

노인보건사업의 정책방향

우리 나라 인구 고령화의 특징은 앞으로 상당히 빠른 속도로 진행될 것이며, 특히 75세 이상 후기고령인구가 급속하게 증가함에 따라 노인보건문제도 이를 대비하는 관점에서 추진되어야 한다. 즉, 노인보건사업이 지향하여야 할 기본적인 목표는 '1차적으로 모든 노인계층에게 질병의 예방 및 조기진단서비스를 제공하고, 치료에 따른 의료비를 보장해 주며, 건강 유지 및 증진을 지원하는 생활환경을 조성해 주고, 2차적으로 일상생활수행을 위한 기능의 정도에 따라 기능의 회복·유지를 위한 서비스나 기능의 유지·증진을 위한 서비스를 제공하는' 데에 두어져야 한다. 본고는 이러한 관점에서 노인보건사업의 정책방향을 제시하였다.

鮮于 惠

한국보건사회연구원 책임연구원

1. 문제제기

우리 나라도 금년도에 고령화사회를 가리키는 노인인구비율이 7%를 초과하고, 2010년에는 약 10%에 이를 것으로 전망하고 있다. 전체적으로 보면 65세 이상 노인인구가 금년도에는 337만명 수준, 2010년에는 503만명 수준이 될 것으로 전망하고 있다. 이와

같이 우리 나라 인구 고령화의 특징은 앞으로 상당히 빠른 속도로 진행될 것이라는 점, 그 중에서도 특히 75세 이상 후기고령인구(the oldest old)가 급속하게 증가할 것이라는 점이다(표 1 참조). 다시 말하면, 금년도에는 후기고령인구가 109만명 수준으로 전체노인인구의 32.4%이나 2010년에는 178만명(35.4%) 수준으로 확대되어 60대 후반 인구계층보다

도 더 많을 것으로 전망하고 있다. 이와 더불어 고령화사회에서는 고령자세대, 또는 독거노인, 노인부부만으로 구성된 고령자만의 세대가 크게 증가하는 특징이 있고, 또한 독거노인의 대부분이 후기고령자이면서 여성노인이 차지하고 있다는 점을 선진국의 경험으로부터 알 수 있다.

이러한 노인인구구조의 변화 가운데, 보건 의료적 측면에서 고령화사회의 특징을 살펴 보면 다음과 같다.

첫째, 노인의 만성질환 발생이 젊은 계층에 비하여 높은데다가, 만성질환으로 인하여 일상생활에 지장을 받고 있는 노인계층이 증가하고 있다는 점이다. 다시 말하면, 비교적 노인계층 중에서도 젊은 노인이라 할 수 있는 60대의 전기고령계층에서는 건강수준이 점차적으로 양호해지고 있는 반면에, 70대 이상의 후기고령계층에서는 자연적인 신

체의 고령화로 건강수준이 악화되어 가는 현상을 보이게 마련이어서 노인계층의 중증 만성질환 발생은 이들 후기고령계층을 중심으로 나타날 것으로 보인다.

둘째, 주요 노인 정신질환의 하나인 치매성 노인환자가 증가하고 있다는 점이다. 치매질환의 원인이 뇌혈관성 질환이나 외상, 그리고 원인불명의 뇌변성(腦變性)에 의한 질환 등으로 나타나고 있는데, 전자의 요인에 의한 경우는 어느 정도 예방이 가능하나, 후자의 요인에 의한 경우에는 예방이나 치료에도 아직까지는 큰 효과가 없는 것으로 나타나고 있다. 특히 치매질환은 후기고령계층에서 크게 발생하고 있어, 향후 후기고령인구의 증가예상은 치매질환관리의 중요성을 시사해 주고 있다.

셋째, 질병으로부터의 완전한 회복보다는 일상생활수행의 기능을 유지시키기 위한 간

표 1. 노인인구의 구성 및 추이

(단위: 천명, %)

	1990	1995	2000	2010	2020
노인인구수	2,195(100.0)	2,657(100.0)	3,370(100.0)	5,032(100.0)	6,899(100.0)
65~69세	901(41.0)	1,048(39.4)	1,366(40.5)	1,768(35.1)	2,487(36.0)
70~74세	599(27.3)	767(28.9)	911(27.0)	1,482(29.5)	1,792(26.0)
75세 이상	695(31.7)	842(31.7)	1,093(32.4)	1,782(35.4)	2,620(38.0)
총인구대비 노인인구율	5.1	5.9	7.1	9.9	13.2
노인인구의 연평균증가율	-	3.9	4.9	4.1	3.2
65~69세	-	3.1	5.4	2.6	3.5
70~74세	-	5.1	3.5	5.0	1.9
75세 이상	-	3.9	5.4	5.0	3.9

자료: 통계청, 『장래인구추계자료』, 1996.

병(또는 수발)서비스가 필요한 노인계층이 증가하고 있다는 점이다.

이와 같은 고령화 사회의 노인보건문제는 후기고령인구의 급증에 따라 더욱 복잡해지는 경향이 있다. 따라서 이에 대비하는 관점에서 노인보건문제를 추진하여야 하는데, 특히 노인보건의 단순한 질병으로부터의 회복이 아니라 일상생활수행의 기능을 회복, 유지, 증진시킬 수 있도록 하는 차원에서 이루어져야 한다는 것이다. 그러한 관점에서 노인보건사업의 정책방향을 제시하고자 한다.

2. 노인보건사업의 주요 현황분석

1) 노인건강진단사업의 불충분성

노인에 대한 건강진단은 의료보험제도 및 노인복지법을 통해서 이루어지고 있어 모든 노인계층에 대하여 건강진단이 실시되고 있는 것으로 보이나, 노인복지법에 의한 건강진단은 생활보호대상자의 저소득노인에게 제공되고 있는데, 실제적으로는 모든 생활보호대상노인이 아니라 전년도 건강노인으로 판명된 경우를 제외한 희망노인에 한하여 실시되고 있다. 비록 예산상의 제약이 있기 때문이기도 하지만, 전체 생활보호대상노인의 12% 수준만이 혜택을 보고 있는 실정이다. 그런데 진단항목을 보면, 질병발견을 위한 검진을 중심으로 하고 있어 사전적 질병예방을 위한 검진이 다소 부족하다고 볼 수 있다. 즉, 한국보건사회연구원의 노인생활실태조사(1998년)에서도 나타나고 있듯이 노인의 만성질환 중에서 가장 유병률이 높은 질환이

관절통, 요통좌골통 등 골격계질환 및 고혈압질환임을 감안할 때, 이러한 질환들을 발견하기 위해서라기보다는 사전적인 예방 측면에서 위험인자(risk factor)에 대한 검진이 이루어져야 할 필요성이 있다고 보여진다. 이와 같은 문제는 의료보험제도에 의한 건강진단사업에서도 마찬가지로 지적할 수 있다.

2) 현행 의료비보장의 편중과 노인의 의료비 부담 과중

우리 나라의 노인 보건의료대책은 아직까지는 건강을 유지·증진시키기 위하기보다는 질병에 걸리고 난 후 의료비를 보장해 주는 체계가 중심이 되어 운영되고 있다고 할 수 있다. 특히, 노인의 의료서비스는 노인성질환의 특성에 적합한 공급체계가 구축되어 있을 필요가 있는데, 현실적으로는 급성질환의 치료를 위한 시설공급에 치우쳐 있다고 할 수 있다. 즉, 간호·간병이 중요한 역할을 차지하는 만성질환의 치료를 위한 요양의료기관과 재택의료(Home Health Care) 제공기관이 부족한 실정인데, 이와 같이 상대적으로 저렴한 의료공급의 부족으로 노인의 의료비부담은 과중한 상태이다.¹⁾ 비록 현재에는 의료보험과 의료보호제도의 현물급여를

1) 참고적으로 미국과 일본의 노인의료공급시설을 살펴보면, 미국에서는 만성질환의 치료 및 간병을 위한 너싱홈(Nursing Home)이 있는데, 특성에 따라 전문적너싱시설(SNF: Skilled Nursing Facilities), 중간요양보호시설(ICF: Intermediate Care Facilities), 일반적인 너싱홈시설이 있으며, 일본의 경우에는 노인보건시설을 비롯하여 요양형병상군, 개호력강화병원, 노인병원 등이 있음.

통하여 의료비를 보장하고 있지만, 의료비부담방식이 모든 일반계층과 동일하게 적용하고 있어 노인의 소득수준에 비하여 상당히 과중하다는 문제점이 있다. 비록 의원급 의료기관의 외래진료비에 한하여 70세 이상 노인에게 감액시켜 주고 있지만, 급성질환의 치료를 위한 입원진료에 대해서는 일반 젊은 계층과 동일한 실정이다.

3) 장기요양보호체계의 미흡

이미 만성질환 또는 각종 사고로 인하여 일상생활 수행능력이 저하된 노인계층에게는 장기적인 요양보호서비스가 제공될 필요가 있는데, 현재에는 일부 저소득 노인계층에 한정하여 정부재정으로 서비스가 제공되고 있는 실정이다. 즉, 시설보호측면에서 보면 치매·중풍 노인환자를 위한 전문적인 무료노인요양시설(1998년말 현재 14개소), 일반적인 무료·실비·유료 노인요양시설(80개소), 노인전문병원(7개소)이 있는데²⁾, 보호대상인구에 비하여 입소시설이 부족하고, 이들 시설들이 장기적 보호시설에 해당하므로 단기간의 중간시설이 거의 전무하여 일반병원에서 중간요양을 하는 등 특별하게 각 시설간 기능이 분화되어 있지 못하며, 더욱이 일반 소득계층의 노인에게 급성질환의 치료이후 재활, 간병 및 생활지원서비스를 제공받

을 수 있는 시설이 거의 없어 대부분이 일반 병·의원이나 재가에서 제공받고 있는 실정이다. 또한 재가보호측면에서 보면, 보건소를 중심으로 이루어지고 있는 방문진료 또는 방문간호서비스 역시 저소득 노인계층에게 치우쳐 있고, 일반소득 노인계층의 경우는 가정간호가 이루어지고 있지만, 일부 노인에게 한정되어 있는 실정이다.

그러나 무엇보다도 현재 이루어지고 있는 장기요양보호체계의 문제는 자립생활기능을 회복·향상시키기 위하기보다는 질병의 재발 또는 기능의 악화방지를 위한 현 상태의 유지에 치중하고 있다는 점이라 할 수 있다.

4) 노인건강교육 및 건강상담체계의 미흡

노인건강에 대한 교육이나 상담은 각 의료기관별, 보건소별, 사회복지기관별로 제각각 독자적으로 실시되고 있는 실정이다. 의료기관은 자체 입원·퇴원환자를 중심으로 일부 질환(고혈압, 당뇨병, 치매 등)에 대한 건강교육을 실시하거나, 보건소는 자체 지역주민을 대상으로 건강교육을 실시하고 있지만 주로 저소득 노인에게 방문간호사를 통해 이루어지고 있어 매우 제한적이고, 사회복지기관은 인근 병·의원 또는 보건소 인력의 지원을 받아 무료건강진단을 제공할 때 건강교육을 부분적으로 실시하고는 있지만, 그나마 일부 사회복지기관에 한정되어 있을 뿐이다. 그런데 보건소의 경우에는 치매상담 신고센터를 설치·운영중에 있으나, 대부분의 보건소가 치매관련 전문교육을 받은 정신전문 간호사의 부족으로 치매상담이 활발하게

2) 치매관련시설은 1999년 10월 현재 일반병원이 24개소(이 중 병동이 있는 병원은 12개), 시·도립 요양병원이 2개소, 무료전문요양시설이 18개소가 운영되고 있음(보건복지부, 『치매상담 매뉴얼』, 1999. 10. 참조).

이루어지고 있지 못한 실정이다.

이와 같이 현행 노인건강교육은 한정된 노인에게 제한된 내용을 가지고 부분적으로 각 기관별 연계성을 지니지 못한 채 실시되고 있다고 볼 수 있다. 또한 건강교육의 내용이 일상생활능력의 유지 또는 증진이라기 보다는 질병예방적 차원에서만 이루어지고 있다는 점을 문제점으로 지적할 수 있다.

5) 노인의 건강유지를 위한 주거환경의 조성

일반적으로 나이가 들면 누구든지 신체기능이 쇠약해지고, 젊은 시기에 알지 못했던 주택환경이 노인계층에게 생활상의 장애물로 나타나 전도(顛倒)와 같은 사고나 신체기능을 저하시키는 원인이 되는 경우를 이미 고령화사회를 나타내고 있는 주요 선진국에서 볼 수 있다. 현재 우리 나라의 경우는 그동안 인구 노령화의 정도가 미약하여 노인의 주택환경에 관한 정책이 재가에서의 재활기능 확보나 생활장애물 제거라기보다는 단지 노인의 주거시설 자체를 증설하는 방향으로 이루어져 왔다고 해도 과언이 아니다. 예를 들면, 1993년 노인복지법의 개정으로 유료노인시설의 설치가 가능해졌고, 이를 활성화시킬 목적으로 1995년부터 용자사업을 실시하여 양로시설 13개소, 노인요양시설 5개소, 노인전문병원 13개소, 노인주택 3개소 등, 모두 34개소가 신축 또는 증축되는 계기가 되었다.

이와 같이 시설건축 자체에만 주력한 나머지 주택의 기능을 노인의 신체기능에 적합하도록 구조화하는 데에는 아직까지 미흡

한 실정이다.

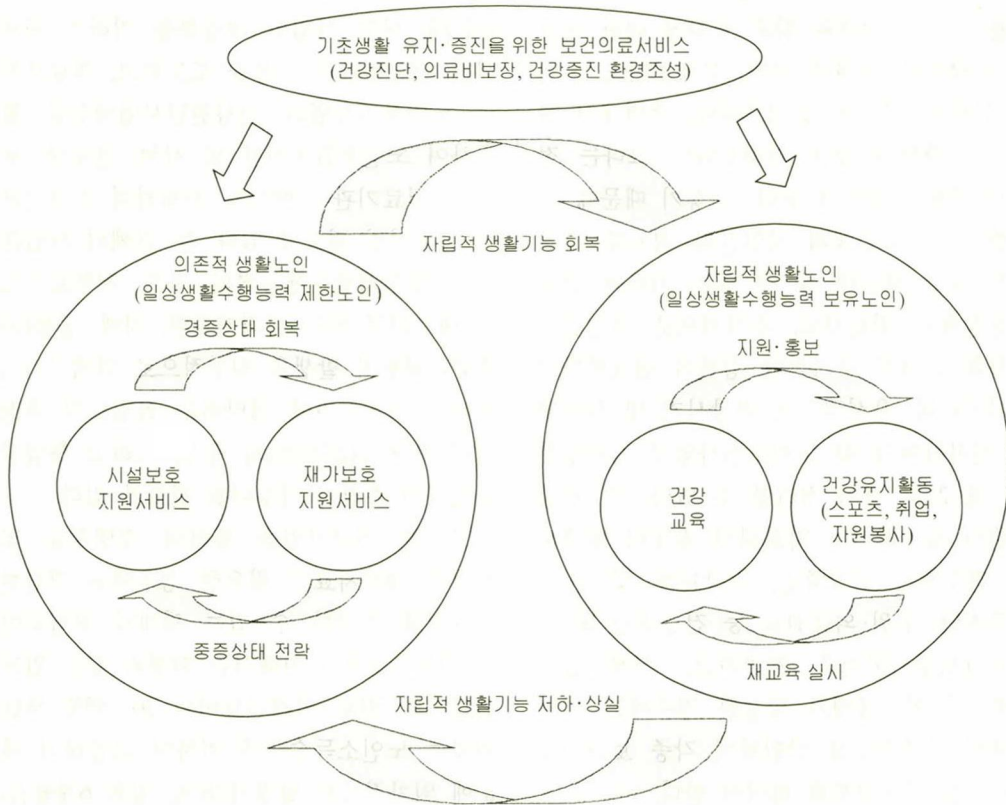
3. 정책방향

1) 노인보건사업의 기본방향

노인보건사업이 지향하여야 할 기본적인 목표는 '1차적으로 모든 노인계층에게 질병의 예방 및 조기진단서비스를 제공하고, 치료에 따른 의료비를 보장해 주며, 건강 유지 및 증진을 지원하는 생활환경을 조성해 주고, 2차적으로 일상생활수행을 위한 기능의 정도에 따라 기능의 회복·유지를 위한 서비스나 기능의 유지·증진을 위한 서비스를 제공하는' 데에 두어져야 한다(그림 1 참조). 다시 말하면, 급성질환이든 만성질환이든 간에 일상생활수행을 위한 기능이 저하되거나 상실되는 것을 사전적 또는 사후적으로 방지하는 방향으로 보건의료서비스가 제공되어야 한다는 것이다. 그 이유는 노인간병에 소요되는 개인적, 사회적 부담을 줄일 뿐만 아니라 더 나아가 한 인간의 개체로서의 존엄성을 지니게 해주는 데에 기여하기 때문이다.

따라서 노인보건사업의 정책적 기본방향은 3개의 축으로 이루어질 필요가 있다. 즉, 1차적으로는 (1)일정 연령 이상의 모든 노인계층에게 건강진단서비스를 제공해 주고, 질병이 예견되어 치료가 필요한 경우에는 적정 의료비부담을 통하여 조기에 의료서비스를 제공받아 일상생활수행의 기능장애를 최소화시킬 수 있도록 하는 의료비보장체계를 구축하고, 자연적인 노화현상에 따른 사고발생을 사전적으로 예방할 수 있도록 하기 위

그림 1. 노인보건사업의 기본방향



하여 주거 및 생활환경을 점진적으로 노인 친화적(親和的)으로 조성하는 데에 두어야 한다.

2차적으로는 우선적으로 일상생활수행의 기능을 회복·유지·증진시키기 위한 서비스를 제공하는 데에 두어야 한다. 이를 위해서는 (2)건강진단 및 일상생활수행 기능진단을 통하여 의존적인 생활이 필요한 노인계층에게 보건의료적 장기요양보호서비스(Long-term Care Service)를 통하여 자립기능을 회복·유

지시킬 수 있도록 제공하고, (3)자립적인 생활능력을 지닌 노인계층에게는 지속적인 건강교육 및 상담을 통하여 자립기능을 유지·증진시킬 수 있도록 하는 방향으로 설정하여야 한다.

다시 말하면, 기초적인 보건의료서비스를 1차적으로 보장해 주고, 2차적으로는 노인의 생활기능에 따라 적합한 보건의료서비스를 제공하되, 서로 유기적이고 연계적인 체계 아래 제공될 수 있도록 노인보건사업을 구축,

실시한다.

향후 노인보건사업의 정책은 현재 노인의 생활 및 욕구실태와 향후 동향에 대한 예측을 바탕으로 하여야 하며, 무엇보다도 노인은 신체적, 정신적 및 소득수준 측면에서 개인간의 격차가 젊은 계층보다도 크다는 점에 주의를 기울여야 한다. 그렇기 때문에 최소한 모든 노인에게 개인간의 격차를 고려하지 않고 제공해 줄 수 있는 기초적 건강보장정책이 필요하고, 추가적으로 개인간의 격차를 고려한 부가적인 정책이 필요하다고 보여지는데, 우선적으로 건강시기 및 상태별로 실시하여야 할 노인보건사업의 정책방향은 <표 2>와 같이 정리할 수 있다. 즉, 건강수준이 양호하거나 약화되어 질병이 발생하는 경우에는 건강증진, 건강교육 및 관리, 건강진단, 입원·외래진료 등 건강증진 및 기초건강보장서비스를 제공하고, 신체기능의 약화 및 기능장애가 발생한 경우에는 기능장애의 중증도를 감안하여 각종 보건의료서비스를 제공하도록 하여야 한다.

2) 노인보건사업의 중점적인 정책방향

(1) 기초 건강진단 및 의료비보장체계의 확립

노인계층에 대한 건강진단사업은 두 가지 측면에서 추진될 필요성이 있다. 즉, 하나는 질병을 발견하여 조기에 치료해 줌으로써 신체기능의 저하를 사전적으로 방지하는 데에 사업목표를 두고, 또 하나는 질병이나 사고의 발생을 원천적으로 억제시킬 수 있는 데에 목표를 두어야 한다.

첫 번째의 사업은 현행과 같은 진단항목을 중심으로 사업이 지속적으로 실시되어야 하는데, 다만 사업의 내실화를 기하기 위해서는 진단수가의 인상을 도모하고, 의료보험과 노인복지사업의 건강진단사업예산을 활용하여 노인종합복지관 및 시설, 경로당, 보건소, 의료기관 등에서도 연계하여 건강진단이 이루어질 필요가 있다. 두 번째의 사업은 노인 일상생활수행능력의 주요 저하요인으로 대두되고 있는 골격계질환, 치매, 중풍(뇌졸중) 질환의 발생을 원천적으로 억제시키기 위해서 위험인자에 해당하는 골밀도의 측정이나, 인지도(認知度)의 측정, 그리고 혈압상승인자의 측정이 이루어질 필요가 있다.

그러한 진단사업을 통하여 질병치료 및 사전적 예방치료가 필요한 경우에는 저렴한 의료비를 부담할 수 있는 체계가 확립되어야 한다. 그러기 위해서는 현행과 같은 입원진료비의 20%, 외래진료비의 30~55% 부담체계는 노인소득수준에 비하여 과중하기 때문에 일차적으로 일정기간(예, 입원 6개월간)까지는 정률 자체를 하향·조정하고, 그 이후에는 노인환자 및 의료공급자로 하여금 비용의식적인 진료행위를 유도할 수 있도록 조정하며, 의원급 의료기관을 노인질병 추후관리기관으로 지정하여 저렴한 의료비부담으로 지속적인 치료서비스를 받을 수 있도록 한다.

(2) 노인 장기요양보호서비스체계의 구축

노인은 자연적인 노화이든, 질병·사고에 의한 간에 언젠가는 신체기능이 약화되어

표 2. 노인 건강시기 및 상태별 노인보건사업의 기본적 정책내용

시 기	노인의 건강상태	필요한 서비스내용	보건의료대책	
건강한 시기	- 적극적인 건강증진이 가능	(1) 적극적인 훈련(직업, 여가활동지원) (2) 각종 스포츠활동 지원	건강증진	
건강약화 시기	- 건강유지가 필요 - 확실한 증상은 없으나, 생리적인 제기능이 가령(加齡)에 따라 변하고, 악화를 예방하기 위하여 의료적 처치가 필요한 경우도 있음.	(1) 노화예방에 관한 건강교육 (2) 건강관리 ① 단면적이고 지속적인 건강관리 ② 건강생활처방 및 실천지도 ③ 심리학적 지도 ④ 정신활동 활성화 지도 ⑤ 예방지도	노인건강교육 노인건강진단 방문간호	
질병발생 시기		외래 또는 입원 의료서비스	의료보험제도 의료보호제도	
기능약화 시기	- 회복 또는 소강상태와 관계없이 가벼운 기능마비가 있음.	(1) 재활(수용, 통원) (2) 생활지도 (3) 보장구 지급 등	통원재활	
기능장애시기(와상시기)	증상 없는 장애	- 와상상태이지만, 특별한 의료가 필요하지 않은 상태	(1) 시설보호(간병·수발) (2) 재가보호(간병·수발) (3) 악화예방·기능향상을 위한 건강관리 ① 간호와 유사한 간병지원, 지도 ② 일상생활수행(ADL) 능력 훈련 (4) 재활	방문건강진단
	증상 있는 장애	- 와상상태이고, 입원을 제외한 의료가 필요한 상태	외래진료서비스 ① 간호와 유사한 간병지원, 지도 ② 일상생활수행(ADL) 능력 훈련 ③ 재활	의료보험제도 의료보호제도
	중증 장애	- 와상상태이고, 입원을 필요로 하는 상태	입원진료 서비스 ① 강도높은 간호 및 간병	의료보험제도 의료보호제도
중증치매 시기	- 정신과적 처치가 필요한 상태	치매전문병원, 정신병원 수용	의료보험제도 의료보호제도	

주 : 기능장애시기에 해당하는 노인을 대상으로 하는 장기요양보호(long-term care)제도가 보건의료대책으로 수립될 필요가 있음.

종합적인 보건 및 복지(간병·수발)서비스가 | 평균수명이 80세 전후시기로 확대됨으로써
필요하게 되는 시기에 빠지게 된다. 앞으로 | 노부모 병수발·신체수발기간도 장기화되어

가족적으로나 사회적으로도 부양부담이 커지게 될 전망이다. 따라서 이러한 문제에 대처하기 위하여 장기적으로 보건의료 및 복지서비스를 제공해 줄 수 있는 체계가 필요한데, 선진 각국에서는 이미 그러한 장기요양보호체계를 구축하여 나름대로 실시하고 있는 실정임을 감안하여 우리 나라도 장기적인 안목에서 지금부터 장기요양보호체계를 준비하여야 한다.

장기요양보호체계의 구축을 위해서는 장기요양보호대상노인의 현재 및 장래수요를 예측하고, 보건의료 및 복지서비스의 내용 및 이를 제공할 수 있는 시설(재가시설 포함) 및 인력을 확보하고, 장기요양보호비용의 재원을 조달할 수 있는 방안 등 종합적인 대책이 수립될 필요가 있다. 그러나 무엇보다도 중요한 것은 장기요양보호서비스를 공급하는 방식에 대한 선택, 다시 말하면, 사회보험방식으로 제공할 것인지, 사회서비스방식으로 제공할 것인지를 선택하여야 한다.

(3) 치매·중풍노인의 건강관리체계의 확립

각종 만성질환 중에서도 특히 노인계층에게 심각하게 영향을 끼치고 있는 질환이 치매(정신질환)와 뇌졸중(일반질환)이라 할 수 있으며, 또한 뇌졸중에 의하여 치매질환이 사후적으로 발생할 가능성도 있기 때문에 양 질환은 서로 관련성이 깊다고도 볼 수 있다. 그리고 치매 및 뇌졸중질환은 신체수발과 같은 일상생활수행능력의 향상을 위한 복지서비스도 필요하기 때문에 보건의료기관과 복지기관과의 연계체계가 필수적으로

뒤따르게 마련이다. 따라서, 보건소를 중심 기관으로 하는 연계체계를 구축하여야 하는데, 현행 보건소의 치매신고상담센터를 활성화하여 상담 이후 각종 서비스를 제공할 수 있도록 연결망(network)을 구축하고, 뇌졸중 발생을 사전적으로 방지할 수 있도록 예방에서부터 일반치료 및 재활치료, 생활기능의 회복에 이르기까지 모든 보건복지서비스를 보건소 중심으로 연계·제공할 수 있도록 연결망을 구축한다.

(4) 재가재활 촉진을 위한 주거환경의 개선

주택개선은 방문간호, 가정봉사원(home-help)서비스, 주간·단기보호, 보건복지 기기(機器)등과 함께 노인 삶의 질(QOL)을 개선시키기 위한 수단이 되며, 주택개선을 통하여 생활의욕의 향상, 신체기능의 개선, 일상생활수행(ADL) 능력의 개선, 간병·수발부담의 경감을 도모할 수 있다. 다시 말하면, 생활장애물의 제거를 통하여 건강을 유지시킬 수 있는 주택개선대책은 고령화에 따른 신체기능의 저하, 질병이나 사고에 의한 장애가 있더라도 재가에서 자립적인 생활을 하고 간병·수발부담을 경감시킬 뿐만 아니라 주택에는 최저한의 쾌적성, 안전성, 건강성이 도모될 수 있도록 수립되어야 하는데, 특히 고령장애자는 활동공간이 실내 또는 방안으로 한정되는 경향이 있기 때문에 근력이나 폐 기능, 소화기 기능 등과 같이 신체적, 정신적 기능이 하락하지 않도록 하여야 한다. 이를 위해서는 기본적으로 노인주택이나, 일반주택을 개조하는 경우에 적용할 수

표 3. 노인 기능별 주거환경대책의 기본내용

구분	기능적 특성	주거환경정책
신체기능	<ul style="list-style-type: none"> - 신체골격의 축소 - 높은 지점의 접촉 곤란 - 전도(顛倒)로 인한 골절의 다발생 - 지구력의 부족 - 손, 발의 힘이 부족 	<ul style="list-style-type: none"> - 완만한 통로 및 출입구 설치 - 문턱이 없는 바닥 설치 - 여닫이문 설치 - 벽의 손잡이 부착 - 계단높이의 조절 - 수도꼭지, 전기스위치의 조절 - 실내휠체어 사용의 편리성 도모
감각기능	<ul style="list-style-type: none"> - 시력저하 및 시야 이상상태 - 청력저하 - 촉각기능의 저하 - 촉각, 온냉감각기능의 쇠퇴 	<ul style="list-style-type: none"> - 빛, 조명기구의 위치 고려 - 음영발생 방지를 위한 조명 설치 - 주택의 차음(遮音)성능 향상 - 화장실, 실내의 난방장치 설치
생리기능	<ul style="list-style-type: none"> - 수면시간의 단축 - 빈뇨, 노실금 기능 저하 - 기관지염, 천식 발생 	<ul style="list-style-type: none"> - 통로에 비상등 설치 - 화장실을 침실부근에 설치 - 환기, 일조(日照), 통풍 배려
기타	<ul style="list-style-type: none"> - 여가시간 및 실내생활의 장기화 - 과거에 대한 높은 애착심 - 이웃간 교류의 불가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 전용거실의 확보 - 주택개선시 과거 물건의 배치공간 확보 - 손님접대 공간의 확보

있는 최소한의 법적인 용자지원 기준을 마련하여야 하는데, 참고적으로 노화에 따른

주택개조의 필요사항을 정리하면 다음의 <표 3>과 같다. 본지