

가정 간호 사업에 관한 연구

Ruth M.V.
문 정 순**

가정간호사업 도입에 대한 대상자의 필요성에 대한 인식을 알아보고자, 1988년 7월 1일 부터 동년 8월말까지 서울시내 5개 대학병원에서 퇴원하는 환자 390명과 환자 보호자 380명, 주민 780명, 총 1550명을 대상으로 조사한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 81%의 대상자가 가정간호 사업 도입이 필요하다고 한 반면 7.5%는 필요없다고 하였으며, 11.5%는 잘 모르겠다고 하였다. 필요성 인식율은 주민이 83%, 환자보호자가 79%, 환자가 78%로서 세 집단 간에 유의한 차이가 있었다. ($P < .01$).

인구학적 변수별로 보았을때, 교육수준과 가정수입에 따라 인식율에는 유의한 차이가 있어서 ($P < .001$, $P < .01$), 교육수준이 높을수록, 수입이 많을수록 높았다.

2. 필요성 인식율은 가정간호사업 이용의사에 따라서도 유의한 차이가 있어서 ($P < .001$), 이용의사가 많은군이 인식율도 높았다.
3. 환자들의 필요성 인식율은 퇴원시기에 대한 의견과 병원비 지출액에 따라 유의한 차이가 있어서 ($P < .05$, $P < .02$), 퇴원시기가 적절하다는 군이 부적절하다는 군보다, 또한 병원비 지출액이 적을수록 인식율이 높았다.

진단명에 따라서는 피부 및 피하조직 질환(100%), 임신 및 출산에 관련된 합병증(90%), 신경 및 감각계 질환(85%), 부상 및 중독(83%), 신생물(79%), 등에서 필요성 인식율이 높았다.

4. 가정간호사업 이용에 대한 대상자의 의견을 47.8%가 이용할 의사가 있었고, 49.0%는 상황에 따라 결정하겠다고 하였으며, 3.2%는 이용하지 않겠다고 응답하였다.
- 인구학적 변수별로 보았을때, 연령별로는 노년층, 성별로는 남성이, 교육수준은 낮은군이, 의료보험을 가진군이 이용할 의사가 많았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다. ($P < .01$, $P < .001$, $P < .01$, $P < .01$).
5. 환자들의 가정간호사업 이용 의사는 퇴원시의 상태에 따라서 유의한 차이가 있어서 ($P < .02$), 상태가 입원시와 변화가 없거나 악화된 군이 이용할 의사가 많았다.

진단별로는 내분비계 질환(63%), 신생물(57%), 혈액 및 조혈기능 장애(55%), 부상 및 중독(55%), 등이 이용할 의사가 많았다.

6. 대상자들이 가정간호사업의 장점으로 생각하는 것은 환자의 심리적 안정(66%), 시간 절약(57%), 가족의 편이(57%), 환자 간호에 대해 배운다(53%), 질병 과정을 배운다(51%) 등이었다.
7. 대상자들이 가정간호사업의 단점으로 생각하는 것은 응급시에 대처하기가 어렵다(49%), 환자가 불안해질 것이다(41%), 가정환경이 환자에게 부적합하다(43%) 등이었다.
8. 가정간호사업에서 수용할 수 있는 간호 업무로 50% 이상의 대상자가 지정한 것은 활력징후측정, 경구 및 비경구 투약, 운동과 휴식지도, 개인 위생관리, 보건교육, 정신 심리 간호 등이었다.
9. 가정간호사업에 대한 지불방법은 32.9%가 제공된 업무에 따라 지불해야 한다는 의견으로 가장 많았다.

*:미국 메릴랜드 간호대 부교수

*:가톨릭대학 의학부 간호학과 부교수

老人醫療保障 및 健康管理를 爲한 長·短期 對策*

李 善 子

(서울大學校 保健大學院 敎授)

李 允 淑

(同德女子大學校 敎授)

〈目 次〉

- | | |
|---|--------------------------------|
| I. 老人醫療傳達體系 現況 및 發展 模型
現行 醫療保險과 醫療保障 | III. 老人對象 健康診斷과 健康教育 改善實施 方案 |
| II. 老人 醫療費 負擔輕減方案 | IV. 成人病, 老人病 疾患에 對한 서비스 專門化 方案 |

I. 序 論

第2次大戰 以後, 대부분의 선진국은 인구의 加齡化 現象이 加速化되었으나, 最近에 들어 開發途上國에서도 인구 高齡化 傾向이 나타나 고령화 사회의 대응책은 國際的인 問題가 되고 있다.

우리나라도 사망력 및 출산력의 지속적인 低下와 함께 平均壽命의 延長과 더불어 老人人口의 增加率이 加速化하고 있다. 1980년에 우리나라의 65歲이상 老人人口는 全人口의 3.8%였으나 1988年 現在 4.5%를 기록하고 2000年代에는 6.3%로 上昇할 것을 推計하여 고령자의 상대적 비율과 함께 絶對數에 있어서도 急激한 고령화 현상을 나타낼 것으로 展望된다.¹⁾

노인인구가 增加하면 老人 問題도 여러가지 形態로 대두되어 고령화에 따르는 課題가 多樣해진다.

近者에는 생활수준의 향상 보건의료의 發達 등으로 延長된 生命에 대해 삶의 質을 追究하게 되어 노인인 건강에도 좋은 영향을 미치게 되었다.¹⁰⁾

그러나 대부분의 노인이 老化에 의한 심신의 機能 低下나 병원상태에 있는 것이 현실이며 노인의 유병율이 다른 老年階層에 비해서 훨씬 높고 그 질병狀態는 장기慢性化 질환이 대부분을 占하고 있어 이에 따른 醫療費의 부담은 가중되고 있다.

때문에 대부분이 노인들은 경제 사회적 요건으로 충분한 의료와 보호를 받지 못하고 있다.

현행 의료보험(1977년)과 의료보호 및 우리나라

* 本 論文은 1989年 5月, 政府政策資料의 一部로 活用될 目的으로 政務 第2長官室의 研究 補助費에 의해 이루어졌음. 1989年度 韓國老年學會 春孝學術大會에서 發表되었음.

의 노인복지법(1981년)에는 老人의 建康을 保障할 制度的 장치가 成文化되어 있지 못하다. 또 1989年度 보건사회부 老人福祉사업 지침을 보아도 노인의 적극적인 建康增進이나 예방을 위한 具體的 對策의 강화보다는 일부 노인에 대한 建康診斷이 施行되고 있을 뿐이다.

이와같은 현실에서 노인 建康을 어떻게 維持 增進해 갈 것인가에 대한 과제는 곧 國民醫療福祉와 直結되는 것이다. 노인의 不建康은 사회에 경제발전의 支障 要因으로 作用할 뿐 아니라 “중요로운 社會”에 대한 기대를 시들게 하는 것이다.

본 연구는 노인의 醫療保障政策과 建康管理를 通해 老人福祉對策의 有機的 連携를 通해 노인으로 서비스를 장·단기적으로 改善補充하여 노인이 가족과 지역사회 그리고 요양시설에서 多樣한 서비스를 받을 수 있는 制度를 제시하는 것을 目的으로 다음과 같은 研究內容을 검토한다.

研究內容

1. 老人 의료전달 체제 현황 및 발전모델 제시(현행 의료보험과 의료보호제도와와의 關係에서) : 이선자
2. 노인의 의료비 부담 경감 방안 : 이윤숙
3. 건강진단과 건강교육 개선실시 방안 : 이선자
4. 성인병 노인성 질환에 대한 서비스 전문화 방안 : 이윤숙

본 연구는 數次에 걸친 다음과 같은 專門家 회의를 개최하였으며 그 討議를 참고하여 記述된 것이다.

다음

金正根—서울대학교 보건대학원 교수
 문옥륜—서울대학교 보건대학원 교수
 양명생—보건사회부, 보험급여과장

I. 老人醫療 傳達體系 現況 및 發展 模型 —現行 醫療保險과 醫療保障 制度를 中心으로—

1. 서 론

1980年代들어 우리나라는 經濟的으로 中進國 行列에 들어서면서 國民福祉에 對한 國民의 欲求는 날로 增進되어 왔으며 政府는 이러한 國民의 需要에 反應하는 制度的 基盤을 마련하기 爲하여 努力하여 왔다. 政府의 第6次 경제사회발전 5개년 계획에서는 國民福祉需要를 충족시키기 爲하여 一般 財政支出中 사회개발비 비중을 1986년의 28.1%수준에서 1991년에는 32.5%로 上向 調整하고 이에 따르는 財源調達方式을 同期間中 租稅負擔率은 18.8%에서 20.5%로 上向 調整하고 있다.” 이와 같은 조세의 증가는 불가피하겠으나 이렇게하여 확보한 재정지출의 便益이 실질적으로 어느 계층에 귀속하는가가 문제일 것이다. 이제까지 정부의 사회복지 혜택은 보건의료 공급체계에 대한 재정지출은 도시에 편중되었고 의료보험 실시에 따르는 의료수가와 일반수가의 차이는 도시 零細民과 農漁村 地域의 주민에게 커다란 不利益이 되었었기 때문이다. 이것은 이제까지 정부가 추진한 사회보험이 경제발전에서 발생한 충격을 완화시키기 위하여 소극적으로 대처한 개발전략이었기 때문이다. 따라서 앞으로는 사회보장이 가장 중요한 기능인 소득재분배 측면에서 성공적인 방안이 필요하다고 하겠다. 사회보장에서 가장 중요한 대상은 노인인구 층으로서 우리나라의 인구 증가에 대한 推計를 살펴보면 다음과 같다.

우리나라의 인구는 앞으로 계속되는 出生力 減少로 8~14세 인구가 지속적으로 감소함과 移民政策 等에도 힘입어 總人口도 2023年을 轉換점으로 감소할 전망이다. 따라서 15~64세의 근로인구 비율은 2015年 72.0%에 이를때까지 꾸준한 증가를 보이다가 2015年 이후부터 감소될 전망이다. 이는 韓國戰爭 以後 “베이비”붐 세대가 1980年代부터 계속하여 근로세대에 진입하고 또한 退職前까지 30年 以上 근로세대에 남아있기 때문이다.

1) 延河淸外, 社會保障制度的 政策課題와 發展方向, 韓國開發研究院, 1988.7, p.23

그러나 노인인구 비율은 2023이후까지도 증가추세를 유지할 것이다. 이것은 의학의 발달로 평균수명의 연장과 “베이비”붐 세대가 노령층에 진입하게 된 점이 加重的으로 작용하기 때문이다. 결과적으로 인구구조는 피라미드형에서 항아리형이 모습을 띠게 되어 사회보장제도는 노인복지에 큰 비중을 두어야 될 것이다.

노인인구 구성비율은 1985년도에 65세이상 노인이 전인구에 대한 구성비율이 4.2%(1,741천명)에서 1990년 4.7%(2,025천명), 1995년 5.2%(2,397천명), 2000년 6.2%(2,972천명), 2005년 7.4%(3,668천명), 1010년 8.4%(4,282천명), 2020 11.0%(5,772천명), 2023년에는 총인구 42,574천명에 대하여(6,581천명) 12.5%이 65세이상 노인이 되어 노령화 사회로 진입될 전망이다. 우리나라의 인구 특성은 아직은 평균연령이 28세 정도로 젊은 층으로서 歐美 선진국 구조에 비하여 높고 인구 노령화가 진행되고 있으나 선진국에 비하면 상당히 낮은편이어서 부양비율이 낮다는 것이 경제적 潛在力이라고 할 수 있다. 이와같은 현점에서 앞으로 노인인구의 規模가 문제라기보다는 노동 생산성과 豐饒로운 삶의 질을 추구하는 인구의 질적 측면에 관한 검토가 요청된다. 인간 삶의 수준이 향상되기 위해서는 여러가지 사회발전이 균형있게 진행되어야 할 것이며 특히 교육이나 보건의료 문제가 우리나라 국민들의 의식에서 양질의 서비스를 추구하는 성향이 높다고 보아야 할 것이다.

2. 우리나라의 醫療保障制度

醫療란 疾病을 예방하고 치료하며 나아가서는 적극적으로 건강과 체력을 증진시키고 수명을 연장시키며 개인이나 사회를 心身兩面에서 더욱 건전하게 하는것이 그 목적이다. 한편 의료는 施療傳達面에서 볼때에는 양질의 의료를 누구든지 수요에 따라 적시에 받도록 하는 것이다. 양질의 의료의 구성조건은 다음 4가지로 지적할 수 있다.²⁾

첫째, 利用容易性(Accessibility)으로 여기에는 수혜자의 이용 용이성과 종합적 봉사의 이용용이성이 포함된다. 둘째는 질적 수준의 보장이 되어야 한다. 여기에는 의료제공자의 전문적 능력, 의

료요구자의 양질의료에 대한 수용성, 사회 또는 국가에 의한 최저수준의 보장이 존재할 수 있다. 셋째는 양질 의료의 繼續性이다. 넷째는 의료보장의 효율성 즉 능률이다(efficiency). 또한 보건 의료의 사회경제적 특성은 다음과 같다. ① 의료는 공급독점이다. ② 의료는 대량생산이 되지 않는다. ③ 의료는 주문생산이므로 재고가 없다. ④ 의료는 개별적인 주문생산이고, 대량생산이 불가능하므로 원가절하(cost-down)가 되지 않는다. ⑤ 의료의 유통기구에는 한계가 있기 때문에 시장 확대가 불가능하다. ⑥ 의료에는 긴급성이 있는 반면에 대체성이 없다. ⑦ 영리가 목적이 아니며 공익성이 요청된다. ⑧ 생산과 소비가 즉시에 이루어진다. ⑨ 최대수요에 대하여 항상 공급태세를 갖추어야 한다. ⑩ 1:1의 診療關係가 필요하다. 의료는 생명과 관계되므로 비싸도 이용을 연기하지 않는다. 의료는 생활필수품과 같이 수요의 탄력성은 적다. 이와같은 특성의 의료에 대하여 의료보장을 의료비의 보장이라는 견해와 의료 그 자체 및 건강의 보장이라는 견해가 있다.

의료에는 最低限度나 最高限度가 있을 수 없다. 의료는 모든 질병을 치료하며 건강을 회복하는데 필요한 충분한 것이 되어야 하며 그 이하도 그 이상도 될 필요가 없다.

이것을 最適醫療라고 한다.³⁾

건강보장이란 질병에 대한 치료, 기타 處置하는 것만을 의미하는 것이 아니고 그 위에 국민이 건강을 유지 증진할 수 있도록 하는 준비나 제도를 갖추는 것도 포함된다. 구체적으로 그 내용을 보면 健康檢診, 傷病豫防, 還境衛生, 健康教育, 指導訓練, 건강의 회복 및 사회복귀가 포함되어야 한다.

의료보장제도는 첫째로 국가가 사회서비스를 직접 제공하는 형태로 모든 국민에게 원칙적으로 무료로 필요한 의료를 제공하는 방법과 둘째로 疾病에 수반되는 의료비의 부담과 所得減少등의 危險을 共同負擔하는 醫療를 主軸으로 하고 그 보완으로 醫療扶助와 公費負擔醫療를 병용하는 방법이 있다. 여기서 공공보건 서비스는 비용의 전부 또는 대부분이 일반회계 또는 특별세에 의하여 부담되어지며 給付範圍는 치료에 대한 臨體部門만이 아니고 예방이나 건강증진등 보건부문을 포함한

2) 許程, “現代醫療의 本質”, p.60~70

3) 申守植, 社會保障論, p.256

다. 따라서 공공보건 서비스는 의료보험의 사회사업 내지 부조화 된것으로 이해할 수 있으나 공적부조(public assistance)와는 본질적으로 다르다고 하겠다. 부조는 빈곤을 전제로 하지만 공공 서비스는 빈곤을 조건으로 하지 않는다. 의료부조는 생활빈곤자에 대하여 診療, 藥濟 또는 治療材料, 의학적 처지, 병원 또는 진료소에 수용, 간호 및 移送등의 범위에서 각출없이 필요한 보험을 하는 것이다. 그러나 의료보험은 사회보험의 한 분야로서 상병을 보험사고로 보는 제도의 총칭이다. 따라서 개념상으로 일본⁴⁾의 경우 질병보험(sickness insurance)이란 傷病으로 인한 노동불능에 기인하여 임금상실이 있을 때에 상병수당금내지 휴업수당금을 지급하는 것으로 이해하고 있다. 여기에 대하여 상병 그 자체의 치료에 대한 의료내지 의료비를 給付내용으로 하는 것을 “건강보험”이라고 하고 “疾病보험”과 “健康보험”을 합한 개념을 醫療보험이라고 칭하고 있다.

우리나라의 의료보장제도는 1960년대 초기의 생활보호법과 의료보험법의 제정으로 의료보장의 제도적 장치가 시작되었다. 이것이 1970년대 中盤까지는 실질적인 시행이 되지 못하다가 1976년 의료보험법 전면 개정과 1977년의 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법 制定, 1977년의 의료보호법 제정, 1981년 노인복지법 제정과 施行으로 본격적인 사회보험 형태로 定着되게 되었고 1989년 7월 1일을 기하여 전국민의료보험으로 확대될 전망이어서 명실상부한 福祉國家로 진입할 예정이다. 그러나 우리나라의 의료보험제도는 사회보험의 성격이면서도 그 역할을 제대로 遂行하지 못한다는 지적이다. 즉 사회보험이면서도 민간의료가 주도를 하고 있어서 경제적 능력에 따라 공평부담이 이루어지지 않고 의료인력 및 시설이 편재에 따른 이용상의 불공평한 제한이 존재하며 본인부담이 민간보험의 경우들 보다 오히려 높아 큰 재정적 장벽이 되고, 고액진료의 상당부분이 보험혜택에서 제외되고 있기 때문이다. 따라서 소득재분배가 되고 있지 못한 구조적 문제가 지적되고 있다.⁵⁾ 특히 지적되는 문제는 저소득층, 농어촌 지역주민이나 도시지역 低所得住民에 대한 재원 조달방법에 대

한 정부지원 방법이나 증산층이 추가부담하는 방법이 강구되어야 하고 의료부조 사업도 1987년 683억, 1988년 794억원의 국가재정을 소요하는 사업으로 대상국민의 選定문제와 의료기관에서의 차별 대우 문제가 있기 때문에 再考되어야 하고 실질적인 포괄의료사업을 위해서 1,2,3차 환자 後送體系가 현실적으로 적용가능한 선에서 定着되어야 하고 보험제도 운영이 보험재정안정 뿐만 아니라 사회보험의 기능을 충분히 할 수 있는 면에서도 政策研究가 필요하다 하겠다.

우리나라의 의료보험제도는 1963년 醫療保險法이 제정된후 1977년 7월에 다시 全面的인 改正과 함께 시행되었다.

현재 우리나라의 의료보험은 제 1종이 사업장, 제 2종은 自營業者를 포함한 지역주민이 또는 공무원 사립학교 교직원, 군인, 年金受惠者등의 가입자가 있는 공단조합이 대상으로 되어왔으며 1988년 농촌지역 주민을 대상으로한 지역의료보험 조합과 1989년 7월부터 도시지역의 자영산업자 및 근로자들을 대상으로 전국민 의료보장을 받는 形態로 확대될 예정이다. 지금까지의 의료보험사업 推進課程에서 우리나라는 의료보험의 재정을 확보하기 위하여 보험료 징수가 쉽고 본인 부담이 별로 요구되지 않는 봉급생활자에게 우선 적용하다가 농어민과 도시지역 영세민까지 포함하는 제도로 擴大되어 오고 있다. 그리하여 이제까지는 피보험자의 자격은 최저생활 유지가 가능하고 대체로 안정된 소득을 지닌자였다. 그러므로 소득을 가진자가 빈곤한 자에게 소득재분배의 효과를 나타낼 수 있는 사회보험의 성격과는 거리가 있는 제도였다. 이제까지 시행과정에서 야기된 문제점은 첫째 소득수준과 의료보험 혜택의 불균형으로 소득수준이 낮을수록 의료이용율이 낮고 수진율이 낮게 나타났다. 둘째, 보험료 부담에 있어 不公平하였다.

공무원이나 사립학교 교원, 1종 사업장 근로자의 경우는 국가가 업체 경영자측에서 보험료의 50%를 부담해주고 있으나 2종의 경우는 100% 자기부담이 소득수준과 無關한 비용본인부담제의 일률적 적용은 상대적으로 저소득층에게 불리하다는 지적이다. 그리고 保險酬價와 一般酬價의 차이가 1.5~2배 정도나 되어서 저소득층의 일반수가가

4) 申守植, 전제시, p.260.

5) 양봉민, “의료보험과 형평과의 문제”, 의료보험, 1987.1

의료기관의 경영수지를 유지하는 부담을 안고 있었다. 결과적으로 소득재분배가 되지 못하고 재정적 적자해소를 위한 제도로 운영되었다고 할 수 있다. 이러한 문제를 해결하기 위한 방법은 현행 조합주의를 계속 유지할 경우 근본적 해결책이 되지 못할 것이다. 이유는 지역간 계층간의 불균형이 개선되지 않은 상태에서 조합간의 차이는 계속 존재할 것이기 때문이다.

현행 의료보험제도는 1979년부터 정부가 法定零細民을 대상으로 시행하고 있는 公的扶助 형태의 의료보장 제도이다.

의료보호사업은 저소득 국민에게 국가에서 진료비의 一部 또는 全部를 부담해주는 제도로서 생활보호대상자, 사회복지시설 수유자, 원호대상자, 인간문화재, 이재민과 치료비를 일시에 부담하기 어려운 저소득층을 대상으로 하고 있다.

의료보호의 내역은 황색카드인 1종은 거택 및 시설보호자를 대상으로 하며 외래 및 입원이 전액 무료이다. 녹색카드인 2종은 법정 영세민, 중 영세민으로 외래전액무료, 입원은 50% 본인이 부담하며 용자가 가능하다. 이제까지 시행과정에서 지적된 문제는 대상자 선정기준이 모호하여 불만이 있었고 2종의 본인부담 50%도 過重하여 의료이용수진이 저조한 상태였다. 의료보호의 酬價가 의료보험 수가의 70%에서 1989년에는 88%, 앞으로는 1990년까지는 의료보험의 수가와 동등하게 상향될 계획이나 처음 시작할때의 저렴한 수가 때문에 병원에서 불친절이나 차별 진료를 받아왔다는 相對的 不平等的 불만이 있어왔다.

의료보험에 의한 노인의 의료보장은 최초에는 노인이 있는 장남이 피보험자인 경우만 혜택이 주어졌다. 현재는 차남에게까지 확대되었다.

의료보호대상자인 法人受容施設로는 양로시설, 노인요양시설, 유료양로시설, 實費養老施設등이 있는데 1987년 기준으로 76개 시설에 5,648명이 수용되어 있는 것으로 되어있다. 65세 이상 노인 1,845,000명 중에서 수용되어야 할 대상자의 파악이 되지 않은 상태에서 시설 수용능력에 따라 수용이 되고 있기 때문에 여기에 不合理한 점이 있다고 하겠다. 즉 수용이 필요한 노인이 除外되어 실질적 보장을 못받은 수가 있을 것으로 추정된다.

생활무능력 노인에 대한 최저 생계비 및 의료비 국고지원은 1987년 기준 월소득 44,000원 이하의 거택보호자 및 시설보호자가 208,000명으로 全體老人의 10.8%로 該當시킴이었다. 그동안 노인수용시설을 救濟事業水準의 지원이었기 때문에 충분하지 못하였다고 하겠다. 국가의 시책이 “先家庭 後社會保障”의 기본방향이긴하나 현재의 노인시설 운영은 未備하기 때문에 이에 대한 지원이 늘어나야 할 것이다. 1986년말 현재 전체인구의 10.6%인 439만명이 의료보호의 혜택을 받고 있다.

우리나라에서 현재 실시하고 있는 의료보장제도에 대하여 概括的인 검토를 하면 다음과 같다. 의료보장에 있어서 노인에게 특별히 해당되는 규정은 없기 때문에 현행 의료보장제도 내에서 노인과 관련하여 검토하고자 한다. 의료보험법에 의해서 실시되고 있는 소위 “일반의료보험”은 1976년 가지의 시범사업지역 6개지역인 강화, 홍천, 군위, 보은, 옥구 및 목포시에서 실시하였었다. 그후 1976년 의료보험법의 개정으로 확대되어 1986년말 현재 전인구의 36.2%인 1,500여만명이 適用을 받고 있으며 1988년부터 농어촌 지역 주민 843만명과 1989년 7월 부터 도시지역 자영업자 및 저소득층 975만명에게 확대 적용하게 되면 전체 인구의 43.7%가 이 제도의 적용을 받게 된다.

의료보험의 給與로서 1) 요양급여—①진료, ②약제 또는 치료재료 지급 ③처치 수술 기타 ④의료시설에 수용 ⑤이송 2) 분만급여 3) 부가급여—분만수당, 장제비 본인부담금 보상금으로 되어 있다.

보험재정상으로 본인부담비율이 의원급과 병원 및 종합병원의 경우 외래는 56%, 병원의 입원은 총 진료비의 30%를 급여토록 되어 있는데 노인들의 경우 이 비용은 과중하다고 하겠다. 현재의 노인은 國民年金法에 의한 소득보장이 안된 노인이기 때문에 家庭의 눈치를 보며 이용하게 된다는 점이다.

일반의료보험의 운영 및 전달체제는 각 職場 職種, 地域 단위 의료보험조합과 聯合會를 통하여 운영되고 있다. 의료전달체제는 초진이나 재진구별없이 의원, 병원, 종합병원 어디에서나 진료를 받을 수 있다. 그러나 초진인 1차진료는 의원급에서 2차 진료는 병원급에서 3차 진료는 종합병원

서 받도록하는 보건 의료전달 체계가 정부시책으로 89년 7월부터 실시 예정이다.

일반의료보험의 財政充當은 피보험자(加入者)의 보험료, 사용자의 부담금 및 國庫 補助金으로 충당된다. 국가의 보조금은 의료보험조합 및 연합회의 運營費 일부에 충당하는 정도로 되어 있다. 직종 및 지역의료보험의 경우는 피보험자가 각출금의 100% 부담하게 된다. 직장인 경우는 사용자가 50%, 피보험자가 50%를 부담하게 하고 있다. 그동안 시범사업지역에서 의료보험료의 徵收率이 낮고 재정적자가 나타나는 부작용을 경험하였기 때문에 재원조달방법에 대하여 組合主義을 계속하자는 의견과 조세에 의한 統合主義方式의 의견이 있으며 정부에서는 이제까지 조합주의로 출발하여 制度的 裝置가 되어있기 때문에 조합의 廣域化라는 개선방안으로 계속 추진할 계획에 있다.

공무원 및 사립학교 교직원 의료보험은 1977년 제정되어 1979년에 새로 입법화한 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법에 근거를 두고 실시되고 있다. 1986년말 현재 全體人口의 10.4%인 430만에 적용되며 65세이상 노인 15.8%가 포함되고 있다. 피보험자는 지방 및 국가 공무원, 사립학교 교원 및 사무원, 장기복무의 하사관 및 장교, 年金受給者로 평균 보험료는 14,900원으로 월 보수액의 4.6%에 대한 각출금을 본인이 부담한다.

이상 2종류의 의료보험과 醫療保護에 의한 醫療保險을 65세 이상 노인의 경우를 살펴보면 1986년말 현재의 의료보호 14.5%, 의료보험 41.9%로 전체 65세 이상 노인의 56.4%였다.

노인 건강진단사업은 1981년에 제정된 노인복지법에 의하여 65세이상 노인에 대한 건강진단을 2년에 1회씩 국·공립병원 또는 보건소에서 無料로 실시하고 필요한 경우 결과에 따른 後續措置를 하도록 한 사업이다. 이 제도는 65세 이상 전체노인을 對象으로 하지 않고 국가예산의 범위내에서 일종의 公的扶助 형태로 의료보호 대상자를 주로 하여 1983년 부터 전체노인의 약 13.2% 정도인 23만명(1985년 기준 전체노인 174만 명에 대하여)을 대상 목표로 하여 실시하여 왔다. 이 제도의 問題點으로는 우선 대상자의 범위가 전체노인을 대상으로 하지 않고 있다는 점이고, 저소득층을 우선으로 희망자에게 실시하고 있기 때문에 舉動이 가

능하고 認識이 된 노인들만 이용하고 있다고 지적할 수 있다. 그리고 실제로 이용한 노인들의 경우도 후속조치가 충분치 못하다는 不滿이 있으며 檢診費가 공무원 및 사립학교 교직원 검진비의 70% 수준이기 때문에 의료기관에서 差別대우가 발생할 수 있고 형식적 검진이 될 소지가 있다고 지적할 수 있겠다. 따라서 老人健康診斷事業에 대한 개선 대책이 필요하다고 하겠다.

3. 우리나라의 保健醫療 傳達 體系

公共 保健醫療傳達體系는 公共 部門과 民間 部門으로 구분해 볼 수 있다. 의료전달에 관한 공공부문의 개입이 필요한 이유는 여러가지이다. 의료전달에 있어서 민간이 忌避하거나 담당할 수 없는 부문이 있다는 것, 민간기능이 부족하여 補完한 부문이 있다는 것, 저소득층의 의료혜택을 공공부문에서 보장할 必要가 있다는 것, 그리고 민간의료의 지역적 불균형을 보완할 필요가 있다는 것이 그 중요한 이유이다. 우리나라의 경우 의료자원의 지역적 불균형과 의료기능의 重複이 심한 상태이다. 그리고 의료기능의 細分化도 問題이다. 따라서 공공부문의 역할이 기대되거나 공공부문의 활동은 민간부문보다 취약한 상태이다. 앞으로 예방보건사업의 充實化, 취약인구 계층에 대한 의료공급, 특수질환자들에 대한 支援은 공공부문의 투자로 해결해야 할 것이다. 현재 우리나라에서 공공보건 의료 전달체계는 문교부를 隸屬기관으로 하는 국립대학 병원과 내무부의(앞으로는 지방자치단체) 예속기관으로 하고, 보사부의 업무지시를 받는 시도립병원, 지방공사의료원, 시·군·구 보건소, 읍·면·동 보건지소, 리 단위의 보건진료소가 있다. 그리고 보사부의 예속기관으로 하는 국립의료원과 특수병원, 보훈처, 철도청, 경찰(내무부)에 부설되어 있는 국립병원이 있다. 앞으로 정부가 계획하고 있는 지방 자치체가 실현될 경우 지역보건의료 체계인 보건소와, 그 지소 및 보건진료소가 영향을 받을 것이 예상된다. 앞으로 지방자치가 본격적으로 실시되고 지방정치의 發然이 강화되는 경우 지방자치단체의 보건의료 사업에 대한 보사부의 統制力은 더욱 약화될 것이다. 앞으로 보건의료자치 제도가 예상되고 있는 가운데 '89년 7월 1일부터 시행할 예정으로 보건 의료전

달 체제에 대한 기본 골격을 수립하여 발표하였다.

그 주요 내용은 진료권 설정이나 보사부가 마련한 진료권은 ① 中診療圈 ② 대진료권 ③ 3차기관 指定으로 분류하고 있다. 중진료권은 의료보험 조합의 관할지역으로 하되 군지역 의료보험조합의 관할지역이 인접한 도시의 동일생활권이거나 의료 기반이 취약한 경우에는 이를 통합하여 전국을 122개 중진료권으로 설정하였다. 특히 생활중심지가 타 진료권으로 되어있는 경우에는 인접 중진료권을 1차 진료권으로 이용할 수 있도록 하였다. 대진료권은 전국을 8개 진료권으로 분류하여 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 대전으로 구분하였다. 3차 진료기관 지정은 전국의 대학병원 및 대규모 종합병원중 500병상 이상의 의료기관 27개소(대학병원 20개, 종합병원 7개)로 지정했다.

진료체계는 ① 일반진료체계 ② 의과 및 한방진료 체계 ③ 특수진료 체계 ④ 인접중 진료권 이용 ⑤ 복수중 진료권 이용 ⑥ 3차진료기관 이용체계로 분류했다.

일반진료체계는 다시 1차 진료와 2차 및 3차 진료기관으로 세분하여 1차진료는 중진료권내의 모든 의료기관과 보건기관(종합병원, 병의원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 병원소, 조산소)을 이용하도록 하였으나 3차 진료기관은 외래진료를規制하고 있다. 2차 진료기관은 대진료권내의 병원과 종합병원(3차 진료기관 포함) 및 보건의료원(병원과 보건소)을 이용하도록 하고 3차 진료는 全國單位로 지정된 500병상 이상의 의료기관을 이용하도록 하고 있는데 1차 진료후 2차와 3차 진료기관을 이용하도록 하고 있다. 1차 및 2차 진료기관을 이용할 경우 1차 진료후 2차와 3차 진료기관을 이용하도록 하고 있다. 1차 진료기관을 거치지 않고 3차 진료기관을 이용하면 진료비 전액을 본인이負擔토록 했다. 응급환자는 진료체계와 상관없이 3차 진료기관을 이용할 수 있다.

현재의 의료전달체계에서 나타난 종합병원 集中 및 選好경향을 제한하고 환자의 수요증가를 분산시키기 위한 목적이 달성될 것으로 예견된다. 그러나 병의원간의 시설, 지역간의 불균형으로 인한

의료서비스의 차이가 해소되는 질적보장이 유지되어야 할 것이다. 이 제도는 의원 및 종합병원간의 소득이진 효과는 충분하나 이용자의 편익은 고려되지 못했으며 3차 기관 이용자가 본인부담을 하면서까지 이용을 선호할 경우 지불능력만이 가능한 것이므로 소득계층간에 갈등을 유지할 소지가 있다. 특히 노인들은 종합병원 이용이 이런 관점에서 볼때 不利한 입장에 놓일 것이다. 따라서 노인을 위한 特殊病院 신설이나 요양시설의 확대가 요망 된다고 하겠다.

4. 老人 醫療傳達體系發展模型

保健醫療의 財政 政策¹⁾에서 의료비가 증가하는 요인은 네가지로서 ① 의료비를 포함하는 경제변동 ② 의료기술의 진보와 신약개발등 의료내용의 고도화 ③ 인구증가와 고령화 ④ 의료의 수급을 매개로 하는 제도의 변화로 요약된다. 의료활동을 규제하는 제도로서는 의료공급에 관계되는 제도와 의료비의 지불과 관련되는 의료보험제도가 있다. 보건 의료의 근원적 특성 때문에 거의 모든 제도에서 수요와 공급에 배분상, 배치상 非效率이 나타난다. 이러한 특성에는 다음과 같은 내용이 포함된다. 지불능력과 관계가 없는 질병의 분포, 보건의료의 요구(need)가 높은 비교적 소수인에게 지출의 대부분이 집중되는 것. 금전적 이해관계를 갖고 있는 醫療供給者의 決定에 消費者가 依存的이 된다는 것. 外來보다 비싼 입원을 助長하는 급여와 費用負擔의 構造的 矛盾, 醫療供與의 結末点에 있는 消費者의 비용 의식의 결여, 적절한 평가를 거치지 않고 고가의 새로운 의학기술을 불완전한 대로 급히 使用하는것, 불필요한 시설의 高價導入을 배제하는 기구의 결여, 의사와 기타 보건의료 인력자원의 공급의 지역별, 전문 분야별 불완전한 분포에 대처할 능력의 결여등이 지적되고 있다.

선진제국의 보건의료제도는 국민보건의료형(Beveridge, 英國과 伊太利), 사회보험형(Bismark형, 서독, 프랑스), 민간보험형(미국)으로 대별 될 수 있으나 만족할 만한 것은 못된다. 이러한 제도의 기본목적은 보건의료서비스의 이용과 제공에 있어서 配分上의 效果和 配置上의 形평을 달성하는 것으로 배치상의 형평은 규범적 판단으로 受療의 평

1) 이순, "선진제국에 있어서 보건의료의 재정정책" 의료보험, 1989.1(통권99호) 의료보험 연합회

등이라 정의할 수 있으나 測定에는 불확실성이 따른다. 배분상의 효율의 측정은 보건의료의 결과와 질의 측정으로 지출과 관련된다.

보건의료 關係支出에 관련하는 제요인에는 다음과 같은 相違가 따른다. 즉 연령구조, 건강과 가정내 간호에 대한 문화적 자세, 출생율과 사망율, 有病率, 기후조건과 기타 환경요인, 직종별 노동력의 분포, 공적 및 사적 의료보험의 적용범위, 비용분담, 절대가격 구조와 상대가격 구조, 보건의료에 관한 사회서비스의 제공, 의료의 양현(樣現)과 의료기술의 입수가능성, 효율과 생산성, 판리비, 법제도의 諸要因에 依하여 차이가 나타날 수 있다. 이러한 要因이 作用함을 감안하고 OECD 자료를 활용하며 1983년도에 세계 주요 16개국의 보건의료비를 비교한 자료에 의하면 GDP의 평균 7.6% 1인당 보건의료비 지출총액은 883달러였다. 이것은 1960년 GDP의 4.2% 1970년 5.7% 1983년 7.6% 증가추세였다.

공적비율은 가장 낮은 나라가 미국으로 42%였고 가장 높은 나라는 스웨덴, 영국, 덴마크, 노르웨이 등으로 85% 이상이였다. 각국의 보건의료 관련 지출의 차이는 특정한 의료의 접근 가능성과 이용상황에 의해 영향을 받으며 반대로 이들은 영향을 준다. 보건의료 관계 지출액은 입원, 외래, 의약품, 기타(보건의료 서비스, 자본지출, 생물의학적 연구지출)로 구분된다. 이 중에서 입원의료비는 평균 51.9%로 가장 작은(낮은) 나라는 룩셈부르크의 32.5%에서 가장 많은(높은) 나라는 스웨덴의 72.6%였다.

입원 의료비는 주로 병원, 병원소속의사, 양로원(nursing home), 기타 의료지향의 입원시설의 지출로 모든 나라에서 최대의 보건의료관계 지출 항목이였다.

인구 1,000명당 병원의 병상수는 평균 9.4, 작게는 2.1에서 많게는 15.6까지 1인당 연간 입원일수로 평균 2.7. 외래이용 의료지출은 평균 21.7%로 뉴질랜드의 7.1%에서 벨기에의 41.6%로 차이가 많았다. 1인당 연간외래 수진 회수는 평균 5.3회였다.

의약품 지출액은 평균 12.1%, 스웨덴의 4.9%에서 독일의 20%이상으로 변동폭이 컸다. 분석결과에 의하면 1인당 GDP가 100달러 증가하면 1인당 보

건의료비 지출액은 10% 증가한다는 것이다. 변화율로 표현하면 GDP에 대한 보건의료비 지출의 탄성치 1.43은 1인당 GDP의 10%의 변화는 1인당 보건의료비 지출액의 14.3%의 변화를 가져온다는 것이다.

사회정책의 분석목적을 위해서 일반적으로 보건의료 관계지출과 預測되는 인구구조의 변화가 재정에 미치는 영향을 분석하는 경우는 두가지 사실을 고려해야 한다. 첫째, 보건의료비 관계지출은 제일 어린 연소층과 제일 높은 연령층에 많다는 것이고 둘째는 재정적 견지에서 볼때 중요한 것은 취약한 연령층에서 발생하는 지출뿐만 아니라 생산인구에 크게 부담이 될 지출의 지불능력이다.

중속인구 중에서도 년소인구보다 고령자에 대한 지출을 중점적으로 분석하게 되는데 이유는 첫째로 선진국에서는 출생율이 극히 낮으므로 고연령층에 대한 보전관계지출은 추가적 발생이 없을 것이기 때문이고, 둘째는 향후 25년에서 50년에 걸쳐 비용을 발생시킬 연령층은 이미 생존하고 있어서 노인인구의 증가는 확실하기 때문에 보건의료비 지출의 비용은 주로 노동인구가 부담하게 되므로 인구의 고령화에 따른 증가지출의 능력은, 생산인구의 규모, 경제활동 참가율, 실업율, 그리고 생산성에 의존하게 된다.

65세 이상 노인인구 指數는 선진국의 경우 평균 1980년 18.3%에서 2010년에는 22.6%로 증가가 예상되고 있다. 고령자에 대한 1인당 보건의료비 지출액은 비고령자 지출액의 2.4배에서 5.5배의 범위에서 변동하며 평균 4.2배로 매우 높다.

보건의료의 재정정책 수단으로서는 ①보건의료 가격의 억제(보건의료의 효율촉진) ②의료이용의 억제(의료의 효율적 이용의 촉진) ③제도의 대상범위 축소 그리고 재정의 개선 등 방법이 있다. ④비용부담방식의 변경으로 예산통제나 수입을 증대시키기 위하여 목적세를 신설하거나 보험료를 인상하는 방법 ⑤이상의 방법은 急性期 病患에 관한 제도에 중점된 내용이 되겠으며 고령화된 인구로, 연령을 가능케 하는 과학기술의 진보와 인구학적, 경제적 조건의 변화는 장기의 의료 서비스에 수용증가를 초래하게 된다. 따라서 장기입원의료에 대한 비용절감을 위한 代替方案으로 민간장기 의료 보험개발, 가정에서 在家患者 간호에 대

한 稅補助 및 訪問 看護 制度가 提案될 수 있겠다.

이상에서 살펴본 우리나라의 의료보장 제도에서 노인을 위한 의료보장 정책을 總括하여 그 문제점을 지적하고 앞으로의 發展 模型을 다음과 같이 제시한다. 첫째, 노인을 위한 의료보장 제도가 노인의 特性을 고려하여 제도에 反映되어있지 못하다. 개선책으로서는 장기적으로는 노인의료보험법의 제정을 고려할 필요가 있다고 하겠다. 재원조달 측면에서 국가의 적극적 부담 방법이 요구된다고 하겠고 급여방식도 입원을 위주로한 상병치료보다는 장기적 검진, 상담, 교육과 같은 질병의 예방 및 건강유지와 機能的 장애 예방에 대한 서비스 내용의 개발과 장기입원을 代替할 수 있는 단기퇴원과 在家訪問 관리방안에 대한 給與 擴大가 요청된다.

둘째는 의료보험과 의료보호의 진료비수가 차이의 해소를 촉구하는 방법으로 병의원 의료직 종사자의 차별인식 해소를 위한 홍보와 의료보호 노인들의 잠재적 피해의식을 떨어 버리도록 하는 홍보교육이 필요하다.

1989년도 보사부의 취약계층 복지증진 시책에 의하면 생계보호자의 지원수준을 '88년도 29,900원에서 '89년도에는 35,643원으로 인상하며 신실보호자의 경우는 44,000원에서 46,000원으로 늘릴 계획이다. 또한 의료보호의 수가가 외래 이용 의료보험 수가가 의료보험의 80% 수준이던 것을 89년도에는 90% 수준으로 올리며 입원수가가 의료보험의 88% 수준에서 '89년에는 94%수준으로 늘릴계획으로 발표하였다. 의료보험과 의료보호의 醫療酬價가 동일한 수준이 될려면 '90년도에는 해결될 전망이다.

셋째, 노인을 위한 보건의료 전달체계에서 노인 병동이나 노인병원이 全無한 상태에 있는데 이것은 보건의료 인력 중에서 노인건강 관리에 대한 전문인력이나 시설이 없다는 것이다. 따라서 노인을 위한 전문시설로 현재의 종합병원에 노인병동이 필요하며 여기에 종사할 醫療人의 재교육이 중요하다.

넷째, 노인의 건강관리를 위한 연구기관이 없다. 건강진단이나 질병의 병인을 판정하는 각종 검사에서 사용하는 正常置(normal data)의 표준이 일반 성인을 基準으로 한 것이기 때문에 노인에

대한 적용은 무리인 경우가 많다. 이것은 한 예에 불과하나 기초 의학 분야에서의 노화과정 연구, 보건분야에서의 보건학적인 연구, 임상에서의 연구가 활성화 되기 위해서는 노인 종합연구소가 필요 하다.

II. 老人 醫療費 부담 절감 方案

1. 老人 醫療費 부담 절감의 原理

老人 對策에서 重要한 과제 중의 하나는 老人 醫療費 부담의 문제이다. 노인인구가 增加하면 醫療需拾이 증가하고 의료利用에 따르는 經濟的 부담이 가중되기 때문에 經濟的 부담을 완화하여 노인의 의료 要求를 有效需要로 전환 시키려는 의료보험의 機能이 要求된다. 保險제도에 의하여 의료부담을 多數人이 共同으로 對處함으로써 醫療利用者가 그 부담을 분산하여 해결하고자 하는 것이 보험제도의 原則인 것과 같이 노인 의료부담도 다수인이 공동으로 부담함으로써 절감하는 것이 원칙이 될 것이다.

의료보험의 경우 保險料가 소득수준별, 지역별로 差異가 있기 때문에 소득재분배의 效果를 거둘 수 있다. 이와같은 機轉을 통하여 노인의료보험은 의료이용제도를 적정수준으로 유지함으로써 노인 건강을 향상시키고 의료부담으로 부터 노인세대를 포함하는 가계를 보호해 줄 수 있다.

2. 現行 醫療保險 制度에서 보는 老人 醫療의 問題點과 對策

所得이나 사회적 입장에서 피부양의 입장에 있는 노인 의료비 문제는 加齡이 될수록 불리한 經濟 社會的 要件으로 疾病 罹患率의 上昇을 가져오나 若年層에 비해 受診率이 훨씬 떨어진다는 것은 여러 調査에서 나타나고 있다.¹⁾³⁾⁹⁾ 그러나 醫療保險에 해당되는 老人의 入院 및 外來率은 相對적으로 높기때문에 의료보험을 상승의 原因의 하나가 되기도 한다. (表 1참조)

이와같은 이유로 사회보험제도를 실시하고 있는 선진국에서는 재정조성사업을 통하여 制度間 또는 制度內 재정안정을 도모하고 있다. 서독, 일본, 프랑스 등이 이 예에 해당하며 영국, 덴마크 등은

〈表 1〉 適用人の 年齢別, 入院 外來別 1人當 給與費(職場保險)

1986

연 령	입 원	의 래	계
0 ~ 4 세	11, 244 (87)	25, 016 (157)	36, 268 (126)
5 ~ 14세	5, 023 (59)	13, 165 (83)	18, 188 (63)
15~44세	11, 527 (98)	13, 831 (87)	25, 358 (88)
45~54세	20, 859 (161)	19, 445 (122)	40, 304 (140)
55~64세	27, 222 (210)	19, 606 (123)	46, 828 (162)
65세 이상	32, 219 (249)	19, 231 (121)	51, 450 (178)
평 균	12, 942 (100)	15, 928 (100)	28, 870 (100)

주 : ()의 수치는 평균치를 100으로 했을때의 지수임.
 자료 : 의료보험조합 연합회, 의료보험 통계연보, 1986.

보험方式에서 租稅方式으로 이행한 예가 된다.

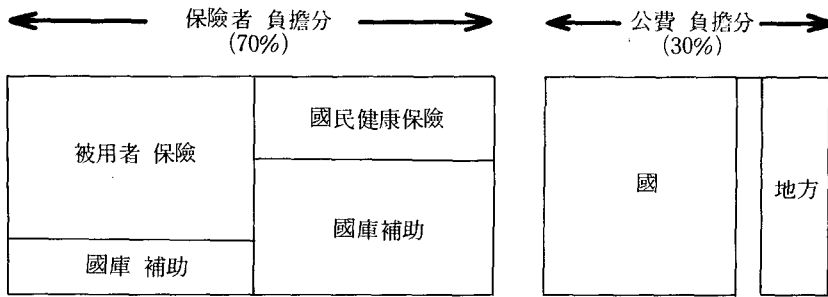
우리나라의 의료보험은 조합간에 재정 안정도에 차이가 심하고 제도간 재정 안정도에도 큰 차이가 있다. 또 의료 보험제도의 내용이나 관리방법이 공급자의 특성에 따라 크게 영향을 미치기 때문에 地域間, 保險財政 安定 等이 강구됨으로서 의료공급 이용자 모두에게 불평등이 없도록 제도적 장치가 더해져야 한다. 노인인구의 動態는 都農間, 地域間에 편차가 심하기 때문에 현행 우리나라의 의료보험법의 재정조정 공동사업은 이런 뜻에서 유의하다. 그 내용은 ① 高齡醫療費 ② 老人醫療費 共同事業 ③ 保險給與費 貸與 事業 ④ 保險財政 ⑤ 天災地變 등에 대한 支援事業 등으로 되어 있다. 그러나 현재 地域組合과 職場 및 公教 醫療保險間에는 보험료 수준에 현저한 차이가 있고 財政赤字 要因으로 도농간 노인인구 편차와 노인인구 증가에 노인 의료비 지출 증대와 의학기술, 公衆保健의 발달과 문화 향상으로 인한 多樣한 醫療欲求에서 오는 高額診療費의 부담이 加重하게 作用될 展望이다.

때문에 老人 保險財政을 補強하고 개인이나 국가의 부담을 덜기 위해서는 노인을 포함하여 전 국민을 對象으로 하는 보건사업과 健康增進을 위한 豫防對策을 적극적으로 강구함으로써 노인 의료비 부담을 절감하는데 기여할 수 있다.

그러나 우리나라에는 上述한 내용을 實現하기 위한 制度的 장치가 특히 老人層에는 거의 되어 있지 않은 것이 實情이다.

다만 公教 醫療保險과 地域, 職場保險에 加入되어 있는 被保險者의 被扶養者로서의 의료혜택과 保社部에서 일부 노인들에게 實施하는 年 1回 健康檢診 등 初步的 對策이 있을 뿐이다. 1982년에 實施한 우리나라 老人福祉法 “第8條”에도 老人醫療에 대한 具體的 方案은 제시되어 있지 않으며, 1989年 大韓老人會가 提出한 “老人福祉法 改正案”에는 “第8條”를 修正, 補完하여 “第8條” 家庭奉仕員, 第10條, 老齡 手當의 支給. 第12條, 醫療 惠澤, 第13條, 健康診斷” 등으로 개정안을 내고 있는 현실로 미루어 우리나라 노인 의료 대책이 얼마나 미약한 것인가를 알 수 있다.

〈그림 1〉 老人醫療費 負擔



3. 老人 健康法の 提議

우리나라의 現行 의료보험의 問題點을 시정 보완하기 위하여, 우리와 社會的 要件이 비슷한 日本의 老人保健法을 中心으로 살펴보기로 한다.

1983年 日本에서 실시된 “老人保健法”은 나름대로 문제점은 있으나 직접적으로 노인의료비를 切減하고 전국민의 건강향상을 間接적으로 유도한 제도이다.

그 內容을 보면, 국민의 老後 健康維持와 適切な 醫療保護를 위해서 疾病의 豫防, 治療, 機能訓練等の 保健事業을 綜合적으로 實施함으로써 국민 보건 향상과 노인복지 증진을 기도하고 間接적으로 의료비의 증대를 예방하고 있다. 그리고 이 법은 “國民은 自助와 連帶의 精神에 立脚하여 스스로 加齡에 의해서 일어나는 心身の 變化를 自覺하여 항상 건강의 유지 증진에 주력하고 노인 의료에 필요한 비용을 公평하게 負擔한다”는 것이 基本理念으로 되어 있다.

즉, 이 법은 ①國民全體의 자조와 연대 ②건강 유지증진에 대한 자발적인 노력 ③노인의료의 公평한 부담(국가와 지방자치체의 부담 및 의료보험자의 지출)으로 要約할 수 있다.

이 對策을 위해 40세이상인 자를 대상으로 한 市, 邑, 面 主體의 보건사업과 70세이상 및 65세이상 70세미만으로 일정한 장애를 가지는 臨床患者를 대상으로 한 의료사업으로 差別한다. 그 구체적 내용은 ①건강수칙의 교부 ②건강교육 ③건강상담 ④건강진단 ⑤의료 ⑥기능훈련 ⑦방문지

도 등으로 되어 있다.

그러나 이것은 비용의 지불방식일 뿐이지 이 방법이 노인의 질병을 감소하거나 개선되는 것은 아니기 때문에 보다 重點을 둘 것은 老人保健의 增進을 직접 담당할 요원의 양성, 시설, 기재의 확보, 情報收集활동등의 비용을 고려하지 않을 수 없다는 점이다.

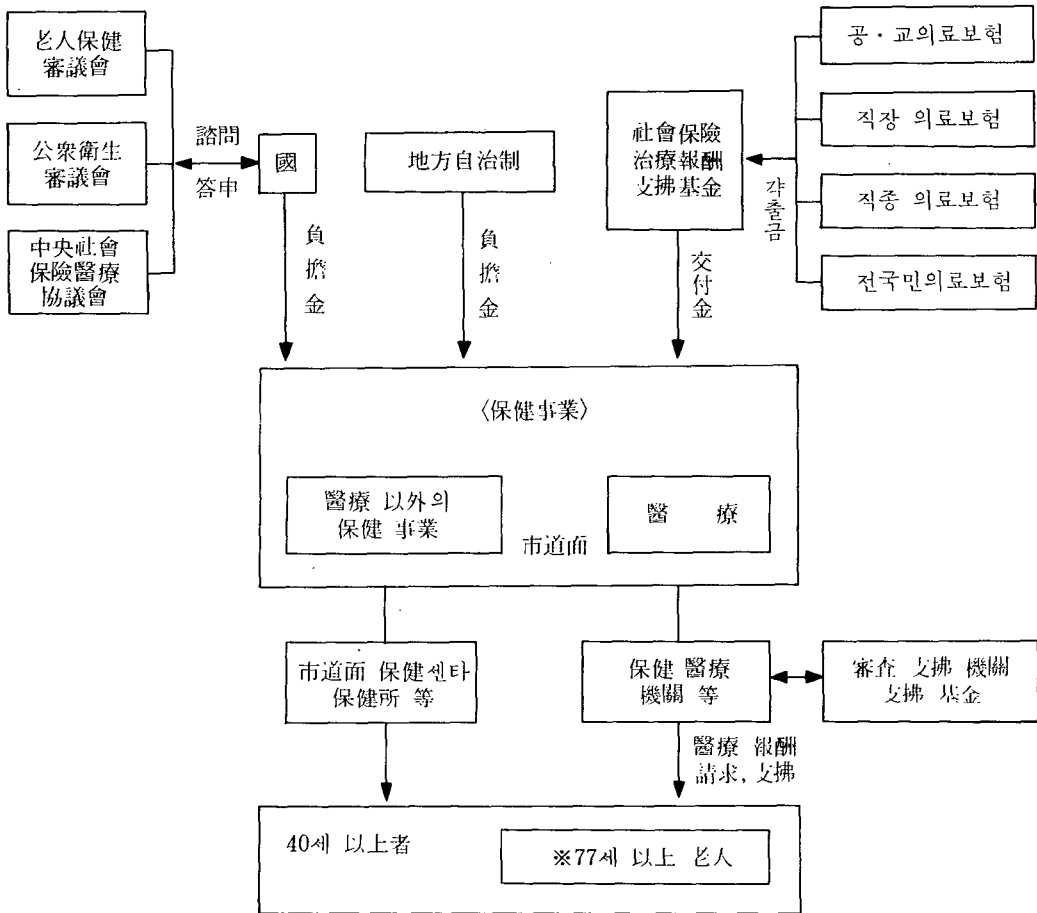
그리고 여기에 소용되는 비용은 예방적 의의가 크며 諸資源을 유용하게 활용한다면 장기적 안목에서 노인의료보험은 흑자를 기록할 수 있다고 보고 있다.

한편, 이 사업을 추진시키기 위해서 필요한 인적자원의 문제를 들고 있다. 특히 보건원이나 간호사, 재생훈련 전문직(이학요법사나 작업요법사)요원부족이 문제이기 때문에 장, 단기적 眼目에서 대응책을 마련하는 것은 至急한 과제인 하나로 보고 있다.

우리나라에서도 上述한 문제점을 고려한 제도적 장치를 “노인건강법”이라는 名目下에 신설할 것으로 計의 한다. 경제5개년 계획이 끝나는 1987년을 기점으로 우리 實情에 맞게 구분하여 年次的으로 計劃하므로서 노인의료비 절감을 위한 장·단기 대책을 〈그림 2〉와 같이 할 수 있을 것이다.

이와같은 모형을 통해 우리는 ①老人의 의료수가를 국민全體의 公평한 부담으로 分배하고, ②國民의 건강향상을 間接적으로 유도함으로써 의료수가 切減의 目標을 달성하여 풍요로운 복지국가를 향한 기초작업을 이룰 수 있을 것이다.

(그림 2) 老人醫療事業(體系圖)



※ 노인건강법에서 의료비는 70세이상 노인과 65세이상 70세 미만의 노인으로서 일정한 장애가 있다고 시, 도, 읍, 면의 장이 인정할 때는 그 비용을 國民이 公平하게 부담한다는 見地에서 노인의 一部 負擔을 除外한 額 中國家에서 20%, 市, 道, 邑, 面에서 5%, 나머지 70%는 醫療保險 各 制度의 보험자가 支拂하기로 한다.

Ⅲ. 老人對象 健康診斷과 健康教育 改善方案

우리나라의 醫療保險 制度에서는 요양급여에 치고 중하고 있어서 예방급여인 건강진단에 대한 서비스는 공무원 및 사립학교 직원을 위한 의료보험에 서만 2년에 한번씩 실시되어 왔다. 그리고 노인복지법에 의한 노인대상 건강진단은 전체 노인의 13.2% 수준(1985년 기준)인 200,000명을 1차 검진 대상으로 하며 이중에서 2차 검진 대상자는 30,000명으로 계획하여 저소득층인 의료보호대상

자 중에서 希望者 우선으로 1983년부터 실시하여 오고 있다.

건강진단의 목적은 ① 질병의 초기발견과 적절한 요양급여 실시 ② 질병예방을 통한 건강증진 도모 ③ 건강유지를 위한 자기 건강관리 의식의 제고라고 할 수 있다. 일반적으로 사람들은 질병의 증상이 나타나면 건강에 이상이 있다고 생각하고 의료기관을 찾아 질병원인을 찾아 진단을 받고 치료를 한다. 병이 발생하기 이전에 예방하는 것이 중요하다는 인식이 안되고 있고 일단 병이 났다가 치료한 후에 본인 스스로 자기 건강관리의 실천이

중요하다는 인식이 안되어 있기 때문이다.

질병예방을 단계적으로 구분하면 1차적 예방(Primary Prevention), 2차적 예방(Secondary Prevention) 및 3차적 예방(Tertiary Prevention)으로 구분한다. 여기에서 일차적 예방은 질병이 발생하기 전 사전예방과 조기발견이며, 2차적 예방은 일단 병이 걸린 경우 적절한 치료로 재감염이나 악화로 인한 합병증의 예방을 의미한다. 3차 예방이란 적극적 치료를 하였어도 질병의 만성 퇴행성인 경우나 장애를 당한 경우 재활 및 계속적 치료를 하면서 사회복지를 할 수 있도록 하는 노력이다.

따라서 정기 건강진단은 2차적 예방을 위한 것이며 건강교육은 1차예방이 주목적이고 자기 건강리를 위한 교육목적이 된다.

정기건강진단의 필요성은 공무원 사립학교 교직원 의료보험자의 건강진단 내용을 분석하여 의료이용에 대한 연구를 박태수¹⁾가 보고하고 있으며, 유승훈은 “피보험자 질병예방 관리방안에 관한 연구”(1988. 12, 의료보험 관리공단)을 발표하여 주장하고 있다.

차에依하면 醫療保險 피보험자에 대한 정기검진을 시행할 경우 환자의 진료비는 물론 진료기간도 줄일수 있다는 연구결과가 나왔다. 이 연구는 정기검진군과 비검진군의 의료이용에 관한 比較 논문으로 1인당 평균수진율은 검진군이 2.5회, 비검진군이 2.1회로 검진군이 의료기관을 자주 이용하고 있으나 진료기간은 검진군이 15.2일로 비검진군의 19.1보다 4일이나 짧았다.

이것은 단기발견으로 인한 단기치료가 치료기간을 단축시킬 수 있다는 이론을 뒷받침하는 자료로 해석될 수 있다. 따라서 1인당 평균 총진료비는 검진군이 48,600원이었고, 비검진군이 77,500원으로 28,900원의 차이가 있어서 진료비의 경감 효과가 정기검진에 사용되는 평균비용 10,000원 보다 높은 것으로 나타났다. 1인당 평균 외래진료회수는 검진군이 2.3회, 비검진군이 1.8회로 약간 높았으나 평균입원 진료회수는 검진군이 0.04회, 비검진군이 0.09회로 나타났다. 특히 질환별 1인당 평균진료기간은 肺結核의 경우 검진군은 37.4일 임에 비해 비검진군은 69.6일이었고 본태성 고혈

압은 검진군이 30.6일인데 비검진군은 42.0일였다. 당뇨병은 검진군이 28.9일인데 비검진군은 43.6일 이었다. 肝疾患은 검진군이 26.4일임에 비하여 비검진군은 60.3일로 나타났다고 보고하고 있다. 이 연구는 노인을 대상으로한 연구는 아니었지만 노인의 경우도 비슷한 결과가 될 것으로 예상된다고 하겠다. 따라서 노인을 위한 정기검진을 현재 공무원 및 사립학교 교직원을 대상으로 실시한 건강진단과 동일한 내용으로 운영하는 것이 앞으로 노인을 위한 대책이 될 것이다.

건강진단만을 실시하면서 사전교육이나 사후의 후속조치가 안되는 경우는 그 효과가 극대화되지 못한다. 그렇기 때문에 노인들에게 정기검진을 실시할 경우에는 건강수첩을 교부하고, 적절한 건강교육을 실시하며 동시에 건강상담을 하는 것이 바람직하다. 건강교육은 잘못되어 있거나 모르고 있는 지식, 태도 및 행위에 대하여 알려줌으로써 바람직하며 올바른 정확한 방향으로 변화를 시키는 것이 목적이다.

건강진단을 받은 경우 그 판정결과에 따라 피보험자의 건강을 유지, 증진하기 위하여 앞으로의 건강관리 방안을 교육해야 한다.

1986년도 公團에서 실시한 건강진단 결과는 要注意者 4.8%, 단순요양자 3.5%, 要休務 對象者 0.2%로서 療養 對象者는 3.7%였다. 나머지 94%는 건강한 경우였다. 건강진단 결과에서 건강한 사람인 경우는 일반건강 교육이 필요한 경우로서 이들을 위한 건강교육 방안으로 다나까²⁾는 3단계로 구분하고 있다.

첫째, 1단계 교육은 대상자들이 지니고 있는 건강유지 능력을 충분히 발휘할 수 있도록 능력개발을 도와주는 교육으로서 그 내용은 ①운동 ②식생활 ③흡연 ④음주 ⑤개인위생 ⑥스트레스 ⑦안전교육이 건강에 미치는 영향을 알려준다.

제 2단계 교육은 건강장애는 없지만 심리적 또는 환경적 저해요인 때문에 능력을 충분히 발휘할 수 없는 상태로서 이 경우는 능력을 발휘할 수 있도록 이끌어주는 것이 교육목적이 된다. 방법은 저해인자의 제거와 쾌적 조건을 위한 정비로서 이를 위해서는 피보험자를 대상으로 건강요구(health)

1) 田中茂, “勞動과 健康 講座”, 現代와 健康 6大修則, 1974, p. 324~325.

柳承欽, “被保險者의 질병예방 관리방안 연구” 의료보험 관리공단, 1988. 12, p.138.

th need) 설문조사를 실시하여 참고자료를 활용하면서 상담형식의 교육을 주로 실시한다.

제 3단계 교육은 초기병원성기에 있어 “正常群”으로 그대로 방치하면 가까운 장래에 건강장해가 일어나기 쉬운 상태에 있는 사람들로써 이들에 대한 건강관리의 목표는 능력저하의 방지라고 할 수 있다. 건강교육 방법으로서서는 질병의 증상에 대한 책자를 구비하는게 좋다.

일반건강한 사람을 대상으로하는 교육이외에는 검진결과에 따라 위험을 받고있는 질환별로 개인별 교육을 시키는 방법이 있을 수 있다. 직장을 갖는 근로자는 직업별 교육이 될 수도 있으나 노인들은 직업구분이 구배여 필요하지 않을 것이기 때문이다. 이러한 교육은 일반건강교육과 구별하여 세부 건강교육이라 칭한다. 세부교육은 1차 및 2차 건강진단실시 결과에서 要注意로 판명되어 즉시 治療를 要하거나 豫防조치가 필요한 경우와 질환이 의심되거나 진단미정인 피보험자 그리고 건강진단 실시 후 질환자로 판정된 各患者를 대상으로 한다.

이러한 건강교육을 실시하기 위해서는 전담부서의 신설이나 관리운영체계 확립이 요망된다. 앞으로 노인보건을 전담하는 부서가 신설되어 교육홍보과에서 이러한 교육을 계획하고 집행하며 평가하는 업무를 받도록 해야 할 것이다.

노인건강교육은 일반 成人들과 여러가지 특성상 區分하여 전담반을 따로 두는 것은 바람직 하며 高齡化 社會를 대비하여 그 組織은 市, 道와 郡, 읍, 면, 리, 동 단위까지 망을 구축하여야 할 것이다. 그리고 교육을 담당할 보건요원의 재교육은 물론이고 이에 소요되는 각종 교육자료의 제작 및 配布에 대한 계획도 오늘을 사는 과학시대에 맞게 갖추어져야 할 것이다.

II. 成人病 老人性 疾患에 대한 서비스 專門化 方案

1. 老人과 健康

老年期에 문제가 되는 疾病의 대부분은 이미 그 발생 이전에 진행된 성인병내지 만성병이다.¹³⁾ 노령자의 건강은 향상시키기 위해서는 건강향상을

위한 노력을 노인층만을 대상으로 견주어서는 실효를 거두기 힘들다. 때문에 전국민을 대상으로 성인병과 만성퇴행성 질환을 예방하고 조기발견 조기치료라고 하는 사업을 장기적 안목에서 강화하여야 한다.

그러나 현재의 노인은 대부분의 노인이 불건강한 상태에 있으며 만성퇴행성 질환에 이환되고 있다. 이와같은 현실은 가족의 介護와 경제적 부담을 가중시키고 나아가서는 국민의료비 부담을 증가시키는 결과가 된다. 65세이상 노인의 유병율은 청년층의 수배에 達하고 그 傷病상황도 장기만성 질환이 대부분이다. 65세이상자의 과반수는 심신에 어떠한 장애를 가지고 있으며 이것은 후기노인일수록 그 비율은 상승한다.⁵⁾

그러나 그들의 수진율은 사회경제적 이유로 若年 齡者보다 훨씬 떨어진다. 한편 急速히 증가하는 老齡인구는 상술한 문제를 더욱 심각하게 만들 것이 確實한 것이기 때문에 노인보건의료 대책은 현재 노인성 질환에 걸려 있는 노인대책과 예방조치를 위한 국민적 차원의 건강증진 보건대책으로 집약될 수 있다.

2. 基本的 方向

- ① 老人健康狀態에 對應하는 건강교육, 건강검진, 보건지도, 치료, 가정간호, 시설간호, 기능회복 훈련등의 종합적 노인보건 의료대책을 수립하고 국가 경제 5개년계획과 같이 노인보건 의료사업 5개년 계획을 조성하여 연차적으로 실시하는 것이 바람직하다. (부록 保健指標 및 年次 5個年計劃 참조)
- ② 地方自治制가 실시되는 우리나라의 今後 노인성 질환 대책은 노인의 생활과 밀착된 지역을 단위로 일차보건의료를 담당하는 의사, 공공단체, 시설, 단체등이 상호협력 유대하여 진행할수 있도록 지역보건 중심의 대책이 되어야 한다.
- ③ 노인성 및 성인병 질환은 장기만성화의 경향이 짙기 때문에 의료대책과 노인복지대책의 유기적 연대를 企圖해야 한다.
- ④ 의료비 부담의 불균형을 시정하고 공평한 부담의 실현을 위한 제도적 장치가 마련되어야 한다.

⑤ 의료자원의 효율적, 합리적 배분과 이용을 위한 시책을 마련해야 한다. 상술한 내용을 실시할 수 있는 구체적 방안을 다음 몇가지 관점에서 생각하기로 한다.

3. 在宅看護와 施設保護

1) 在宅看護

노인이 오랜 질병 상태에 있을 경우 在宅看護의 범위에서는 가정요양이 유지되지 못하여 입원하게 된다. 노인의 질병이 악화 또는 급변하게 될 경우와 간호자의 건강악화나 간호인력이 부족할때 가정간호의 한계가 생긴다. 노인의 대부분은 가족의 간호를 받으며 가족과 함께 오랫동안 살아온 집에서 세상을 하직하는 것이 노인의 바람이다. 그러나 이와같은 바람은 價値觀, 家族구조 사회환경의 변화로 점차 불가능한 것이 되어 가고 있다. 도리어, 어느 시점에서 환자가 병원에 입원해야 하느냐 하는 판단이 중요하게 된다. 우리나라는 현재 이와같은 노인환자만을 위한 시설은 1989년 현재 전무한 상태이다. 때문에 경제적으로 여유가 있는 가정에서는 일반병원에 노인을 입원시킬 수 있고, 경제적 여유가 없는 노인은 방치상태에서 죽음을 기다릴 수 밖에 없는 것이 현실이다. 그러나 가정요양의 한계선은 단정된 것만은 아니다.

방문 간호등 재택간호의 자원을 개발한다면 가정간호의 可能性이 擴大된다는 것을 선진국에서는 인정하여 근래에는 가정시설과 지역을 연결하는데 重点을 둔 가정간호대책이 진행되고 있다.

2) 施設看護

도시화의 進展에 따르는 주거환경의 변화와 여성의 사회진출에 의한 가정 介護기능의 저하로 가정에서 노인환자를 지원할 수 없는 경우, 후방지원으로서 시설의 역할은 중요하다.

일본에서는 노인이 질병이나 장애로 要介護 狀態가 되었을 경우 노인병원과 특별 양호노인 Home의 2종의 시설에서 개호수용한다. 이와같은 시설중심의 care 체계에서는 장기입원이나 사회적 입원등의 問題, 施設入所를 위한 長期間의 待機등의 문제를 낳게 하고 在宅과 施設(또는 病院)의 費用 負擔의 格差등 여러가지 요인을 낳게 한다. 이와같은 문제점을 감안하여 1986년 일본은 노인

보건법의 개정에 따라 要介護老人의 中間施設로서 의료 care와 일상생활 서비스를 종합적으로 제공하는 노인보건시설을 설립하였다. 이렇게하여 일본은 복합시설 체계의 시대에 들어서고 있다. 이 시설은 노인의 症狀인 need에 對處하는 각시설(병원)의 役割을 明確히 하면서 노인에게 적합한 시설체계로서 비용부담문제만 해결된다면 가장 이상적인 방법이라 생각된다.

영국이나 미국, 유럽 지역에서도 Nursing Home Medicare형태로 이와같은 기능을 수행하고 있다.

3) 老人健康施設

노인건강시설은 증상이 안정되어 병원에서의 입원치료보다는 간호나 介護에 중점을 둔 care를 필요로 하는 노인을 대상으로 필요한 의료 care와 일상생활 서비스를 併해서 提供하는 곳이다. 要介護老人의 심신자립을 지원하고 가정의 부귀를 목표로 하는 시설로서 일본은 1987년 전국 7개소의 시범사업을 실시하고 1988년부터 본격적으로 실시하고 있다.

노인건강시설을 ① 밝고 가정적 분위기를 가지며 주민이 친근감있게 이용할 수 있는 시설로 할 것. ② 要介護 노인의 일상 생활능력을 가능한 회복하고 자립할 수 있도록 기능훈련 서비스를 제공하고 시설의 구조도 활동하기 좋게 확보할 것. ③ 입퇴원에 있어 시·읍·면의 지역서비스의 연대, 가족에 대한 긴밀한 상담, 지도, 민간봉사자의 참여등을 권장하고 지역, 가족과의 유대에 중점을 둘 것 등이 내용이 된다.

이와같이 가정과 시설 사이에 있는 中間施設의 設置는 우리나라에서도 지역 보건소를 활성화하여 그 기능을 증대함으로써 가능한 제도이다. 선진국 같이 특별 간호노인 Home이나 노인병원같은 시설은 막대한 비용과 한정된 병상수로 증가일로에 있는 노인인구의 數에 크게 未達될 것을 생각할때 병원에서 퇴원한 환자의 경우 主治醫가 계속해서 환자를 돌볼 수 있다는 장점도 고려하여 노인병원과 장애노인 시설과 併行해서 중간시설을 설치하는 것이 좋다.

4) 老人病科과 老人病院

선진국에서는 노인에게 적합한 간호, 개호의 기능을 가지고 재생 훈련이 가능한 병원에서 개호를 받을 수 있도록 노인병원의 기능을 명백히 하고

있다. 중장기적으로 노인병원체계를 만성질환의 治療를 중심으로 하는 “慢性病院”과 急性疾患의 治療를 중심으로 “일반병원”과 구분하려고 하고 있다.

우리나라는 현재 노인병원은 물론, 노인성 질환을 전문으로 치료하는 노인병과도 없는 실정이다. 각 의과대학에 노인병과 전문의 제도를 두고 종합병원에 노인병동을 마련하여 학문적으로는 노년학을 전공하는 의학도로 하여금 인간의 노화현상에 대한 생의학적 연구가 基礎科學部門에서부터 始作되어야 하는 것도 急先務의 하나이다.

3. 訪問看護

방문간호는 臨床환자나 그것에 준하는 환자의 住宅 care를 원칙으로하고, 집에서 療養하기를 희망하는 노인의 바램을 존중하여 환경변화의 不適應에서 오는 여러가지 문제점을 방지한다는 점에 의의가 있다. 이와같은 訪問看護의 優位性을 유지하기 위해서는 병원에서의 간호와는 다른 방법이 취해져야 하며 가정이 가지는 이점을 최대한으로 활용해서 가정요양을 원조해야 한다.

1) 臨床患者와 看護者의 實態

1983년, 이윤숙, 1988년 조유향 외의 研究調査

〈表 2〉 臨床老人患者의 ADL상태와 看護者의 實態

	도움 必要 없다	일부 必要	全的으로 必要
1. 일상생활 동작능력			
① 식사	32.4	46.3	21.3
② 의사전달 능력	60.3	30.9	8.8
③ 실내이동 능력	47.0	30.1	30.1
④ 排泄	일반변기 49.3	일부개조 36.1	기저귀 14.7
2. 주간호자			
① 연령	40~59세 : 50.6, 60세이상 : 46.4		
② 성별	여 : 94.1, 남 : 5.9		
③ 환자와의 관계	배우자 : 40.4, 자부 : 37.5, 가정부 : 2.9		
④ 교대간호자	있다 : 51.5, 없다 : 48.5		
3. 기능훈련(再生)	받는다 : 19.9	안받는다 : 80.1	
4. 정기적 진단	받는다 : 21.3	안받는다 : 23.5	이상있을때만 받는다 51.5
5. 환자간호자 희망 사항	① 환자를 위한 전문병원 설치 ② 환자를 위한 시설 설치 ③ 국가의 경제적 보조 ④ 말벗, 가정봉사자, 방문간호원 파견		

* 자료, 이윤숙: 입상환자와 간호사에 대한 조사연구, 동매논총 No.13, p.241~272

〈表 3〉 성별, 연령별 외상노인 출현율

(단위 : %)

성별 \ 연령별	65~69	70~74	75~79	80+	계
남 자 노 인	41.7	16.7	33.3	8.3	100.0
여 자 노 인	38.5	30.8	15.4	15.4	100.0
전 체	40.0	24.0	24.0	12.0	100.0
대상노인당출현율	2.2	1.9	3.2	3.1	2.3

* 자료: 조유향외: 노인에 대한 보건의료 개발을 위한 조사연구, 한림대학사회의약연구소, 1988. p.132

表 (2,3)에서 보는 바와같이 우리나라의 임상노인 환자는 수나 개호적 면에서 많은 문제점을 가지고 있으면서 체계적 대책이 거의 없는 것이 실정이다. 그들의 희망사항에서도 우리나라 임상환자 자신이나 가족의 고통을 충분히 이해할 수 있다.

2) 訪問看護의 有效性

臨床老人은 ADL에 지장이 있을 뿐만이 아니라 욕창, 失禁, 치매들을 合併하고 있으며 심신에 많은 문제가 있음에도 불구하고 노인을 介護하고 있는 가족의 간호지식이나 기술 부족과 부적절한 개호로 노인의 신체상태를 악화 시키거나 스스로의 부담을 가중하게 만드는 일이 많다. 따라서 노인의 신체상태에 개선을 도모하고 가정요양을 유지 시키기 위한 방문간호를 통해 가정간호의 방법을 지도원조할 필요가 생긴다.

3) 방문간호의 원칙

방문간호는 어느정도 치료 검사등의 의료조치 업무를 併한 의료기술면이 요구되기 때문에 그 업무의 가치한계도 중요하다. 그러나 병원 간호와는 달리 在宅간호의 주인공은 가족이며 간호사는 재택간호를 보다 기능화하기 위한 원조자임을 명심해야 한다.

방문간호자의 역할은 ① 환자와 환자가족에 대한 교육기능 ② 환자가족의 있는 그대로의 상태를 수용하고 정신적으로 원조한다. ③ 가정에 있는 환경 그대로를 수용하고 care의 수준을 저하 시키지 않는다. ④ 개호자의 건강 관리를 도모하고 가족과 친족의 협력체를 만들어 계획적 개호협력체를 남겨구분 없이 가족원 모두가 구축하도록 한다. ⑤ 사회자원의 활용방법을 紹介한다. 가족봉사원, 간병인의 파견등으로 단기간 가사나 노인환자의 시중을 원조받도록 도와준다.

4) 社會資源의 活用과 訪問看護

장기에 걸친 노인환자의 뒷바라지를 가족에게만 맡긴다는 것은 여러모로 문제가 있기 때문에 가족이 가지고 있는 능력을 활용하고 노인환자의 심신의 원조를 위해 아래와 같은 사회자원을 개발하여 실시한다.

- ① Short Stay Home : 1주일 정도 머무를 수 있는 시설로 가족의 휴양, 冠婚제등에 대비한 시설이다.
- ② 가정봉사원 : 가족을 대신해서 가사나 환자의 몸

- 시중을 하는 것으로 유료나 무료제를 실시한다.
- ③ 개호인의 派遣 : 가족이 병이 났을때 단기간 가정에 파견되어서 가사나 노인의 시중을 담당한다.
- ④ 入浴 Service : 손이 많아가는 노인의 입욕작업을 대행한다. 浴槽를 설치한 버스를 가정에 보내던지, 지역에 있는 시설에 이송해서 입욕시킨다.
- ⑤ 급식 서비스
- ⑥ 이발 서비스
- ⑦ Day care : 주간에 노인이 통원하면서 기능훈련을 받는다.
- ⑧ 託老所 : 晝間の 介護者가 없는 老人을 위해 노인을 위탁하는 곳이다.
- ⑨ 민간봉사 활동
- ⑩ 이웃의 원조
- ⑪ 가족회 활동 : 같은 장애를 가지는 노인가족이 모여서 서로 情報를 교환하고 위로하는 조직활동등이 있다. 이와같은 사회자원은 국가나 지역, 가족이 중심이 되어야 하며 방문간호는 가족을 지원하는 유력한 자원이기도 하다(표 4참조)

4. 長期 care 終末 care

1) 長期 care(痴呆, 難病 重症 心身 장애)

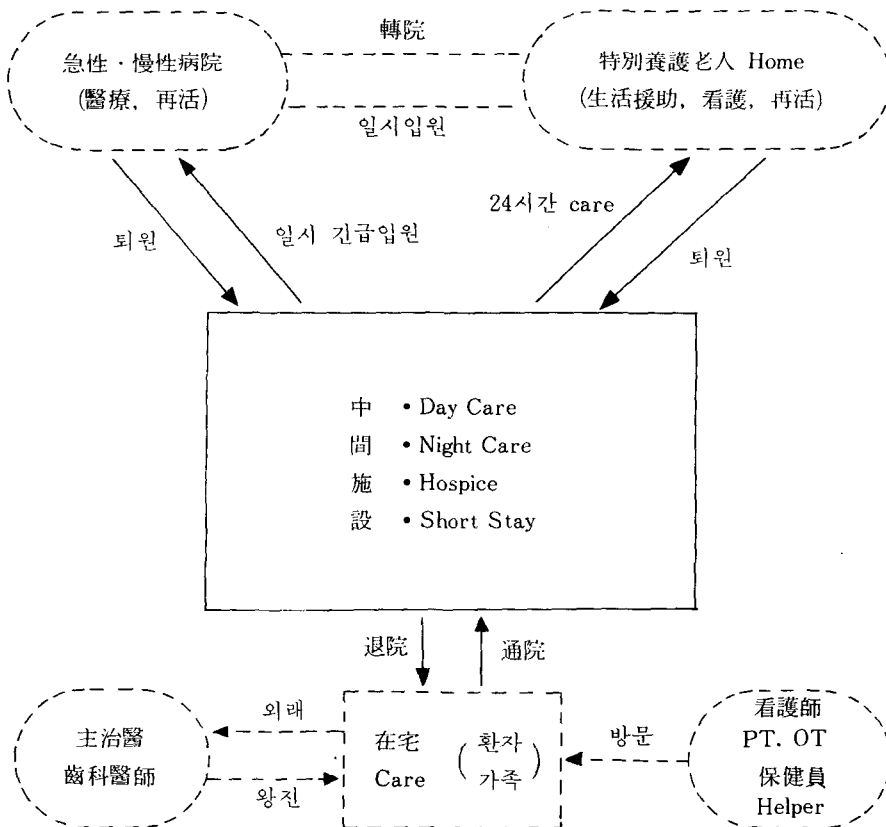
壽命 80년을 바라보는 장수사회의 到來를 앞두고 후기노인의 급격한 증가가 예상되는 것은 선진국에서 뚜렷하다. 우리나라는 腦梗, 腦出血等の 腦卒中에 의한 腦血管性 치매가 많은데 비해 원인 불명의 AIZhymer型 痴呆가 많은 歐美 諸國에서는 심각한 문제로 등장하고 있다.

그러나 우리나라도 그 실태가 수적으로 파악되어 있지는 않으나 일본과 같이 노인사망율에서 차지하는 腦卒中의 사망율이 높은 점으로 미루어 長期 care을 要하는 痴呆性患者對策은 시급한 문제로 등장하게 될것이 예상된다. 오늘날 산업화 공업화에 따르는 사회구조의 변화는 질병구조를 변화시키고 원인규명의 질환을 수없이 만들고 있다. 그 와중에서 유병장수하는 노인의 질병은 만성화 장기화하고 重症心身장애로 연결된다. 한편 장기 care노인은 자기가족 만으로 전력투구 지원할 수 없는 가족이 많다. 이같이 가족에게 노인의 가족

〈表 4〉 訪問看護의 援助內容

<p>I. 요양생활상의 간호지도</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 신체청결 2. 식사 3. 睡眠, 休息 4. 體位의 變換, 移動의 介助 5. 排泄 方法 6. 寢具, 寢衣 7. 環境 整備 8. 욕창의 예방과 치료 9. 苦痛 緩和 10. 服藥 方法 11. 사고방지 12. 심리면의 지원 13. 病狀 관찰 	<ol style="list-style-type: none"> 14. 합병증 예방지도 15. 의사의 연결 <p>II. 介護者 원조</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 介護에 관계하는 지도상담, 조언 2. 介護者의 건강관리 3. 긴급시 대처 方法 4. 기타 <p>III. 日常生活 動作 訓練</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 食事 動作 2. 衣服의 着稅 3. 排泄 動作 4. 入浴 動作 <p>IV. 기 타</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 機能회복 훈련
--	---

〈그림 3〉 中間施設의 位置



介護는 큰 일이다. 그 한계가 오고 있다는 것은 核家族化의 진행 여성의 사회진출, 가치관의 변화등으로 입증된다.

그러나, 노인은 자택개호를 바라고 방도있고 경제적으로 여유가 있어도 몇년간을 병원에 맡겨진 채로 있는 노인도 많다. 이와같이 노인에게 어떤 심신장애가 있으면 무작정 병원에 입원시키는 가족도 있지만 입원비나 경제적 여유가 없는 장애 노인은 대부분이 방치상태다. 이와같은 兩極端을 방지할 경우 노인 시책에 근원적 문제가 생긴다. 파대한 가족에의 부담과 이기적 병원 이용 확대에의 정책不在는 의료복지 정책의 사회적 재해를 낳게한다.

이와같은 문제를 예방하기 위하여 우리는 병원과 특별 양호노인 Home 사이의 중간시설을 만드는 일이다. (그림 3 참조)

이것은 기본적으로 在宅 care를 보장하기 위한 제방책이다. Day care나 Night care, Hospice care 등은 在宅 care가 기본이다. 1일 24시간의 내양을 자택에서 생활하고 요양을 계속하며 가족이 있는 경우는 가족이 장애자나 유병자를 보고 介護한다. 그러나 가족에게 전적으로 맡기는 것이 아니라 일중 6시간 또는 야간의 10시간을 가족과 교대하는 스텝과 시설 의료기관이 봐주는 것이다. 이것이 중간시설 기능이다. 이와같은 중간기능이 장기 care를 필요로 하는 만성환자를 위해 바람직하다.

2) 終末 care

Hospice라는 시설, Hospice care라는 활동과 사업에 대해서 관심을 가지게 된것은 극히 최근의 일이다. 1970년대의 후반에서 미국에서 급속히 보급되고 일본에서는 1980년대에 들어와 소수이나 Hospice care에 대한 사업이 시작되고 있다. 우리나라도 연세의대의 세브란스 병원에서 그 사업을 시도하고 있다.

미국의 Hospice와 Hospice care의 시설과 조직은 200개를 넘고 創始者의 입장에 있는 영국은 그 수가 30개를 넘고 있다. 미국에서는 聯邦政府나 blue cross가 그 실시에 있어 일부계정을 원조하고, 영국에서는 국민보건사업비에서 비용이 지拂된다.

행정이나 연구자 사이에도 “Hospice의 소재” “Hospice care의 평가”등에 대한 검토가 미국노년

학회나 공중위생학회에서 크게 취급되고 있다. 종래는 Hospice의 시설을 중심으로 생각했으나 Hospice care라는 말기환자에 대한 종합적 원조를 생각하게 되었다. 그 목적은 죽음에 대한 고통과 정신적 공포및 불안의 제거내지는 완화이며 대상은 死期가 6개월 이내라고 예측되는 환자 본인과 그 가족으로 현재 고통과 공포를 가지고 있는 자이며 내용은 주로 정신 심리적 원조, 그것을 위한 수단으로 진정제를 병용하나 기본은 식사 수면등 활동에 대한 종합적 원조이다.

최근에 와서 在宅care나 시설 care의 양쪽을 포함하는 탄력적 종합 care의 일종으로 취급되는 것이 특색이다. 高齡社會를 앞두고 불치의 병이 많아진 선진제국에서는 질병구조와 국민의 가치관의 변화에 대응하는 새로운 의료나 복지의 所在로서 이 Hospice care에 관심을 모으고 있다. 우리나라도 高齡化社會를 앞두고 長期對策의 하나로 의료나 公衆保健 그리고 福祉體系의 일환으로 사업을 전개하는 것이 바람직하다.

5. 老人service의 專門化 方案

1) 地域 서비스의 展開

(1) 相談 센터

地域에서 노인을 위한 지원 체계를 확립하기 위해서는 地域住民이 가볍게 건강이나 일상 생활면에서 일어나는 걱정거리나 介護 看護의 方法등에 대해 상담을 할 수 있고 必要한 정보를 얻을 수 있는 상담창구같은 것을 만드는 것도 좋다. 專門化 相談員外에 民間의 노인 서비스를 포함하는 정보 제공이나 이용자의 편의를 위한 상담 시간의 할애 등이 기대된다.

또 상담 센터에서는 임상환자를 위한 개호기구를 전시하고 매입, 개발을 위한 필요한 정보를 제공하는 것도 바람직하다.

2) 保健, 醫療, 福祉서비스의 유대

실제적으로 각종 서비스를 이용할 경우 이용 속이 복잡하던지 의료에서 복지, 복지에서 의료라는 분야에 걸친 서비스를 이용하려고 할때 상호 연계성이 없던지 서비스의 공백 상태는 여러가지 문제가 생긴다. 서비스의 효과를 높이고 서로 보완할 수 있도록 지역의 보건 의료 복지가 일체가 되는 종합적 서비스의 공급을 행 할 수있는 체제

가 필요하다. 그러기 위해서는 지역사회 서비스의 調整委員會 같은 모임을 두고 “노인서비스 調整 팀”같은 모임을 만들어 보건소 조직을 강화하여 민간봉사와 연결시키는 방법도 있다.

3) 살기좋은 노인의 거리만들기

노인이 자기가 살아온 지역에서 안심하고 자주적 생활을 영위하기 위해서는 재택복지 서비스의 충실과 함께, 高齡化의 주택에 대해서도 신체적 정신적 기능적 저하등 그 특성에 맞는 주택의 고조나 배치, 긴급시의 대책 등이 配慮되어야 한다.

이와같은 시점에서 보사부와 건설부는 협력에서 “노인을 위한 특별주택 구상”의 실현을 향해서 시범사업을 펴는 일이다. 또 지역의 거리를 만들때도 고령자의 풍부한 경험이나 지식을 활용해서 사회 봉사자활동과 지역활동을 겸할 수 있는 장소나 젊은 세대와 노인세대와의 접촉이 容易하게 가능한 장소등 (영국의 Day Care Center같은것)을 지역의 요소 요소에 만들어 종합적으로 배치하는 것도 바람직하다.

4) 醫療 保障 Manpower의 육성과 서비스의 多樣化

전술한 것과 같이 인구의 고령화, 생활수준의 향상, 여성의 사회진출, 가치관의 변화등에 의해 국민은 사회보장에 대해 지금까지 보다 더 다양한 서비스의 제공을 바라게 된다. 이에따라 사회보장, 소득보장, 제도중심의 “급부와 부담의 균형”만으로는 만족할 수 없게되고 점차 “보건, 의료, 복지 등의 급부사회 서비스가 시책의 중점이 된다. 양질의 사회서비스의 안정적공급이 금후 의료보장의 커다란 과제로 등장하게 된다. 그러기 위해서는

- ① 보건, 의료, 복지의 각종 서비스가 개별적으로 공급되는 것이 아니라 전체 통합화되어 상호 연계된 서비스를 공급한다.
- ② 전국이 획일적 서비스가 아니라 지역특성에 맞는 주민의 need에 대처한 지역주체의 community service를 제공한다.
- ③ 공적부분과 함께 민간서비스의 적극적 참여에 의해 공적부분과 민간부분의 역할 부담을 명확히 한후 공급주체를 다원화하고 폭넓은 의료복지 서비스를 공급한다. 민간서비스의 질을 확보하고, 이용자의 신뢰를 받을 수 있게 과도의 이

윤추구를 할 수 없게 제재한다.

- ④ 의료서비스를 비롯한 복지, 사회서비스는 “대인 서비스”가 중심이 되기 때문에 “질이 높은 사회 복지서비스의 안정적 공급”을 위해서는 제도면의 개혁을 진행시켜야 한다.

또 서비스에 직접 관련이 있는 “man power”의 양과 질의 향상을 위한 교육이 필요하며 충분히 인적자원을 활용할 수 있는 “민간봉사 등록카드” “실버가이드(silver guide)” “노인개호기술연수 세미나”에 고령자를 대상으로한 “시루마 마켓드” 같은 것도 의료보장을 중심으로 하는 사회보장에 의한, 국민적 기대에 대한 종합 대책이 될 것이다.

結 論

노인의료보장 및 건강관리를 위한 장단기대책으로 다음 몇가지 結論을 제시한다.

- 1) 老人醫療費 부담 경감 방안은 의료보험 기금으로 안전 기금을 조성하여 국민의료 부담의 공평을 기한다.
- 2) “老人健康法”을 制定하여 老人醫療費의 間接的 절감을 시도한다.
- 3) 國家的 次元에서 高齡層의 健康增進 및 豫防對策을 전국민을 대상으로 실시한다.
- 4) 1989년을 기점으로 보건 의료복지 企劃 5個年 企劃을 연차적으로 실시한다.
- 5) 건강수첩, 건강진단의 배부 및 확인, 진단결과에 대한 치료 및 조치를 실재적으로 실시 감독한다.
- 6) 성인병 노인성 질환에 대한 서비스 전문화 방안은 기존의 보건소와 복지 사무소를 종합한 1차 중간시설을 만들고 행정, 제도, 시설, 교육, 지역적 결합을 통해 성인병, 老人性疾患에 대한 健康관리를 地域所在의 병원과 시설을 開放하여 주민에게 제공한다.
- 7) 대학, 국·공립 병원은 老人病科, 老人病棟, 附屬Nursing Home을 付設하고 교육과 연구기능을 지역에 개방한다.
- 8) 在宅care에서 환자와 간호자를 원조하기 위한 전문직 看護訪問療養制度를 도입하고 가사, 정서적 서비스를 併하는 家庭奉仕員 制度를 활성화

화한다.

- 9) 保健福祉 센터와 협력하여 간호원, 保健員, Home helper, 民間奉仕者가 가족과의 Net work를 형성하여 노인을 지원한다.
- 10) 人的 資源의 養成을 量과 質의면에서 확보, 교육한다.
- 11) 痴呆性 노인의 증가에 대비하는 2차 중간시설과 인권을 침해하지 않는 인간우대 간호를 권장하고, 노인의 장기 care, 종말 care에 대한 교육 및 원조, 대책을 마련한다.

參 考 文 獻

1. 趙留香外, 老人에 대한 保健醫學의 開發을 위한 調査 研究: 翰林大學 社會醫學研究所, 1988.
2. 대한노인회: 노인복지법 개정안, 1989. 3
3. 한국노인 복지시설협회: 노인보건 및 복지증진세미나, 한달선, 노인보건정책의 방향, 翰林醫大, 1988. 5
4. 문옥륜외: 醫療保險財政安定基金의 造成 및 運用에 관한 研究, 서울대학교 보건대학원, 1988. 12
5. 松崎俊外, 老人保健에 基本化 전개, 醫學書院, 1984. p. 125
6. 厚生省編: 후생자서, 사회보장위 저소연구, 1987. p. 49, p. 115, 126
7. 前田信確, 老人의 保健과 醫療, 일본평론집, 1987, p. 3, p. 151, p. 203
8. 韓國老年學, 차홍봉, 한국의 노인복지행정. 조직체계, 한국노년학회지, p. 155
9. 의료보험관리공단, 1987년 의료보험 통계연보, 제9호
10. 社會保障研究, 限達鮮, 의료보험과 의료수급, 한국사회보장학회, 1985. 10, p. 115
11. 보건사회부, 노인복지사업지침, 1989.
12. 일본 環境廳, 고령자 문제의 현황, 1980. p. 198, p. 181.
13. 田中多間: 老人醫療福祉會, 誠信書房, 1981. p. 34, p. 110
14. 문옥륜, 21세기의 노인문제와 의료보험, 노년학회지, No. 6, p. 13, 1986.
15. 具●順, 韓國老人保險體制의 問題點과 對策, 老年學會誌, No. 6, p. 13, 1986
16. 한국노인복지시설협회, 노인보건 및 복지증진세미나, 이윤숙, 고령화 사회와 노인보건, 1988. 5, p. 7
17. 김정근, 노인보건의 현황과 대책, 한국노년학회지, No. 4, 64, 1984.
18. J. C. Brocklehurst; Textbook of Geriatric Medicine & Gerontology, Churchill Livingstone, Edinburgh and London, 1973.
19. Maxy-Rosenau; Preventive Medicine and Public Health 11th Edition, Appleton-Century Crofts, New York.

(부록 1) 老人醫療保障 및 建康管理을 위한 長期的 對策(案)

보 건 사 업	1989-1991	1992-1996	1997-2001
*건강한 노인을 위한 施 策 및 시설	<ul style="list-style-type: none"> • 건강진단 (20만-100만) • 保健교실, 保健教育 • 의료보험에 대한 지식 및 홍보強化 • 노인건강증진대회 • 노인직업은행활성화 • 노인자원봉사대 • 노인정, 노인club활성화 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강진단 200만명 노인대상 • 老人住民을 위한 奉仕活動 정작 • 국민건강증진대화로 확산 • 사회운동 및 노인레크레이션센터 권장 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강진단 전노인 확대 • 전국민건강증진대회 정작 • 전국민레크레이션 사업 정작
*家庭看護 +지역보건의사업 (地域主體 Community Service)	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅患者 기초조사 • 간호원의 전문인력 확보 • 민간봉사자 card(건강한 노인포함) 作成 • 가정봉사원제도 활성화 • 가정 재가환자 간호稅補助 • 건강교육실시 	<ul style="list-style-type: none"> • 각지역 노인회관 건립 • 재교육 인력양성 • Dary care center요원으로 활용 • 유료, 무료 봉사원제도 정작 	<ul style="list-style-type: none"> • 활성화 • Man Power의 확보 및 활용정작 • 공·사립 가정봉사원 제도 정작
* 1次 中間施設 要care노인 中間施設: 의료 care+일상생활 service노인건강시설	<ul style="list-style-type: none"> • 老人病科 신설 • 노인병과 전문의 제도 • 노인병동 • 노년학 강좌개설 • 보건소 활용방안 • 노인시설 정비-노인 介護 기술연구 수 • 민간의료보험 개발 	<ul style="list-style-type: none"> • 정작 • 노인병원, 기능훈련 * 2次 中間시설 • 노인병원 Day Hospital +특별양호노인 • 장기 care가 필요한 만성환자 관리: 보건소 중심으로 • 민간형 의료보험 정작 	<ul style="list-style-type: none"> • 老人病科 專門醫 • Night Care • Hospice Care • 託老所
*施設看護 유료, 무료 養老院 養護老人 Home 지역보건소+복지Center	<ul style="list-style-type: none"> • 보건의료상담창구 • 지역의료 center • 기능훈련 • 건강진단, 교육 • 노인 介護 기구 展示 • 정보교환 • 노인개호 가족모임 	<ul style="list-style-type: none"> • Silver House시범사업 	<ul style="list-style-type: none"> • 노인의 거리: 老人住宅 • Silver Housing • Silver Guide • Silver Market • Silver Industrial
*綜合 보건의료	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지 Silver 조정위원회-조정팀 • 노인종합연구소 신설 • 의료 Man power 量的 교육 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역별 Day Care Center와 민간봉사, 공적부분 봉사 • 노인종합 연구소 정작 • 質的교육 	<ul style="list-style-type: none"> • 노령보험완전 정작 • 노인종합연구소 기구 확대

〈부록 2〉

보 건 지 표	1989-1991	1992-1996	1997-2001	2002 -	자 료 출처
전인구에 대한 老人 人口 (65+~) 구성비 (%)	'60 : 3.3 '70 : 3.3 '75 : 3.6 '80 : 3.8 '85 : 4.4 '90 : 4.7	'95 : 5.2	2000 : 6.2		• 김경숙, 노령인구의 인구학적 분석, 1979. • 최성재, 노인복지 정 책 방안이 재정립, 1989.
平均수명(歲)	'70 : 63.3 '80 : 65.9 '85 : 68.0 '90 : 70.2	'95 : 71.5	2000 : 72.6		• 최성재, 노인복지정책 방안의 재정립, 1989.
1인당 GNP(\$)	'87 : 2,826 '88 : 3,600 '91 : 5,500 '92 : 6,200	'96 : 8,600	'97 : 9,200	2001 : 11,700	• 제 6 차 경제사회발전 5 개년계획 수정계획 서, 1985 • 한국개발연구원 '200 년을 향한 국가장기발 전구상, 1985.
65+~만성질환진료 건수(%) 외래 입원	'87 : 12.8 '87 : 18.2				• 의료보험 관리공단 통 계연보, 1987.
연도별 고액진료비 발생상황(%)	'82 : 9.59 '83 : 11.54 '84 : 12.89 '85 : 14.66	'86 : 15.78 '87 : 16.76			• 문옥륜, 의료보험재정 안정기금의 조성 및 운용에 관한 연구, 1988.
후기노인(70+~) : 노인의료비 비중 (%)	'87:외래1.56 입원1.78				• 문옥륜, 의료보험재정 안정기금의 조성 및 운용에 관한 연구, 1988.
1인당 국민의료비 (원)	'76 : 11,190 '77 : 11,520	'80 : 45,800			• 한달선, 사회복지연구, p. 129
노인의료보험가입비 율(%)	'79 : 19.1 '80 : 22.1				• 의료보험 관리공단 통 계연보, 79,80,81, 의 료보험협회.
노인단독세대 비율 (%)	'81 : 19.8 '84 : 20.6 '84 : 20.586				• 노인정책토론회 결과 보고서 정부제 2 장관 실, 1988
臨床患者출현율(%) (연령별 대상노인당)	65-69세 : 2.2 70-74세 : 1.9	75-79세 : 3.2 80+세 : 3.1			• 조유향, 노인에 대한 보건의료의 개발을 위 한 조사연구, 1988.

노인복지시설현황 : 양로시설, 노인요양 시설	'86 : 64개소 '87 : 66개소 '86 : 8개소 '87 : 10개소	'88 : 76개소			• 보건사회부, 보건사회 통계 연보, 1988.
家口당 가족수(명)	'60 : 5.7 '70 : 5.2	'80 : 4.6 '85 : 4.2			• 보건사회부
의 료 보 험 법 노인의료보험법 노 인 복 지 법					

(ABSTRACT)

**Long-term Policy Development for the Aged on Medical
and Health Care Security***

Rhee, Seonja (School of Public Health, SNU)

Lee, Yoon Sook (DongDuk Women's University)

The ageing problem of the population has been emerging in Korea since 1970's so that it is expecting the elderly 65 years and over among the total population from 4.5% in 1988 to be 6.3% in year 2000.

This study was conducted to provide secure policy development in coming years for the aged on medical and health care aspects based on the examining current status of the aged problems and health care policies and systems.

The study divided into four parts; The first part examined the medical insurance program and public assistance program of the health services in relation to the aged. The second part emphasized on reduction of medical care cost for the aged. The third part studied the regular health check-up program and health education for the aged. The fourth part examined the chronic disease management programs for the aged and strategies of the health care service quality improvement and specialized programs.

The following recommendations made as the results of the study.

1. At present, the medical insurance program and public assistance program for the medically indigent is not appropriate to the elderly because it is a part of general medical insurance program so that Health Security Law for the Aged is proposed.
2. Medical cost will be increased due to the high occupancy rate of hospital beds and long stay of the elderly so that it is recommended to develop an early discharge program, home health care program, Health hospice and an alternative programs.
3. At present, a regular health check-ups for the elderly is not included in medical insurance program so that it is recommended to be included in the insurance program and at the same time health education program thoroughly developed for the aged.
4. To make proper medical and nursing services on chronic diseases for the elderly, it is recommended manpower development, specialized clinics or hospitals, nursing homes and an equivalent long term care facilities should be established on the community based and a research institutions also to be related to support the care programs.

* The study grant was supported from the Ministry of Political Affairs II in 1989.