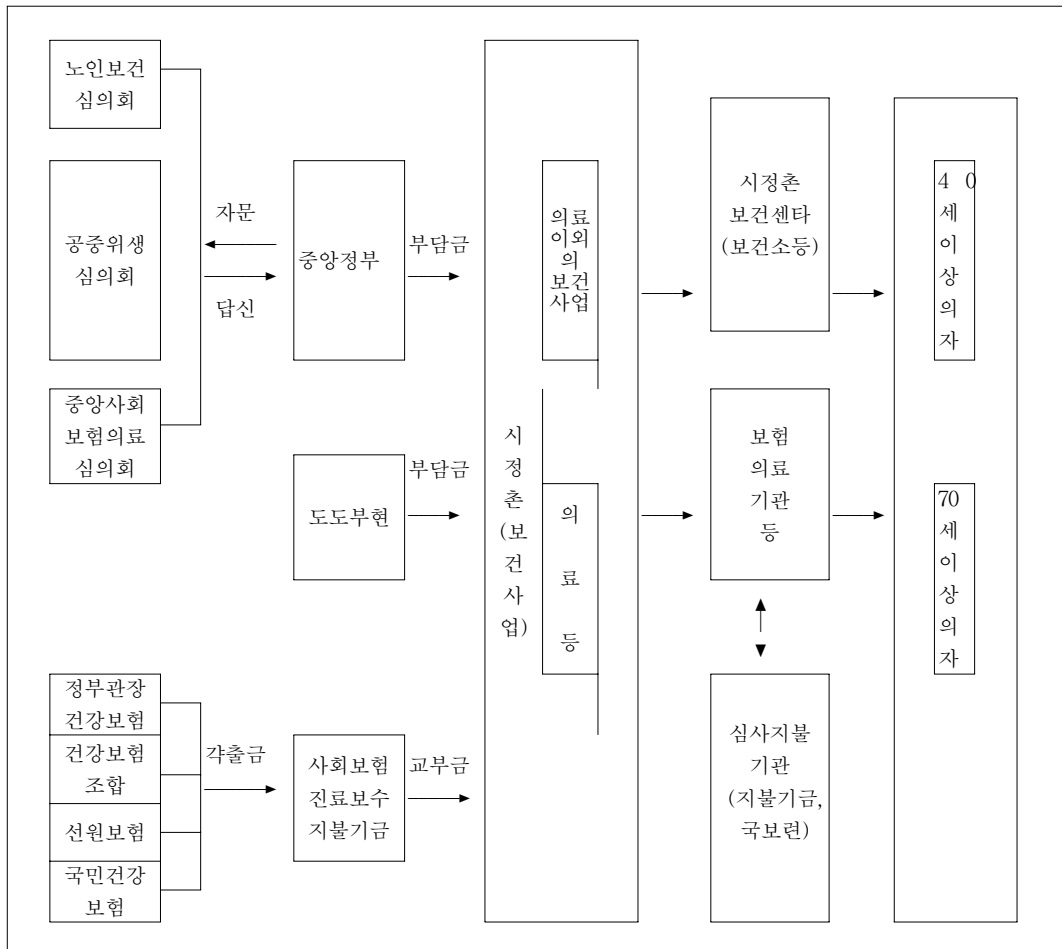
第 2 節 日本의 老人保健·醫療制度<sup>3)</sup>

- 노인인구의 증가 및 核家族化에 의한 노인부양의식의 감퇴로 노인에 대한 복지정책의 필요성이 강조됨에 따라 1963년 老人福祉法을 제정, 복지 서비스의 근거를 마련하고 또한 노인인구의 의료수요에 효과적으로 대처하기 위하여 1983년 老人保健法을 제정함. 그러나, 노인의료비의 무료화는 수진률의 폭발적인 상승과 의료비의 증대를 야기하므로, 이에 1986년과 1991년에 두차례의 개정작업이 실시됨.
- 노인보건제도는 기초자치단체인 市·町·村이 주체가 되어 事業을 실시함. 의료 서비스는 醫療保險 療養取扱機關에서 받고, 건강교육 및 健康相談은 市·町·村 保健센터와 保健所등에서 수행함. 의료비의 주된 재원인 의료보험 보험자로부터의 각출금은 診療補修 支拂基金으로 징수하여 市·町·村에 교부함. 老人保健醫療 제도에 소요되는 비율은 보험자가 7할, 중앙정부가 2할, 都·道·府·縣 및 市·町·村이 각각 0.5할을 부담하고, 의료 이외의 보건사업비용은 중앙정부 1/2, 都·道·府·縣과 市·町·村이 각각 1/2 씩 부담함.
- 老人保健法의 주요내용은 40세 이상의 장년인구층에 대한 예방사업과 70세 이상(65~69세의 臥病중인 자)노인에 대한 의료비 부담제도, 의료·看護·介護의 역할을 하는 老人保健·療養施設의 설립과 家庭訪問治療·看護制度의 창설임. 예방사업으로는 40세 이상의 성인을 대상으로한 건강수첩의 교부, 보건교육, 健康相談, 연 1회의 건강진단, 기능훈련, 방문지도가 있음. 老人保健醫療制度和 연계되어 복지서비스가 운영됨. 慢性疾患에 대응할 수있는 看護, 介護에 치중한 시설 즉, 특별요양노인홈, 老人保健施設, Care Home과 在宅서비스의 일환으로 노인방문스테이션, 在宅介護支援센터, 晝間保護시설, 단기보호시설, 家庭奉仕員과 家庭奉仕支援센터를 운영하고 있음.
- 新 Gold Plan에 의하면 1999년까지 在宅 서비스의 일환으로 家庭奉仕員 17만 명, 家庭奉仕員 지원센터 1만개소, 단기보호시설 6만병상, 晝間保護시설 1만7

3) 일본의 노인보건의료제도는 의료보험연합회, 『日本의 老人保健醫療와 健康保險의 給與制度』, 1994; 厚生省, 『내부자료』, 1994. 8; 厚生省, 老人保健·醫療·福祉의 綜合的展開, 1991; 厚生省, 『老人의 保健醫療と福祉』, 1994를 참고 하였음.



천개소, 재택개호지원 센터 1만개소, 老人訪問看護ステ이션 5천개소를 목표로 하고, 시설서비스는 特別養護老人ホーム 29만명상, 老人保健施設 28만명상, 고령자 생활복지센터 400개소, Care Home 10만명을 목표로 함. 또한 看護·養護要員을 20만명, 간호직원 10만명, 물리치료사 1만5천명을 양성할 계획임.



資料: 의료보험연합회, 『日本の 老人保健醫療와 健康保險의 給與制度』, 1994, 그림 3~3 p.38.

<圖 2> 日本의 老人保健事業體系圖

## 1. 健康增進事業

健康增進事業으로는 40세 이상의 성인을 대상으로한 건강수첩의 교부, 보건교육, 健康相談, 연 1회의 健康診斷, 機能訓練, 방문지도가 있음. 건강교육 및 건강상담 같은 보건서비스는 市·町·村 보건센터와 보건소 등에서 수행하고, 사업비용은 중앙정부 1/2, 都·道·府·縣과 市·町·村이 각각 1/2 씩 부담함. 주요사업 내용은 다음과 같음.

### 가. 健康手帖의 교부

#### 1) 역할 및 서비스

- 건강수첩은 스스로의 健康管理과 적절한 의료확보에 이바지하기 위하여 건강검진의 기록과 기타 노후의 건강 유지를 위해 필요한 사항을 기재하는 것임.

#### 2) 이용자격

- 70세 이상 및 65세 이상 70세 미만의 臥床 상태의 자에게는 모두 건강수첩이 교부되며, 40세 이상에 대해서는 健康管理에 필요하다고 인정되는 자에게만 교부함.

### 나. 保健教育

#### 1) 역할 및 서비스

- 성인병 예방과 健康增進을 주제로 한 일반 건강교육과 간암예방, 유방암 등의 중점건강교육이 있고 市·町·村 건강센터와 公民會館 등에서 「보건학급」, 「건강교실」 등의 명칭으로 개최됨.

#### 2) 인력

- 의사, 치과의사, 保健婦, 영양사 등을 강사로 함.

#### 3) 이용자격

- 40세 이상의 자와 상황에 따라 대상자의 가족도 포함.

## 다. 健康相談

### 1) 역할 및 서비스

- 심신의 건강에 대한 개별상담에 따라 지도와 조언을 통하여 가정에서의 健康管理에 도움을 줌.
- 성인병예방에 관한 일반 상담과 그외의 重點 健康相談으로 질병상태별 식생활 개선상담, 齒牙健康相談, 노인건강상담을 실시함.

### 2) 인력

- 의사, 치과의사, 保健婦, 영양사.

### 3) 이용자격

- 40세 이상의 사람과 상담내용에 따라 대상자의 가족도 포함.

## 라. 健康診斷

### 1) 역할 및 서비스

- 암, 심장병, 腦卒中등의 성인병예방과 早期發見을 위하여 연 1회 필요한 검사와 검사결과에 기초하여 지도를 함으로써 장년기부터의 健康管理과 노후의 건강유지에 도움을 주고자 함. 건강진단의 내용은 기본건강진단과 위암, 자궁암, 간암, 유방암 등의 암검진 등임.
- 기본건강진단에서 「要醫療」라고 판정된 사람과 암검진에서 「要精檢」으로 판정된 사람에 대하여는 의료기관에서 진료를 받도록 지도하게 됨. 또한 기본건강진단에서 「要指導」로 판정된 사람중에 생활습관개선이 필요한 사람과 기본건강진단에서 「要醫療」로 판정된 사람이 수진결과 의료의 필요는 없으나 생활습관의 개선이 필요하다고 판정된 사람등에 대하여는 식생활, 운동, 휴양등의 생활습관의 개선에 대하여 의사, 保健婦, 영양사등에 의한 지도가 이루어짐.

2) 이용방법

- 지역의 보건소, 市·町·村보건센터와 의료기관 또는 檢診車 등에서 실시.

3) 이용자격

- 40세 이상인 사람중 희망자에 한하며, 자궁암 검진, 유방암 검진은 30세부터 받을 수 있음. 피용자 본인은 회사나 의료보험에서 검진을 받으므로 이 건강검진은 주로 피용자의 가족이나 자영업 등의 지역주민이 됨.

4) 비용지불

- 수진자는 검진의 종류에 따라 100엔~2,000엔 정도의 비용을 부담하는 것으로 되어 있으나 70세 이상인자 및 저소득자에 대해서는 면제됨. (일반검진은 100엔, 정밀검사, 암검진은 그 비용의 1/3정도를 부담)

마. 機能訓練

1) 역할 및 서비스

- 신체의 기능이 저하된 40세 이상에 대하여 기능의 유지, 회복을 목표로 일상생활의 자립을 돕기위해 시행하는 훈련임. 의사의 지도하에 物理治療士, 作業療法士등이 보행훈련, 일상생활 동작훈련, 그룹체조 등의 훈련을 실시함.

2) 인력

- 의사, 물리치료사, 작업치료사.

3) 이용방법

- 기능훈련을 받으려면 기능훈련희망자가 사전에 市·町·村에 신청을 해야 함. 市·町·村은 의사의 판정에 따라 훈련실시시설의 정비상황, 훈련실시담당자의 상황등을 고려하여 훈련대상자를 결정함. 훈련실시장소는 市·町·村보건센터, 보건소, 健康増進센터, 노인복지센터, 特別養護老人ホーム, 老人保健施設등임.

## 4) 이용자격

- 40세 이상의 사람중 腦卒中的 후유증, 류마티스등의 골관절질환, 노화 등으로 신체가 부자유하여 機能이 低下된 者.

## 바. 訪問指導

## 1) 역할 및 서비스

- 40세 이상으로 가정에서 臥床狀態에 있거나 그에 준하는 상태에 있는 자에 대하여 보건부 등이 방문하여 본인 및 가족에게 療養方法과 機能訓練·看護方法 등의 지도를 함.

## 2) 인력

- 主治醫, 保健婦, 看護師.

## 3) 이용방법

- 의사의 판정에 따라 방문지도결정(主治醫와 연계하여 방문지도 서비스가 이루어짐).

## 4) 이용자격

- 40세 이상자 중 가정에서 舉動不便狀態에 있는 사람이나 이와 비슷한 상태에 있는 사람과 건강진단등의 결과, 지도가 필요하다고 인정된 사람.

## 2. 在家保健·醫療서비스

## 가. 在家서비스 支援센터

## 1) 역할 및 서비스

- 市·町·村이 중심이 되어 재택개호지원센터를 운영함. 이 곳에서는 노인 재가복지서비스事業, 노인晝間保護운영事業, 노인단기입소운영事業 등 재택복지

서비스 또는 보건, 의료서비스 실시기관등과 기능적으로 연계하여 운영함. 사업 대상자의 대부분은 身體虛弱 또는 舉動不便, 치매등의 이유로 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 노인(대부분이 65세 이상임), 또는 이러한 노인을 돌보고 있는 가족임. 사업내용은 다음과 같음.

- (1) 지역의 요보호노인에 대한 실태파악 및 개별 要保護老人 및 그 세대의 간호·의료요구에 대한 資料 작성.
- (2) 재택개호에 관한 종합적인 상담: 전화·면접상담, 방문.
- (3) 各種 공적보건복지서비스의 홍보 및 그 적극적인 이용 촉진 및 이용신청수속의 편의를 도모하는 등 공적복지서비스의 적용 조정.

## 2) 인력

- 재택개호 지원센터에는 상담서비스의 適用調整을 담당하는 보건복지사 또는 保健婦, 구체적인 개호방법에 대한 지도를 담당하는 간호사 또는 介護福祉師가 상근함.

## 3) 비용지불

- 이용료는 무료이며, 1개소당 운영비는 1991년 9,337천엔 임.

## 나. 老人日常生活用具提供 사업

### 1) 역할 및 서비스

- 노인일상생활용구제공 사업을 통하여 舉動不便老人이나 독신생활노인에 대하여 특수침대등의 일상생활용구를 제공 또는 대여함으로써 일상생활의 편의를 도모함.

### 2) 대상자

- 65세이상의 舉動不便老人과 독신생활노인 등.

## 3) 일상생활용구의 품목

- ① 提供: 특수침대, 매트리스, 에어포트, 좌식변기, 욕조·탕비기(물끓이는 기구), 특수尿器, 화재경보기, 자동소화기, 목욕들것, 체위변환기, 긴급통보장치, 치매성노인 배회감지기, 전자조리기
- ② 貸與: 노인용 전화
- ③ 賃貸: 휠체어, 보행기

## 4) 日常生活用具提供 등 事業費用負擔基準

- 소득세 非課稅世帯등의 低所得世帯는 無料이며, 소득에 따라 비용을 차등 지급함. 즉, 지난해 소득세 과세연액이 9,600엔 이하인 세대는 16,300엔을 부담. 소득세과세연액이 9,601엔~ 32,400엔 이하인 세대는 28,400엔을 부담. 소득세과세연액이 32,401~ 42,000엔 이하인 세대는 40,600엔을 부담. 소득세과세연액이 42,001엔 이상은 전액 부담함.

## 다. 家庭看護事業

## 1) 역할 및 서비스

- 방문을 통하여 영양상의 시중 또는 필요한 診療의 補助인 看護서비스 즉, 질병상태의 관찰, 욕창의 처치, 기능훈련, 터미널 케어, 체위변환 등의 서비스를 제공함.

## 2) 인력

- 간호사, 보조간호사, 보건부, 물리치료사, 작업치료사.

## 3) 이용자격

- 가정에서 臥床狀態 또는 그에 준하는 상태에 있는 노인의료수급대상자로서, 주치의가 방문간호의 필요를 인정한 노인

4) 비용지불

- 老人訪問看護 요양비는 老人保健施設 요양비와 같이 현물급여로 이루어짐. 서비스를 제공한 老人訪問看護 스테이션은 노인보건제도(市·町·村)로부터 노인방문간호 요양비를 지불 받는 바, 이때 老人保健施設 요양비와 마찬가지로 지불기금 또는 국민건강보험연합회에 청구하고, 그곳에서 심사·지불이 이루어짐. 주치의의 노인방문간호 스테이션에 대한 지시에 대해서는 의사에 대한 진료보수에 『老人訪問看護 指示料』가 설정되어 지불됨. 노인방문간호 요양비는 노인방문간호 기본요양비, 老人訪問看護 管理療養費, 노인방문간호 정보제공요양비 등의 세 부분으로 구성되어 있음.

5) 사업기관

- 實施主體는 지방공공단체, 의료법인, 사회복지법인 및 후생대신이 정하는 자 (공적 의료기관의 개설자, 지역의 의사회, 간호협회 등) 가운데서 일정한 기준에 따라 都·道·府·縣 지사의 지정을 받은 자가 방문간호서비스를 실시함.

라. 家庭奉仕員制度

1) 역할 및 서비스

- 身體의 介護: 식사, 배설, 의복 갈아입기, 목욕, 신체의 청결, 머리감기, 병원 방문 보조 등.
- 家事補助: 조리, 의복세탁 및 수선, 청소, 생활필수품의 구매, 행정기관 등과의 연락 등.
- 相談 및 助言: 생활, 신상, 간호 및 양호에 관한 조언 등.

2) 인력

- 국가공무원의 공적가정봉사원과 민간복지기관의 직원인 민간가정봉사원으로 구분하며, 家庭奉仕員, 주임가정봉사원, 사회복지사, 노인복지주사, 민생위원, 간호사등과의 연계하에 상근가정봉사원과 시간제가정봉사원등이 팀을



구성하여 업무를 수행하는 팀방식으로 운영함.

### 3) 이용자격

- 노쇠, 심신의 장애 및 상병의 이유로 병상에 누워 있어 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 대략 65세 이상 노인이 있는 가정으로 소득세 비과세세대 이하의 저소득세대는 무료, 課稅世帯는 시간단위로 소득수준에 맞추어 1시간당 200엔부터 650엔의 비용을 부담.

### 4) 담당기관

- 행정체계 : 후생성사회국- 都·道·府·縣 민생주관부 (국) 및 복지사무소-市·町·村 민생주관과 및 복지사무소
- 家庭奉仕員서비스 사업의 실시주체는 市·町·村임. 단 市·町·村은 파견세대, 서비스내용 및 비용부담구분의 결정을 제외한 사업의 일부를 해당 市·町·村의 사회복지협의회등에 위탁할 수 있음.

### 5) 재원조달

- 국고  $\frac{1}{2}$ , 都·道·府·縣 및 市·町·村의 부담 각각  $\frac{1}{4}$ (1989년 이전까지는 국고, 都·道·府·縣, 市·町·村이 각각  $\frac{1}{3}$  씩 부담함)임. 家庭奉仕員의 양성 및 연수를 위하여 “長壽福祉基金” 설치.
- 家庭奉仕員의 수당은 1988년도는 연간 1,538,819엔으로 되어 있었으나, 1989년도 이후에는 가사원조형과 신체개호중심형으로 구분하고 1991년도에는 가사원조중심형 1,683,562엔, 신체개호중심형 2,525,344엔으로 수당액을 증액함.

## 마. 晝間保護事業

### 1) 역할 및 서비스

- 在宅 허약노인이나 舉動不便老人을 이동식 리프트가 딸린 버스등을 이용하여 老人晝間保護센터 등에 來所시키거나 집에 訪問하여 각종 서비스를 제공함으로써 노인의 심신기능의 유지를 도모함과 동시에 介護하는 가족의

부담 경감을 도모하는 것을 목적으로 하는 사업임. 老人晝間保護事業은 노인 주간보호센터 외에 노인홈 또는 노인복지센터에서 실시하는 것을 원칙으로 하고 있음. 단, 이 사업이 적절하게 실시되고 있다고 인정되는 경우에는 노인 주간보호센터 등을 단독 설치하거나 기타 적당한 시설에서 실시할 수 있음.

## 2) 이용자격

- 노인 주간보호센터는 노인의 신체적 상태에 따라 3가지의 종류로 구분하여 운영함. 즉, 老人 晝間保護센터 B형(기본형)과 이용자중 舉動不便老人 등이 일정비율 이상인 노인 주간보호센터를 A형(重介護型), 이용자가 주로 허약노인인 경우를 C형(輕介護型)으로 구분함.

## 3) 비용지불

- 재료비등 원가에 해당되는 실비지불.

## 4) 시설별 서비스내용, 대상자 및 운영실태

### (1) 老人 晝間保護센터 A型

#### ① 사업내용

- 기본사업: 생활지도, 일상동작훈련, 양호, 가족개호자 교실, 건강체크, 교통편의 제공
- 통원사업: 목욕서비스, 급식서비스
- 방문사업: 목욕서비스, 급식서비스, 세탁서비스

#### ② 이용대상자 및 이용정원

- 기본사업의 1일당 표준이용 인원은 약 15인 이상
- 기본사업, 통원사업, 방문사업(목욕서비스로 제한)을 합하여 1일당 이용인원 중 특별요양노인홈의 입소요건 해당자가 10인 이상

- 목욕서비스중 주간보호소의 특별욕조에 의한 목욕 및 방문목욕을 합하여 1일당 평균이용인원은 약 7인이상

③ 1개소당 운영비

- 1991년도의 1개소당 운영비는 28,300천엔 임.

(2) 老人晝間保護센터 B型

① 사업내용

- 기본사업: 생활지도, 일상동작훈련, 양호, 가족개호자 교실, 건강체크, 교통편의 제공
- 통원사업: 목욕서비스, 급식서비스
- 방문사업: 목욕서비스, 급식서비스, 세탁서비스

② 이용대상자 및 이용정원

- 기본사업의 1일당 표준이용 인원은 약 15인 이상
- 기본사업, 통원사업, 방문사업(목욕서비스로 제한)을 합하여 1일당 이용인원 중 특별요양노인홈의 입소요건 해당자가 5인 이상
- 1991년도의 1개소당 운영비는 18,670천엔 임(단, 방문사업의 목욕서비스를 실시한 경우는 2,074천엔이 가산됨)

(3) 老人 晝間保護센터 C型

① 사업내용

- 기본사업 6개 항목 중 「교통편의 제공」을 必須로 하고, 그외 5개 항목중 3개항목을 선별실시함과 동시에 통원사업 및 방문사업의 5개 서비스중 2개항목을 선별 실시할 수 있도록 되어있음.

② 이용대상자 및 이용정원

- 기본사업의 1일당 표준이용 인원은 약 15인 이상

③ 1개소당 운영비

- 1991년도의 1개소당 운영비는 12,300천엔 임.

(4) 夜間保護事業

- 야간보호사업은 야간에 介護를 받을수 없는 거동불편노인 및 치매성노인을 일시적으로 야간에만 特別養護老人홈 등에서 보호하여 介護를 담당하는 가족의 부담을 경감시키고 舉動不便老人 및 치매성노인의 재택생활의 유지·향상을 지원하는 것을 목적으로 1989년에 창설된 사업임.

① 실시시설

- 短期保護사업을 하고 있는 特別養護老人홈 등으로 야간개호에 충분히 대응할 수 있는 시설.

② 이용기간

- 7일 이내. 단, 대상자의 상태등에 따라 기간연장이 불가피하다고 인정되는 경우에는 연장이 가능함.

③ 이용료

- 1991년도의 이용료는 1일당 1,310엔 임. 단, 생활보호세대에 대하여는 이용료 감면.

마. 短期療養事業

1) 역할 및 서비스

- 舉動不便老人의 개호자를 대신하여 거동불편노인을 일시적으로 노인홈에 보호함으로써 介護하는 가족의 부담을 덜어주고 거동불편 노인 및 가족의 복지를 향상시키는 것을 목적으로 하는 사업 임.

2) 이용자격

- 약 65세 이상의 재택거동불편노인의 부양자가 疾病, 출산, 관혼상제, 사고,

재해등의 사회적 이유 및 개호피로에 의한 휴양이나 여행 등의 사적 이유에 의해 일시적으로 집에서 介護가 불가능한 경우를 대상으로 하고 있음.

### 3) 비용지불

- 1991년도의 1일당 이용료는 特別養護老人홈을 이용하는 경우 1,970엔, 要保護老人홈을 하는 경우 1,530엔이다. 단, 생활보호세대에 대하여는 이용료를 감면할 수 있도록 되어있음.

### 4) 실시시설

- 사전에 市·町·村장이 지정한 특별요양노인홈 또는 요양노인홈에서 실시.

### 5) 이용기간

- 원칙적으로 7일 이내. 단, 市·町·村의 長이 기간연장이 부득이하다고 인정한 경우에는 필요한 최소한의 범위에서 연장할 수 있음.

### 6) 전용거실의 정비등

- 短期保護사업의 실시에 있어서는 노인홈 空病床 이용외에 短期保護 전용실의 정비를 중점적으로 추진해 나가고 있음. 또한 단기보호사업의 정원이 20인이상인 特別養護老人홈에 대하여는 1989년도부터 원칙적으로 이송을 실시하고 있으며, 새로이 短期保護사업을 대규모로 실시하기 위해 단기보호 전용시설의 정비를 진행하고 있음.

## 사. 在宅介護 促進事業

### 1) 역할 및 서비스

- 재택개호 촉진사업은 舉動不便老人을 처음 介護하게된 세대등에 대하여 일상동작 훈련 및 개호 방법의 지도를 실시함과 동시에 거동불편 노인과 그 가족의 재택생활지원을 목적으로 1988년에 창설된 사업임.

2) 실시 시설

- 단기보호사업을 하고 있는 특별보호노인홈 등에서 가족개호자의 숙박을 위한 설비를 가진 시설에서 실시됨.

3) 비용지불

- 舉動不便老人등에 대한 1991년도의 이용료는 1일당 1,970엔 임. 단, 생활보호 세대에 대하여는 이용료를 감면할 수 있도록 되어 있음. 가족개호자는 1일당 1,970엔 외에 개호실습에 따른 설비를 부담하여야 함.

4) 이용기간

- 舉動不便老人등은 대체로 3주간정도 입소하고 가족개호자는 7일 정도로 되어 있음.

3. 治療 및 長期療養事業

가. 老人專門病院

- 老人病棟이란 特例許可 병동과 65세 이상 노인수용비율이 60% 이상인 병동을 말함. 특례허가병동은 의료법상의 특례로서 의사와 간호사 등의 배치 기준을 완화하는 대신 적절한 수의 개호직원을 배치하는 것이 허가된 병동임. 한편 중점지도대상 병동이 있는데, 이는 老人病棟으로서 간호직원 등의 인원이 현저히 부족한 병동을 말함. 이들 병동의 입원환자에 대해서는 검사, 투약, 주사 등 노인진료보수를 예외적으로 적용함. 1993년 현재 1,525개 老人病院, 182,518병상이 있는바, 그중 特例許可 老人病棟을 보유한 병원이 1,359개 병원에 171,198병상이 있음.

1) 特例許可老人病棟

(1) 역할 및 서비스

- 주로 노인 慢性疾患의 환자를 수용하는 병실을 보유한 병원으로서 의료법

에 근거한 都·道·府·縣 知事の 허가를 받은 병원의 병동을 말함.

(2) 인력

- 특례허가노인병동의 인원 배치는 일반 병동의 경우 입원환자 100인당 의사 6인, 간호사 25인이 표준으로 되어 있으나, 의사 3인, 간호사 17인으로 완화 되는 대신 개호직원을 입원환자 100인당 13인을 두도록 되어 있음.

(3) 이용자격

- 特例許可老人病棟의 대상이 되는 것은 입원환자의 약 60% 이상이 노인만성 질환 환자이거나, 주로 65세 이상의 노인만성질환 환자와 일반 만성질환 환자의 합계가 70% 이상인 병동임.

(4) 이용방법

- 特例許可를 받기 위해서는 입원환자의 수 등에 대하여 필요한 서류를 첨부하여 都·道·府·縣에 신청할 필요가 있음.

(5) 비용지불

- 진료보수면에서는 일부 간단한 처치를 월 단위로 포괄하는 한편 노인만성 질환환자에 적합한 간호, 介護가 제공될 수 있도록 노인병동 입원의료관리료를 신설하여 병원 기능의 특성에 대응하는 배려를 하고 있음.
- 指導 對象病棟에 대해서는 진료보수면에서, 일상적인 주사의 기술료, 비교적 간단한 일부 검사료와 처치료를 월단위로 일정금액으로 포괄하여 진료내용이 과잉되지 않도록 하고 있음.

나. 老人保健施設

(1) 역할 및 서비스

- 疾病, 부상 등에 의해 臥床狀態에 있는 노인 또는 이에 준하는 상태에 있는 노인에 대하여 간호 및 의학적 관리하의 介護, 기능훈련 및 기타 필요한 의

료와 함께 일상생활의 시중을 목적으로 하는 시설임.

- 離床期 또는 步行期の 재활, 일상생활 동작훈련, 식사 및 체위변환 등의 간호·介護 서비스, 비교적 안정된 병상에 대한 진찰, 투약, 주사, 검사, 처치 등의 의료 서비스, 이발 등의 개인적 시중, 교양 오락의 모임 개최 등 일상생활 서비스를 하는 입소 서비스가 있음. 臥床老人 등을 2주 이내에서 맡는 단기 입소 서비스, 만나질 정도 맡는 데이케어 서비스, 在宅 서비스 등을 제공함.

(2) 이용방법

- 老人保健施設은 병원의 입원수속 같이 의료수급자증을 제시하여 이용함.

(3) 이용자격

- 병약한 臥床老人, 병약하여 臥床狀態에 준하는 노인(만성질환의 안정기에 있으며, 입원치료를 필요로 하지는 않으나, 의사의 지시하에 의학적인 관리를 필요로 하는 상태), 치매성노인 등임.

(4) 비용지불

- 老人保健施設 요양비의 지급대상이 되는 서비스는 노인의료의 급여와 같은 비율로 부담됨. 부담비율은 중앙정부 4/12, 都·道·府·縣 1/12, 市·町·村 1/12, 보험자 6/12이며, 보험자 부담금은 의료비 각출금에 포함됨. 老人保健施設 요양비의 의료비 각출금의 교부는 지불기금이 하며, 市·町·村이 지불기금 또는 국민건강보험연합회에 위탁하여 老人保健施設에 지불함.

(5) 老人保健施設 요양비

- 70세 이상의 각 의료보험의 가입자 및 65세 이상 70세 미만의 臥床狀態에 있는 자(노인의료의 수급 대상자)가 老人保健施設을 이용하는 경우 市·町·村長은 필요하다고 인정되면 노인보건시설 요양비를 지급함. 이 경우 실제로는 현물급여로 지급됨. 식비, 세탁비, 이미용비, 일용품비, 교양오락비 등은 이용자 부담임.



## (6) 시설, 운영 기준

- 1994년 현재 老人保健施設은 전국에 893개소에 75,862 병상이 있음. 시설은 충분한 여유가 있는 구조로 하고 담화실, 기능훈련실, 식당, 욕실을 갖추어야 하며, 요양실은 1실당 정원 4인 이하여야 함. 직원 배치 기준은 정원 100인의 경우 의사 1인(상근), 간호사 8인, 간호직원 20인, 재활직원 1인, 상담지도원 1인, 영양사 적정수와 시설의 규모에 따라 약사, 조리사 및 사무원을 두도록 함.
- 입소자의 신체 상태 및 병상에 따른 시설요양, 일상생활 서비스의 제공, 협력병원의 선정, 이용료의 적정수준의 확보 등에 관한 운영이 규정되어 있으며, 관리는 都·道·府·縣 知事の 승인을 받아 의사 또는 의사 이외의 자가 함.

## (7) 설치주체

- 의료법인, 사회복지법인 및 市·町·村 등이 都·道·府·縣 지사의 허가를 받아 개설함. 병원이나 의원, 특별양호노인홈에 병설하는 경우 또는 독립시설로 설치하는 등 여러가지 설치형태가 있음. 老人保健施設의 정비촉진을 위해 시설정비비에 대하여 국고보조와 용자를 하고 있음.

## 다. 特別養護老人홈

## (1) 이용자격

- 65세이상인 자로서 신체적, 정신적으로 현저하게 장애가 있어 常時 介護를 필요로 하고(소위 거동불편 노인등) 집에서 적절한 介護를 받을 수 없는 자를 입소시키는 시설.

## (2) 비용지불

- 特別養護老人홈의 비용징수는 입소자본의 부담능력에 따라 징수하도록 되어 있음. 부양의무자의 범위는 종전에는 입소자 본인과 동거하고 있는 배우자, 직계혈족, 형제자매, 또는 별거하고 있던 同一實施機關(복지사무소)内の 배우자 또는 자녀 등이었으나, 1988년 7월 1일부터 원칙적으로 입소자

본인과 동거하고 있던 배우자 또는 자녀로 한정함. 단, 獨身老人의 경우에는 동거세대와의 공평을 도모한다는 관점에서 별거하고 있는 자녀가 獨身老人을 세제상의 부양공제대상으로 하고 있는 경우 당해 별거자녀를 부양 의무자로 취급하고 있음.

(3) 定員, 施設基準등

- 특별양호 노인 홈의 정원규모는 50명 이상임. 또는 일정 조건하에 30명 이상의 규모로도 할 수 있음.

(4) 조치비 및 職員配置基準

- 특별양호노인홈의 직원배치기준은 시설의 정원규모에 따라 다르며, 조치비는 소재지에 따라 다르게 되어 있음.

(5) 설치주체

- 이 특별양호노인홈의 설치주체는 지방공공단체 또는 사회복지법인이며, 이 시설의 입소는 都·道·府·縣, 市 또는 福祉事務所를 설치하는 町·村에서 決定함.

第 3 節 美國의 老人保健·醫療制度<sup>4)</sup>

- 老人에게 서비스를 제공하는 근거로 老人法(The Older American Act:OAA)

4) 미국의 노인보건의료제도는 Gelfand, D. E.(4eds.), *The Aging Network: Programs and Services*, Springer Publishing Company: New York, 1993; 전준영, “Illinois Gottlieb Memorial 병원의 가정간호 사업”, 『미국의 가정간호사업운영』 1995년 가정간호연구소 학술세미나 자료집, 1995; Wolfson J., & P. J. Levin, “Finance for Eldercare Health Saervices” in Persily N. A., *Eldercare*, 1991; 김소선 “Johns Hopkins 대학병원 Home care goup의 Case Management”, 『미국의 가정간호사업운영』 1995년 가정간호연구소 학술세미나 자료집, 1995; 이석미, 『우리나라 노인의 가정봉사원 서비스의 발전방안에 관한 비교분석, 석사학위 청구논문, 연세대학교, 1993; 정미경, 『노인주간보호서비스의 정착화 방안에 관한 연구』, 석사학위 청구논문, 이화여자대학교, 1992; 김영숙, “노인복지시설 장기 요양서비스 유형설정 및 프로그램 개발에 관한 연구』, 박사학위 청구논문, 서울대학교, 1994의 자료를 참고함.

- 5)이 1965년에 제정됨. 州政府에 서비스, 훈련, 연구를 위한 자금을 지원하기 위한 목적으로 제정된 노인법은 60세 이상 노인의 소득, 주거, 건강, 재활서비스등 노인에게 필요한 모든 서비스를 총괄하고 있음.
- 중앙정부에는 老人局(Administration on Aging)이 노인관련 서비스의 제공, 자금의 지원등을 독립적으로 운영하고 保健福祉局(Department of Health and Human Service)에 보고함. 委員會의 역할도 강조되고 있음. 연방노인위원회(Federal Council on the Aging), 長期治療監視制度(Office of Long-term Care Ombudsman Program)등이 있음. 또한 州 別로는 노인기관(Office on Aging)과 각 주의 일부분을 담당하는 地域老人機關(Area Agencies on Aging)이 있음. 각 주별로 3년 단위의 노인을 위한 서비스 계획을 제출함.
  - 노인에 대한 서비스는 노인을 위한 Categorical Program과 모든 年齡을 대상으로하는 Generic Program을 통하여 제공됨. 노인을 위한 서비스프로그램의 비용은 中央과 地方政府에서 출자되며, 1992년 중앙에서는 노인을 위한 프로그램을 위하여 약 2,089만달러 이상이 지원되었음.
  - 의료비억제책으로 1次診療를 중요시하고, 병원 및 요양소(Nursing Home)등과 같은 입원진료(시설진료)에서 在宅診療로 전환하고 있음. 병원과 요양시설의 연계가 잘 이루어지고 있어서 急性疾患 또는 수술대상자는 짧은 기간동안(평균 9일)의 집중치료 후에는 요양시설로 옮겨서 지속적인 간호서비스를 받도록 하고 있음. 미국의 요양시설은 專門療養施設(Skilled Nursing Home), 준전문요양기관(Intermediate Nursing Home)이 있으며, 老人病棟(Geriatric Clinic)이 종합병원의 노인의료과에서 운영됨.
  - 노인의 健康增進프로그램도 운영되고 있음. 老人法 Title III(319조)에는 健康增進프로그램에 대하여 명시하고 있음. 健康增進프로그램의 일부를 중앙 및 지방정부가 지원함. 또한 Health Fair를 통하여(주로 노인의 달인 5월에 실시) 기본적인 건강검진과 건강 및 건강관련 프로그램을 제공함.

---

5) 1965년 이후 11번의 개정을 하였고 대상노인도 65세 에서 60세(1973년)로 확대됨.

- 65세 이상 노인의 醫療保障은 Medicare와 Medicaid가 있음. Medicare와 Medicaid는 長期療養에 대한 보험의 부담비율이 낮으므로, 많은 노인들이 민간의료보험 즉, “Medigap” 보험에 가입되어 있음. 家庭看護, 가정봉사, 短期保護, 晝間保護와 같은 서비스를 포함하고 있는 SHMO(Social Health Maintenance Organizations)를 노인들로 하여금 가입하도록 권고하고 있음.

### 1. 健康增進事業

노인법 Title III(363조)에서는 질병예방 및 健康增進 프로그램에<sup>6)</sup> 대하여 명시하고 있음. 보건교육프로그램은 노인센터, 영양센터, 주간보호소 등에서 실시됨. 또한 TV와 라디오를 이용한 노인보건교육도 실시함. 또한 Health Fair를 통하여(주로 노인의 달인 5월에 실시) 기본적인 健康檢診과 건강 및 건강관련 프로그램을 제공함. 미국의 남서부의료취약 농촌지역에는 移動檢診(Mobile Health Screening)을 실시하고, 매사추세스의 Worcester 주립병원의 하와이 프로그램은 일차예방과 이차예방의 요소를 포함하여 노인에게 영양, 만성질환간호, 올바른 약 복용법, 그외의 다양한 의료문제에 대한 정보제공프로그램을 운영함. 保健서비스는 일반세금으로 충당됨.

### 2. 在家保健·醫療서비스

#### 가. 家庭看護事業

##### 1) 역할 및 서비스

6) 건강위험사정, 정기건강검진(고혈압, 암, 당뇨등), 영양상담 및 교육, 건강증진 프로그램(예방, 절주, 금연, 체중조절, 스트레스 조절 등), 운동프로그램, 가정사고 예방서비스, 정신건강검진, 사회안전법 제18조에 의한 예방보건서비스, 약물복용안전에 관한 검진, 질병치료, 예방, 재활에 관한 정보제공, 노인상담, 사회 및 보건서비스 관련상담 등이 포함됨. 이 서비스들을 위한 자금은 연방정부의 예산으로 지원받으며 (Categorical Grants) 질병예방 및 건강증진 프로그램에는 1992회계년도에 2,500만 달러가 지급됨. 이외에 Department of Health and Human Services와 다른 연방정부기관을 통하여 각 주(州)로 직접 지원되는 Block Grant를 통하여 지원받음. 서비스의 대상은 각 주(州)마다 조금씩 다르지만 서비스를 요하는 모든 노인을 대상으로 하고 있음.

- 1965년 社會保障法을 제정하여 Home Health Agency 활동 시작함. 정부에서 운영하며 주로 저소득층과 노인환자를 대상으로 간호, 물리치료, 언어치료, 작업치료, 영양지도, 가정봉사, 사회사업 등의 서비스 제공함. 이후 1980년대 DRG 支拂制度의 적용후 弔旗退院시킨 환자의 관리를 위하여 家庭健康管理事業이 활성화됨.
- 미국에서는 家庭健康管理(Home Health Care)의<sup>7)</sup> 한 부분으로 家庭看護를 시행하고 있음. 1990년 미국 전역에 약 12,000개의 Home Health Agency가 있으며, 이곳에서 약 400만명이 서비스를 제공받아 家庭健康管理에 소요된 비용이 전체 국민의료비의 30%를 차지함(Albrecht, 1990).

## 2) 인력구성 (病院 中心의 Home Health Agency)

- 총 책임자 1인(의사), 간호책임자 2인, 직원보조인력(Staffing Assistance) 1인, 의무기록 담당자 1인, 사무직원 3인, 비서 1인, 의뢰업무 담당간호사 1인, 간호사 22인(정규간호사 7인, 시간제 간호사 등 15인), 작업치료사와 물리치료사 6인, 사회사업가 1인임.

## 나. 家庭奉仕員制度<sup>8)</sup>

### 1) 역할 및 서비스<sup>9)</sup>

- 7) “포괄적인 건강관리를 제공하기 위한 일련의 한 요소로서 말기환자를 포함한 불능과 질병 상태에 놓여 있는 환자나 그 가족에게 더 이상의 악화를 방지 할 뿐만아니라 건강상태를 회복·유지하고자 하는 목적을 갖고 환자의 가정에서 제공하게 되는 서비스를 의미함. 환자 개인이나 가족에게 제공하게 되는 적절한 서비스는 직원을 직접 채용하거나 계약을 통하거나, 또는 두 방법을 병행할 수있으며, 조직화된 전문인력팀에 의하여 계획되고 조절될 수 있다” 라고 정의 됨(유호신, 『종합병원의 가정간호 시범사업개발 및 기초조사연구』, 1994).
- 8) 가정봉사원의 업무외에도 가정에서의 생활을 보조하기 위한 단체급식, 식사배달, 교통편의 제공, 우호방문, 정기점검전화등의 서비스를 제공함. 재원은 국가와 지방정부의 보조, 모금등으로 운영하며 자원봉사자의 활동이 중요한 역할을 함.
- 9) 가정봉사원서비스를 받고 있는 미국의 노인들은 기능적인 손상의 측면에서 중간수준의 요양시설보호를 받는 노인과 아주 유사한 특성을 보이고 있음(P. Kemper, R. Applebaum & M. Harrigan (1987), "Community Care Demonstration: What have we learned?", *Health Care Financing Review*, 8(4), pp.87-100. Robert Applebaum & Paul Phillips (1990), "Assuring the Quality of In-Home Care: The Other Challenge for Long-Term Care", *The Gerontological Society of America*, Vol. 30,

(1) 醫療서비스(Intensive or Skilled Services)

- Medicare하에서 醫療處置가 필요한 사람들에게 제공되는 서비스로서 疾病(골절, 심장질환, 당뇨, 말기적 질환)중에 있는 노인 대상임. 醫師에 의해 지시되고 간호사의 지도·감독하에 제공되는 서비스로 給食서비스, 약배달 및 가정건강장비 제공, 그리고 노인의 가정에서 안전하게 제공할 수 있는 치료적 서비스와 의사의 왕진, 看護訪問, 물리치료, 作業治療 등을 제공함.

(2) 看病서비스(Personal Care or Intermediate Services)

- 급성질환으로부터 회복기에 있는 사람이나 일시적인 무능력 상태에 빠진 만성질환자가 대상임. 목욕 등 일상활동의 援助, 약물복용의 지도나 혈압 검사와 같은 건강보조, 그리고 물리치료 보조서비스의 제공.

(3) 家庭奉仕서비스(Homemaker-Chore or Basic Services)

- 자신을 돌볼 수는 있지만 주변의 환경을 돌볼 수 있는 능력이 없는 노인을 대상으로 가사, 음식준비, 세탁서비스 등의 基礎的인 서비스 제공.

2) 인력

- 미국에서의 家庭奉仕員서비스는 가정보호(Home Care)의 개념으로 다수의 전문가와 준전문가가 한 팀을 이루어 운영하고 있음. 서비스인력은 간호사, Case Manager, 치료사, 사회사업가, 영양사, 정신의료사회사업가의 전문직원<sup>10)</sup>과 家庭奉仕員, 가정건강보조원, 가사보조원의 준전문직으로<sup>11)</sup> 구성됨. 長期在家서비스(Home-Delivered Long-Term Care)의 약 70~80%는 準專門職員들이 책임지고 있음.

No. 4, p. 446에서 재인용).

10) 이들은 지도감독자의 역할을 하며 대상노인의 욕구를 평가하는 업무를 담당함.

11) 가정봉사원은 ‘전국가정봉사원서비스심의회(The National Council for Home Maker-Home Health Aide Services)가 정한 기준에 따라 건강 및 관련문제들에 관한 훈련을 받고 전문가의 지도하에 업무를 수행함.

## 3) 비용지불

- 무료 및 유료로 이분화되어 있으며 州에 따라 적용에 차이가 있음. 즉, 健康補助서비스(의료 및 간호)는 Medicare와<sup>12)</sup> Medicaid에서, 가정봉사서비스는 Social Services Block Grant에서<sup>13)</sup> 지급함. 또한 노인법의 Title III에 의거 老人福祉事務所(Area Agencies on Aging)를<sup>14)</sup> 통하여 60세 이상의 저소득층 노인의 가정봉사서비스를 지원함.

## 4) 재원조달

- 정부차원에서는 연방정부, 주정부, 지방정부의 세금에 의한 補助金(Grant) 형태로 재원을 염출함. 연방정부의 財源은 대부분 社會保障法下的 Medicare와 Medicaid, SSBG(Title XX), 老人法의 Title III 등으로 부터 지원됨. 민간차원에서는 회비, 수혜자의 수수료, 보조금, 서비스수매, 제3자 지불, 세금이 공제되는 기여금 등으로 재원이 마련됨.

## 5) 사업기관

- 公共 또는 民間(사립비영리기관 및 사립영리기관)의 健康機關 및 福祉機關으로 이분화되어 제공되고 있음. 이것은 가정내 노인들에 대한 社會的 서비스와 健康서비스가 독립적으로 발전해 온 것에 기인함.
- 家庭奉仕員서비스의 運營主體는 다음과 같음.

12) 단기간의 간호, 특히 숙련된 간호나 물리적, 작업, 언어치료에 국한하여 비용을 지불함(Wolfson J. & Peter J. Levin, "Financine for Eldercare Health Services" in Persily N. A. *Eldercare.*, 1991).

13) 주요대상자는 보충보장소득(Supplemental Security Income for the Aged, Blind, and Disabled, SSI) 대상자, 또는 소득이 일상생활비용으로는 충분하더라도 의료비용까지 충당하기에는 충분하지 않은 사람으로 건강보조서비스는 의료보장제도인 Medicare와 Medicaid에서, 가정봉사서비스는 사회보장법의 Social Services Block Grant에서 지불함 (Title XX: 연방정부와 주정부가 3:1의 비율로 주에 재정지원을 하는 연방프로그램임).

14) 보충보장소득 대상자에 속하지 않는 60세 이상의 저소득층 노인을 대상으로 노인법의 Title III에 의거 노인복지사무소(Area Agencies on Aging)를 통한 가정봉사서비스의 재정을 지원함.

① 地域病院의 家庭看護部(Home Care Units of Community Hospitals)

조기퇴원한 환자를 병원에서 지속적으로 치료, 간호를 함. 公衆保健看護師가 숙련된 간호서비스를 제공함. 이 프로그램은 가정내에 기거하면서 즉각적인 건강서비스를 필요로 하는 말기환자에게 특히 효과적임.

② 福祉局(Departments of Social Services)

지방의 복지서비스부는 대개 그 부서산하에 있는 노인서비스 조직에서 중간 수준 또는 기본수준의 家庭奉仕員서비스를 제공함. 개인보호서비스 보다는 가사지원서비스를 주로 제공함.

③ 非營利私立地域社會機關(Private Nonprofit Community Agencies)

Associated Catholic Charities, Jewish Family & Children's Services, Family & Children's Services, 그리고 방문간호사협회와 같은 기관들이 여기에 속한다. 이 기관들에서는 家庭奉仕員, 간호사, 그리고 다른 재가서비스복지사들을 지역사회관련 대단위 프로그램에 제공하기도 한다. 각 기관들은 다른 기관과 통합하여 개인보호 및 간호서비스를 제공하고 있음.

④ 地域社會健康센터(Community Health Centers)

지역사회건강센터는 지역사회내 건강서비스프로그램의 일환으로 家庭奉仕員 서비스를 제공함. 건강센터에 참가하고 있는 노인을 대상으로한 서비스의 연장임.

⑤ 私立機關(Proprietary Agencies)

Upjohn과 같은 사립기관들은 가정내의 노인들에게 유료 가정봉사원서비스를 제공함. 서비스는 대개 숙련된 수준이며 단기로 제공됨.

6) 서비스전달체계

보건후생성-인간개발 서비스사무소-노인복지청-주단위 노인복지사무소-지역단위 노인복지사무소-시·군 공사립서비스기관-대상노인

다. 晝間 保護事業

1) 역할 및 서비스



- 老人晝間保護서비스 프로그램의 유형은 크게 健康指向的(Health-oriented)인 서비스와 社會的 서비스(Social Service)위주의 프로그램으로 양분되어 있음. 건강지향적인 서비스 프로그램은, 주로 건강보호(Health Care)기관과 연합하여 심신기능의 만성적 장애가 있는, 즉 의료적 문제를 가진 노인에게 건강보호중심의 서비스를 제공하며 치료 목표로서 재활을 추구함. 사회적 서비스 프로그램은 주로 사회복지기관과 연합하여 의존성이나 의료문제가 거의 없는 비교적 건강한 노인에게 사회적 상호작용이나 활동같은 사회적 서비스를 제공하며 치료목표는 노인의 소외현상을 막고 사회에의 적응을 돕는 사회화 과정임.

- 전체 老人晝間保護센터에서 제공되는 서비스 실시 비율이 높은 순서에 따라 제시하면 다음과 같음.

(1) 健康 서비스: ① 간호 ② 건강진단 ③ 식이요법 ④ 물리치료 ⑤ 목욕, ⑥ 작업치료 ⑦ 의료서비스 ⑧ 언어치료 ⑨ 투약에 대한 자문 ⑩ 치과 서비스.

(2) 社會的·支持的 서비스: ① 개별관리(case management), ② 영양교육 ③ 교통편의제공 서비스, ④ 전문적 상담, ⑤ 목회서비스 ⑥ 음악감상 ⑦ 미용/이발 ⑧ 식사제공 서비스.

## 2) 비용지불

- 제공되는 의료서비스의 수준에 따라 비용은 시간당 약 4 ~ 11달러 정도임.

## 3) 서비스유형

<表 12> 美國의 서비스 類型別 晝間保護施設

형태	주요서비스	대상자 유형	서비스제공기관
주간병원 (Day Hospital)	지속적인 의료적 치료와 감독, 이후에 나타날 특정질병 예방, 최적의 수준으로 회복하도록 지원	특정질병의 회복 과정에 있거나, 더 이상의 정기적인 의료적 개입을 요하지 않음	광범위한 보호기관 (Care Facility), 병원
사회적건강 센터 (Social-health Center)	건강보호서비스	만성적인 신체적 장애자 또는 질환자로 매일의 의료적 개입을 요하지는 않으나, 간병인이나 간호사의 도움이 필요	장기요양시설, 단독기관(Free-standing Center)
심리사회적 센터 (Psycho-social Center)	보호적 및 지속적인 환경 제공 (매일매일 극복해야 할 문제점들을 스스로 다루도록 하기위함)	정신병적 증세를 지님, 지속적인 감독을 받지 않으면 위험에 빠질 위험이 있는 경우	정신요양기관 (Psychiatric Institution), 단독기관 (Freestanding Center)
사회적 센터 (Social Center)	적절한 사회화 서비스 제공	개인의 사회적 기능이 퇴보되어, 사회조직의 규범에서 이탈, 대체로, 독립적인 개인생활능력 부족함.	특수노인회관 (Specialized Senior Citizen Center)

資料: 정미경, 『老人晝間保護서비스의 定着化 방안에 관한 연구』, 석사학위 청구논문, 연세대학교, 1992, p.39.

### 3. 治療 및 長期療養事業

#### 가. 老人專門病院

- 老人醫學을 정식으로 채택하기보다는 疾病의 접근법에 따라 접근하는 방편으로서 노인의학을 제기하고 있음. 종합병원 내에 老人病棟을 운영하는 경우가 많음.

## 나. 老人長期療養施設

### 1) 역할 및 서비스

- 환자의 특성과 지원금에 의하며, 中間保護施設(Intermediate Care Facilities: ICF)과 Medicare에 의해 일정기간 재할보호를 제공하는 特別療養施設(Skilled Nursing Facilities: SNF)이 있음.<sup>15)</sup>

### 2) 입소자격

- 療養院 입소신청자는 일단 入所의 적합성을 심사받아야 함. 우선적으로 장애가 심하고 남의 도움을 필요로하는 노인들을 입소 시키고자 하는 목적임. 資金支援 出處(Medicare 또는 Medicaid)에 의한 입소자격 요건과 함께 신청자와 그 가족의 특성에 대한 자격요건이 심사됨.

15) 미국의 장기보건의료서비스는 대별하여 세 가지 수준으로 구분하고 있으며 이용하고자 하는 노인들의 서비스요구의 범위, 요구되는 서비스의 빈도와 강도, 시설 서비스 이용전 노인의 위치(병원, 지역사회 또는 가정), 노인의 특성과 서비스요구 등을 시설 서비스의 수준결정에 고려하고 있음.

Level 1은 양로시설에 대한 보건의료서비스로 입소자는 기능저하가 일부 있으나 대부분의 일상생활활동이 가능한 노인에게 안전하고 적절한 환경을 제공하여 일반적인 감독, 비전문인에 의한 일상생활의 편의, 주기적인 전문인의 서비스가 제공됨. 이러한 수준의 서비스는 Domiciliary Care Home 또는 Boarding Home에서 이루어지고 있음. 의료 및 사회적 서비스를 제공하는 전문인은 Level 1보다 높은 시설에서 파견되거나 가정간호기관, 정신보건기관 또는 지역사회관련 기관과의 계약하에 정기적인 서비스가 이루어지고 있음. 각 주마다 약간의 차이가 있는데 캘리포니아주의 노인주거단지 규정에 의하면 시설내에서는 의료서비스를 제공하지 않으며 시설외에서 의료서비스와 방문간호서비스를 받고 있는 노인들만 입소를 허용하고 있음(California-DSS- Manual-CCL Issue 177). Level 2 의 요양서비스는 복잡한 사회적 문제와 건강문제, 만성적인 기능장애를 가진 노인이나 심한 질병이나 수술 사고 등으로 병원에 입원하였던 노인들이 대상이 되며, 제공되고 있는 서비스로는 의사, 간호사에 의한 감독과 진료 서비스가 있음. 이러한 수준의 기관은 Medicaid, Medicare 재원을 지원 받을 수 있으며 요양시설로는 Intermediate Nursing Facility, Skilled Nursing Facility가 있음.

Level 3 의 요양서비스는 만성질환이나 급성질환의 후유증이 있는 노인에게 병원 입원 대응으로 선택토록 한 급성상태의 의료서비스를 제공하는 시설이며 때로는 응급상황이나 상태가 불안정한 노인에게는 의사의 진료 특수진료 또는 고도의 의료기술도 적용하고 있음. 응급상황이 아닌 경우에는 주당 1회의 의사진료나 외래진료를 실시하고 24시간 노인 1인당 3.2시간의 간호시간 할당과 노인 100명당 물리치료사 1명에 보조인 3명을 최저수준의 구성요건으로 정하고 있음.

3) 비용지불

- (1) Medicare는 Skilled Nursing Care와 家庭看護서비스의 극히 제한된 부분만 지급함. 즉 병원에서 퇴원 후 Skilled Nursing Home에서 지내게 될 경우 21일부터 100일까지는 본인의 부담액이 하루에 81.5달러임. 이 이후는 전액 본인 부담임. 노인들이 의료보험 가입비를 지불하여야 하는 Medicare에서도 극히 제한된 부분에 한하여 長期療養 비용을 의료보험에서 지급함(1985년도 Medicare 비용의 1%만이 Nursing home에 쓰여짐).
- (2) 빈곤한 노인은 Medicaid(전체노인의 약 16%가 Medicaid에 의존하며, 전체 Medicaid 비용의 40%를 쓰고 있음)의 혜택을 받음. Medicaid는 Skilled Nursing Care와 家庭保健·醫療서비스등 병원 외의 의료에도 혜택을 주고 있음(1986년 Medicaid의 전체비용 중 68%가 요양소에 쓰임).

4) 행정관리

- 미국의 요양시설의 行政管理는 Medicaid, Medicare의 규정 및 구비요건에서 노인의 상태가 Skilled Nursing Care 요건이 되는지의 여부를 결정하고 있다. 지역사회에서는 공공보건, 社會福祉機關, 또는 民間機關에서 노인들의 특성과 건강상태의 査定을 하여 요양시설의 입소를 결정하며, 공공 사회복지기관에서는 지역요양시설이 충원된 경우 노인들의 건강상태 査定點數를 적용하여 대기자목록을 만들어 입소조치를 하고 있음. 그리고 각 요양시설에서는 노인들의 健康査定樣式을 도입하여 노인들의 수용여부를 결정하고 있음. 예를 들면, Florida주에서는 요양원 입소를 신청한 노인은 그들의 신체적, 정신적 상태, 경제적 자산, 일상생활 동작능력의 수행 정도(ADL), 사회적 활동이나 관계, 그리고 가족의 특성(가족수, 사는 곳, 방문형태 등)을 심사함.

## 參 考 文 獻

- 김소선, 『Johns Hopkins 대학병원 Home Care Group의 Case Management』, 『美國의 家庭看護事業運營』, 1995년 가정간호연구소 학술세미나 자료집, 1995.
- 김영숙, 『老人福祉施設 長期 療養서비스 類型設定 및 프로그램 開發에 관한 研究』, 박사학위 청구논문, 서울대학교, 1994.
- 내외경제, 1995. 5. 9.
- 문옥륜, 『老人保健制度和 老人看病療養院 制度 開發의 課題와 展望』, 『한국노년학회공청회자료집』, 1995. 4.
- 보건복지부, 『老人福祉對策』, 1995. 6.
- \_\_\_\_\_, 『1995년도 老人福祉事業 指針』, 1995.
- 보건복지부·노인복지과, 『老人福祉施設現況』, 1995.
- 유승흡역, 『醫療經濟學』, 기린원, 1993.
- 유승흡외, 『피보험자의 건강진단 비용-효과 분석: '86년 건강진단의 비용-편익을 중심으로』, 의료보험관리공단, 1988.
- 유호신, 『綜合病院의 家庭看護 示範事業 開發 및 基礎調査 研究』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 이가옥외, 『老人生活實態分析 및 政策課題』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 이가옥외, 『老人福祉政策 開發을 위한 研究』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 이규식외, 『老人醫療費 節減 方案에 관한 연구보고서』, 보건의료정책연구소, 1989.
- 이석미, 『우리나라 老人의 家庭奉仕員 서비스의 발전방안에 관한 비교분석』, 석사학위청구논문, 이화여자대학교, 1993.
- 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1985, 1987, 1989, 1990, 1991, 1993.
- \_\_\_\_\_, 『日本의 老人保健醫療와 健康保險의 給與制度』, 1994.
- 장병원, 『인구노령화에 따른 老人保健醫療體系의 구조에 관한 연구: 中間施設을 중심으로』, 석사학위청구논문, 1995.
- 전준영, 『Illinois Gottlieb Memorial 병원의 家庭看護 사업』, 『미국의 가정간호사업운영』 1995년 가정간호연구소 학술세미나 자료집, 1995.
- 정미경, 『老人晝間保護서비스의 定着化 방안에 관한 연구』, 석사학위청구논문, 연세대학교, 1992.

- 조남범, 『在家福祉奉仕센터 실무행정 및 '94 운영현황』, 『우리나라 在家福祉事業의 현황과 과제』, 한국사회복지관협회, 1993.
- 조상원편, 『法典』 현암사, 1995.
- 통계청, 『장래인구추계 1990~2021』, 1991. 4.
- \_\_\_\_\_, 『사망원인 통계연보』, 1994.
- \_\_\_\_\_, 『경제활동 인구연보』, 1993.
- 日本厚生省, 『내부자료』, 1994. 8.
- \_\_\_\_\_, 『老人 保健·醫療·福祉의 綜合的 展開』, 1991.
- \_\_\_\_\_, 『老人의 保健醫療と 福祉』, 1994.
- Albrecht, M. N., "The Albrecht Nursing Model for Home Health Care: Implications for Research, Practice, and Education", *Public Health Nursing*, Vol. 7, No. 2, 1990.
- Atsuaki, Gunji, "Graying of the Population and the Health Care System", *Seminar on Population Aging*, 1993.
- Belloc, N. B. "Relationship of Health Practices to Mortality," *Preventive Medicine*, Vol. 2. 1973.
- Berkman, L. F. & Breslow, F., *Health and Ways of Living: The Alameda County Study*, New York: Oxford University Press, 1983.
- Dales, L. G., Friedman, G. D., & Collen, M. F., "Evaluating Periodic Multiphasic Health Check-ups: A Controlled Trial", *Journal of Chronic Disease*, 32, 1979.
- Gelfand, D. E.(4 eds.), *The Aging Network: Programs and Services*, Springer Publishing Company: New York, 1993.
- Robert Applebaum & Paul Phillips, "Assuring the Quality of In-Home Care: The Other Challenge for Long-Term Care", *The Gerontological Society of America*, Vol. 30, No. 4, 1993.
- U.S. Department of Commerce, Economic and Statistics Administration, Bureau of the Census, *Global Aging*, 1991. 9,
- Wolfson J. & Peter J. Levin, "Finance for Eldercare Health Services" in Persily N. A., *Eldercare*, 1991.