

노인요양보장제도의 인프라 현황 및 정책과제

The Infra—Structural Status and Policy Objectives as to the Elderly Long—term Care

권 오 주

대한의사협회 노인요양보장대책위원회 위원장

서울 용산구 이촌1동 302-75

Oh Joo Kwon, M.D.

The Korean Medical Association

E—mail : koj825@korea.com

Abstract

Nursing the aged is yet a familiar system in Korea. However, it is a social system in urgent need that requires series of preliminary arrangements to cope with the aging society. In addition, a full—fledged preparedness is imperative, lest the nursing system should follow precedent failures of the National Medical Insurance System and the separation of dispensary from medical practice. The concept of nursing the aged exceeds the simple care (so called 'Subal') of inconveniences caused by the process of aging. One should keep in mind that 'nursing the aged' outcomes from the illness as well as the aftereffect thereof. These physical and mental inconveniences should be overcome by means of medical treatments and care that are oriented to proper physical conditions. All sectors of specialties relevant to elderly nursing care should be systematically working together, so as to set up a sound master plan for nursing the aged. Both medical and para—medical human resources shall be secured and, they must be ready to work in good harmony. Medical approaches as to the home—cares and, construction of the infrastructures relevant thereto shall be properly taken place during the pre—testing period.

Keywords : Elderly care; Subal; Home care; Nursing facility

핵심용어 : 노인요양보장; 수발; 재가요양; 시설요양

들어가며

정부에서는 최근의 노령화사회로의 진입에 대응하기 위해 그동안 2차에 걸친 공청회를 실시한 바 있으며, 그 결과를 바탕으로 2005년 7월부터 3년간의 시범사업을 거친 후 2008년부터는 노인요양보장제도를 실시하겠다고 발표하였다. 이와 함께 전국의 도시 크기별로 6개 지역을 선정하여 현재 시범사업을 진행하고 있는 중에 있다. 그러나 그동안의 경과를 보면 시범사업에 들어가면서 의료를 배제하기 위해 그 명칭을 초창기의 '노인요양'이라는 용어 대신에 '수발'이라는 용어로 대체하려고 하고 있으며, 특히 노인요양의 전제로 필수적인 '의사소견서'의 의무조항을 일부 배제하려고 하기 때문에 의료계에서는 심히 우려의 목소리가 높아지고 있다.

노인요양 문제에 접근하기 전에 노인요양에 관한 상식으로서 현재 시행되고 있는 건강보험과의 다른 점을 먼저 인식할 필요가 있다. 그 몇 가지 다른 점을 지적한다면 ① 관여하는 대상이 비의료적 전문분야 인사의 참여도가 더 많은 것이고, ② 질병을 다루는 진료 개념에서와 같이 의사에 의한 수직적 명령계통(order system)이 아니고 각 전문직 종간의 유기적인 체계(cooperative system)에서 이루어지고 있다는 것이며, ③ 대상자에 대한 서비스의 질과 양의

표 1. 인구 대비 노인인구 및 요양대상 예상수

구 분	1970	1980	1990	2000	2010(추정)	2020(추정)
총 인구(명)	32,240,827	38,123,775	42,869,283	47,008,111	47,008,111	49,594,482
노인 인구(명)	890,383	1,277,811	1,892,832	3,394,896	5,394,896	7,820,996
*요양대상(명)	106,846	153,337	227,140	407,388	647,388	938,520
구성비(%)	2.8	3.4	4.4	7.2	10.9	15.7

* 자료: 통계청 홈페이지

* 요양대상은 노인층의 유병률(12%로 추정)

변이가 비교적 단순하며 반복적인 것이 특징이라 할 수 있다.

지난 30년에 가까운 세월을 경험해왔던 현재의 의료보험이 도입되어 오늘에 이르기까지 시행착오와 경직되게 운영되어 온, 지나온 과정을 교과서로 삼아 새로 도입되는 노인요양보장제도 도입에 있어서는 보다 철저한 사전 검토와 합리적이고도 원활한 제도의 정착에 힘을 쏟아야 하겠다. 이러한 바탕을 기초로 몇 가지 문제점을 중심으로 검토해 보기로 한다.

재원조달, 지불체계, 급여 내용 등

건강보험의 파행이 낮은 보험료와 국가 재정의 겹치레 보조로 현재의 건강보험의 현 주소는 의료계의 일방적 희생에서 운영되고 있다고 해도 과언이 아니다. 그러나 건강보험과 같은 단기보험이 아니라 노인요양 문제는 일면 연금보험과 같은 장기보험에 유사하며, 또한 그 대상이 대부분 보험료를 부담할 수 없는 연령계층에 속하고 있기 때문에 앞으로 더욱 기하급수적으로 증가될 수 밖에 없는 대상자에 대해 그 보장성을 강화하기 위해 상당한 부분 국가적인 보조가 전제되지 않으면 안된다.

통계청의 연령별 총 인구 수의 자료에 의하면 총 인구 대비 노인 인구(65세 이상)는 1990년도에 4.4%이던 것이

2000년에는 노령화사회로 접어들어 7.2%를 기록하고 있으며 2020년도의 추계인구로는 초고령화 사회로 접어들어 15.7%가 예상되고 있다(표 1). 이렇게 빠른 속도로의 인구의 노령화는 이에 대비한 준비가 이미 시행되었어야 할 사안인데 매우 늦은 감이 있다. 이는 상대적으로 노인을 부양할 경제활동 계층이 줄어든다는 의미와 같다. 한편 노인층의 유병률을 12%라고 가정한다면 최소한 요양의 대상이 될 인구 수는 2010년에는 64만명이 넘을 예상이다.

한편 과거의 의료보험연합회와 심사평가원의 진료비 통계를 이용하여 전국민의료보험이 시작된 1990년을 기준으로 년도별 변화의 추이를 살펴보면 표 2와 같다. 즉 진료건수는 1990년 대비 2004년을 비교해보면 전체 건수가 4.7배인데 비해 노인의료에 있어서는 9.2배로 증가하였고, 진료비는 전체의 증가율이 7.6배인데 비해 노인의료비는 14.9배로 증가하였다. 대체로 그 비율이 14년 동안 전체의 증가율에 비해 노인의 의료비는 건수나 진료비 모두 약 2배의 증가율을 보였다. 그러나 노인의료비의 전체에 대한 구성비를 보면 1990년에는 8.1%인데 비해 2000년에는 17.4%로 대폭 증가되었으나 그 이후로는 15% 전후로 안정되게 나타나 있다. 이 자료로 보아서는 노인의료비가 증가는 되었지만 전체 의료비의 상승에 비해서는 그 구성비가 안정되어 있어서 정부에서 노인의료비 증가에 대한 공포는 노인요양의 도입으로 크게 영향을 받지 않을 것으로 보인다.

표 2. 65세 이상 노인의료비 추이

(단위: 백억원, %, %p)

구 분	1990	1995	2000	2003	2004
진료건수(전체)	13,828 [100]	24,941 [180]	41,401 [299]	62,449 [452]	65,233 [472]
진료건수(노인)	650 [100]	1,460 [224]	4,653 [715]	5,377 [827]	6,001 [922]
진료비(전체)	29,384 [100]	61,442 [209]	131,410 [447]	205,336 [699]	223,559 [761]
진료비(노인)	2,392 [100]	7,281 [304]	22,893 [957]	31,113 [1,301]	35,573 [1,487]
노인진료비(구성비)	8.1	11.9	17.4	15.2	15.9

* []속은 1990년 대비수치임.

자 료: 의료보험연합회 및 건강보험심사평가원, '건강보험통계연보' 각 년도

정부의 시안에는 현재의 건강보험공단을 보험자로 예정하고 있다. 현재에도 거대 단일화한 보험자 구조가 군림의 자세로 강화되고 있는데 앞으로 노인요양까지 추가 하게 된다면 자유민주체제 하에서의 견제 조직이 없어 자칫 독단적 해일로 이어질 우려가 있다.

또한 지방자치체가 성립(88년)된 지도 이미 10여년이 지나지만 주민과 직접 관계가 있는 보건 분야에 대해서만은 아직 그 비중이 크지 않고, 다만 과거의 무료진료 수준에 의한 선심성 보건소 진료 이외에는 별로 없다. 노인보장 문제에 있어서만은 지역 주민과 직접 연관이 있기 때문에 지역밀착형 서비스를 지향하여 재정 문제와 더불어 보장행정까지가 중앙정부와 함께 공동으로 대처할 수 있도록 제도화되어야 할 것이다.

지불체계에 있어서는 현재 정부의 구상과 같이 등급별 상한가 이내로 행위별 포괄화 수가제가 바람직하다. 그러나 앞으로 다양화 할 수 밖에 없는 참여 전문직에 대해서는 그 인적 및 역할에 대한 연구가 보다 심도있게 지속되어야 할 것이다. 아울러 비교적 단순 서비스로 인한 도덕적 해이를 극소화할 수 있도록 하기 위해서는 현재 선진국에서 이용하고 있는 MDS(Minimum Data Set)의 이용도 고려해야 할 것이다.

통합적(Integrated) 서비스전달체계 측면의 시설 등 인프라 현황 및 대책

노인요양서비스는 가령(加齡)에 의해 신체적·정신적 장애를 가진 대상에 대해 ADL(Activities of Daily Living)이나 IADL(Instrumental Activities of Daily Living)의 장애된 부분이 정상화(Normalization) 될 수 있도록 일시적 혹은 지속적인 요양을 해주는 일이다. 그 정도를 평가하고 그 정도에 적합한 서비스의 종류와 양을 결정하는 역할을 담당하는 직종을 요양관리사(care manager)라고 하는데, 노인요양에 있어서는 이 요양관리사의 역할이 대단히 중요하다. 이 요양관리사에 의해 요양 설계(care plan)를 하게 되고 이 설계에 따라 각 담당 직종이 필요한 서비스를 제공하게 되는 것이다.

또한 노인요양에 있어서는 서비스를 제공받는 위치에 따라 크게 두 종류로 구분하는데, 그 하나는 재가(在家) 서비스이며, 다른 하나는 시설(施設)서비스이다. 각각의 내용은 표 3과 같다. 재가서비스의 종류는 집에 머물면서 집에서나 아니면 수용 장소로 통원하여 받게 되는 서비스이며, 시설서비스는 수용되어 받는 서비스이다. 시설서비스에 있어서는 의료직이 시설에 상근하거나, 아니면 촉탁

표 3. 노인요양서비스의 종류

1. 재가서비스

① 방문간병/수발 일상지원 서비스

- 신체지원 : 목욕, 배설, 화장실 이용, 옷 갈아입기, 머리감기 등
- 가사지원 : 취사, 생필품 구매, 청소, 주변정돈, 말벗 서비스, 생활상담 등

② 방문간호

③ 주간보호(Day Care)

④ 단기보호

⑤ Care Plan 작성 지원 서비스

⑥ 방문목욕서비스(차량)

⑦ 방문재활

⑧ 재가요양관리지도 및 지원

⑨ 복지용구대여 지원

⑩ 그룹 홈 등

2. 시설서비스

① 노인요양시설

② 노인전문요양시설

③ 생활밀착형 복합시설

④ 요양병원(간병비)

으로 근무하게 되겠지만, 재가서비스인 경우에는 어떠한 형태로든 의료와 연계될 수 있는 고리가 구성되어 있지 않으면 안되는데, 현재의 건강보험체계 하에서는 연결고리가 하나도 없다. '재가요양-시설요양-의료'의 삼각관계를 유기적으로 어떻게 연계해 나가는가가 중요한 정책이다.

현재 시설에 관계되는 수용시설에는 건강보험에 의한 요양병원과 노인복지법에 의한 노인주거복지시설(老人住居福祉施設)과 노인의료복지시설(老人醫療福祉施設)이 있고 재가서비스와 관계되는 것은 노인복지법에 의한 노인여가복지시설(老人餘暇福祉施設), 재가노인복지시설(在家老人福祉施設), 노인보호전문기관(老人保護專門機關) 등이 있으며 앞으로 노인요양제도에 의한 재가 서비스가 있다. 노인복지법에 의해 현재 설치되

어 있는 노인 관련 요양시설을 한국노인복지시설협회에 등록된 현황(2005년 2분기 말 현재)으로 살펴보면 표 4와 같다. 무료·유료를 합하여 현재 양로시설은 총 365개소가 있으며, 총 정원수는 25,904명인데 2005년 2분기 말 현재 22,019명이 수용되어 85.0%의 재원율을 보이고 있다. 노인요양보장제도가 정착되게 되면 이 수용자들이 그대로 노인요양의 수혜자 대상이 될 수 있으며, 앞으로 더욱 확충하여 증가되는 대상에 대응될 수 있도록 되어져야 한다.

한편 재가서비스에 있어서는 시설에 통원하면서 서비스를 받을 수 있는 대상은 비교적 보행이 가능한 사람이 되겠지만 재가 침상 노인에 대한 서비스에 있어서는 사전에 철저한 준비를 하지 않으면 안된다. 왜냐하면 이러한 대상에 대해서는 의료와 복지가 결합 수 밖에 없기 때문이다. 그러나 재가서비스 부분에 있어서는 의료적 접근이 현재의 상황 하에서는 전혀 준비가 되어 있지 않고 있다. 다만 2001년부터 가정간호 방문료가 등재되어 있지만 이는 종합병원 퇴원자를 위한 제한된 대상일 뿐이다. 따라서 건강보험에서든 아니면 노인요양보장에서든 재가 노인요양에 있어서 제도권 내에서의 의료적 접근을 할 수 있는 장치가 절대 필요하다. 노인요양에 있어서는 단순히 가령에 의한 신체의 장애가 아니라 가령에 의한 질환의 결과로 생긴 장애이기 때문에 의료를 배제한 요양이란 있을 수 없다. 또한 단순히 재가의료에 관한 의료서비스가 왕진 뿐만 아니라 욕창이나 기타 신체적 질환에 대한 치료적 접근이 가능한 의료서비스를 개발하고 정착시켜야만 할 것이다. 현재의 모든 침상 환자를 입원으로만 대응하는 분위기는 보험재정의 악화를 가속화할 뿐이다. 노인요양의 대상이 신체부자유의 노인들이며 따라서 그 대상 서비스가 수발인 점은 인정되지만 의료부분도 필수적인만큼 의료와의 연결고리는 반드시 열어

표 4. 노인보장법에 의한 각종 시설 현황(2005년 2분기 말 현재)

	양로시설			요양시설			전문요양시설			합 계			
	시설수	정원수	재원수	시설수	정원수	재원수	시설수	정원수	재원수	시설수	정원수	재원수	%
무료	72	4,824	3,730	134	9,566	8,350	115	9,048	8,075	321	23,438	20,155	86.0%
실비	5	190	144	38	2,156	1,619	1	120	101	44	2,466	1,864	75.6%
계	77	5,014	3,874	172	11,722	9,969	116	9,168	8,176	365	25,904	22,019	85.0%

* 자료: 한국노인시설협회 홈페이지

놓아야 한다. 참고로 복지 부분과 의료 부분을 잘 조화시킨 일본의 개호보험제도 하에서 재가 의료항목을 살펴보면 표 5와 같다.

전문인력(Caregiver) 현황과 대책 - 양성방안 포함 -

노인요양보장이라는 새로운 제도의 도입에 따라 인력 확충이라는 새로운 희망을 낳고 있다. 이에 관계되는 새로운 직종에는 여러 종류가 있다. 일반적으로 노인요양제도 시행에 있어서 필요한 전문 직종에는 노인요양에 있어서 요양설계를 담당하는 요양전문요원(care manager)이 절대적으로 필요하며 그 대상은 주로 복지학이나 간호학을 이수한 자가 될 수 있다. 현재 인터넷 상에서 검색된 사회복지 분야의 학과가 존재하는 대학은 28개 대학에 이르고 있어 그 인프라는 이미 준비되어 있다고 본다. 그러나 이 분야도 하나의 전문직종이기 때문에 복지학을 이수하였다 하여 자격증을 당연히 부여해야 하는지에 대해서는 논란이 있겠지만 바람직하다면 국가의 노인요양에 관한 철학을 성취할 수 있는 일정한 교육이 필요하며 그러기 위해서는 국가가 공인한 자격증이 바람직하다고 본다.

노인요양은 앞에서도 지적한 바와 같이 각 직종마다 단절된 고유한 업무로 접근하는 것이 아니고 이에 관련되는 각 직종간의 종합적인 조화가 필요하다. 따라서 앞으로는

노인요양에 관계되는 직종에는 특수한 장애를 대상으로 근골계통의 장애와 관련이 있는 물리치료사, 정신장애와 관련이 있는 정신보건복지사, 언어나 청각장애와 관련이 있는 언어청각사, 치과와 관련이 있는 치과기공사 등 관련 전문직과 함께 도우미(helper)를 위한 독지가(volunteer) 제도의 육성도 필요하다. 이러한 새로운 참여 직종에는 기존부터 정착되어 온 직종도 있지만 새로운 직종에 대한 일정 요건의 자격증제도와 함께 교육을 위한 양성기관도 고려하여야 할 것이다.

결 론

우리나라의 과거를 되돌아보면 비교적 성급한 정치지도자들이 제도 도입에만 열성이 있었을 뿐 제도의 안정적 정착에는 비교적 등한한 사례가 많았다. 의료 분야에 있어서도 예외가 아니어서 의료보험은 28년이라는 세월이 흘렀음에도 불구하고 의료제공자나 보험자 그리고 의료수혜자 어느 쪽도 문제의 해결보다는 오히려 불만이 쌓여가고 있으며, 의약분업 역시 졸속한 도입에만 정력을 쏟은 결과 미증유의 의료대란을 거쳤지만 안정된 정착과는 거리가 멀다.

노인요양이라는 새로운 제도 역시 우리 사회에서는 생소한 새로운 제도이기 때문에 어설픈 전문가에 의한 '경험하면서 보완해 나가면 된다'거나 '세월이 약이다'라는

표 5. 일본 의료보험 재택의료 수가

CODE	行 爲 名	2004	원_환산
	第 2 部 在宅醫療		110
	第 1 節 在宅患者診療, 指導料		
C000	往診料	650	71,500
(注1)	緊急 往診 加算(+50%)	325	35,750
(注2)	夜間 往診 加算(+100%)	650	71,500
(注3)	深夜 往診 加算(+200%)	1,300	143,000
(注4)	診療時間 1時間超過時 毎 30分端數마다 加算(+)	100	11,000
(注5)	死亡診斷加算(+)	200	22,000
C001	在宅患者 訪問診療料(日當)	830	91,300
(注1)	在宅患者訪問診療料(診療時間)加算, 毎 30分端數 加算(+)	100	11,000
(注2)	在宅terminal care加算(+)	1,200	132,000
(注3)	死亡診斷加算(+)	200	22,000
C002	在宅時 醫學管理料	3,360	369,600
C003	在宅末期醫療 綜合診療料(日當)		
-가	保險藥局에서의 調劑를 위한 處方箋 交付時	1,495	164,450
-나	그 以外の 事項	1,685	185,350
(注1)	死亡診斷時 加算(+)	200	22,000
C004	救急運送診療料	650	71,500
(注1)	6歲 未滿 乳幼兒時 加算(+)	150	16,500
C005	在宅患者 訪問看護.指導料		
-가	保健婦/看護婦에 의한 경우		
(1)	週3日까지	530	58,300
(2)	週4日 以後	630	69,300
-나	準看護婦에 의한 경우		
(1)	週3日까지	480	52,800
(2)	週4日 以後	580	63,800
(注1)	主治醫가 週2回以上 訪問看護.指導料 必要時 加算(+)	450	49,500
(注2)	主治醫가 週3回以上 訪問看護.指導料 必要時 加算(+)	800	88,000
(注3)	Terminal care時 加算(+)	1,200	132,000
(注4)	退院後 月4回以上 計劃 管理時 加算(+)(1回)	250	27,500
C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料(1週)	60	6,600
C006	在宅訪問Rehabilitation指導管理料	530	58,300
C007	訪問看護指示料	300	33,000
(注1)	當該訪問看護婦에게 看護指示書 交付時 加算(+)	100	11,000
C008	在宅患者訪問藥劑管理指導料	550	60,500
(注1)	麻藥投與時 加算(+)	100	11,000
C009	在宅患者訪問營養食事指導料	530	58,300
	第 2 節 在宅療養指導管理料		
C100	退院前 在宅療養指導管理料	120	13,200
C101	在宅自己注射指導管理料		
-가	處方箋 交付時	820	90,200
-나	其他의 경우	950	104,500
(注11)	Insulin自家注射時 1日 1回 血糖自己測定時 加算(+)	400	44,000
(注12)	Insulin自家注射時 1日 2回 血糖自己測定時 加算(+)	580	63,800
(注13)	Insulin自家注射時 1日 3回 血糖自己測定時 加算(+)	860	94,600
(注21)	insulin 自己注射 1日1回 使用時 加算(+)	400	44,000

CODE	行 爲 名	2004	원_환산
(注22)	insulin自己注射 1日2回 使用時 加算(+)	580	63,800
(注23)	insulin自己注射 1日3回 使用時 加算(+)	860	94,600
(注24)	insulin自己注射 1日4回以上 使用時 加算(+)	1,140	125,400
(注31)	注入器 使用時 加算(+)	300	33,000
(注32)	間歇注入Syringe Pump使用時 加算(+)	1,000	110,000
(注41)	1型糖尿病/血友病時 加算(+)	200	22,000
(注42)	其他 加算(+)	130	14,300
C102	在宅自己腹膜灌流 指導管理料	3,800	418,000
(注1)	在宅自己連續携帶式 腹膜灌流器 使用時 加算(+)(月2回)	1,900	209,000
(注2)	紫外線 殺菌器 使用時 加算(+)	360	39,600
(注3)	自動 腹膜灌流裝置 使用時 加算(+)	2,500	275,000
C102-2	在宅血液透析 指導管理料	3,800	418,000
(注1)	在宅血液透析 指導管理料(月 2回까지 指導) 加算(+)	1,900	209,000
(注2)	透析液供給裝置 使用時 加算(+)	8,000	880,000
C103	在宅酸素療法 指導管理料		
-가	Cyanose型 先天性心疾患인 경우	1,300	143,000
-나	其他의 경우	2,500	275,000
(注1)	酸素Pump使用時 加算(+)	3,950	434,500
(注2)	酸素濃縮裝置 使用時 加算(+)	4,620	508,200
(注3)	携帶用酸素Pump 加算(+)	880	96,800
(注4)	設置型 液化酸素裝置 使用時 加算(+)	3,970	436,700
(注5)	携帶型液化酸素裝置 使用時 加算(+)	880	96,800
C104	在宅中心靜脈營養法指導管理料	3,000	330,000
(注1)	水液Set 使用時 加算(+)	2,000	220,000
(注2)	注入Pump 使用時 加算(+)	1,000	110,000
C105	在宅成分營養經營營養法指導管理料	2,500	275,000
(注1)	營養管Set 使用時 加算(+)	2,000	220,000
(注2)	注入Pump 使用時 加算(+)	1,000	110,000
C106	在宅自己導尿指導管理料	1,800	198,000
(注1)	Disposable catheter 使用時 加算(+)	600	66,000
C107	在宅人工呼吸指導管理料	2,800	308,000
(注1)	陽壓式人工呼吸器 使用時 加算(+)	6,840	752,400
(注2)	鼻/顔面mask用 人工呼吸器 加算(+)	5,930	652,300
(注3)	陰壓式人工呼吸器 使用時 加算(+)	3,000	330,000
C107-2	在宅持續陽壓呼吸療法指導管理料	250	27,500
(注1)	經鼻的 在宅持續陽壓呼吸療法治療器 사용시 加算(+)	1,210	133,100
C108	在宅惡性腫瘍患者指導管理料	1,500	165,000
(注1)	注入Pump 使用時 加算(+)	1,000	110,000
(注2)	携帶型 注入Pump 使用時 加算(+)	2,500	275,000
C109	在宅寢臺使用患者指導管理料	1,050	115,500
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	1,300	143,000
(注1)	送信器 使用時 加算(+)	600	66,000
C111	在宅高血壓症患者管理指導管理料	1,500	165,000
(注1)	携帶型 精密輸液Pump使用時 加算(+)	10,000	1,100,000
C112	在宅氣管切開患者指導管理料	900	99,000
(注1)	人工鼻 使用時 加算(+)	1,500	165,000

안일한 대처를 벗어나 보다 철저한 준비와 안정된 미래를 설계하여 노후에는 보다 안정된 생활을 영위해 나갈 수 있는 제도로 정착되도록 근본적인 문제부터 철저히 준비해 나가는 자세가 필요하다. 특히 노인요양을 단순히 가령에 의한 신체적 부자유에 대한 ‘수발’이라는 단순한 접근보다도 가령에 의해 발생된 질병의 과정이거나 그 후유증의 결과임을 인식하여 ‘돌봄에 의한 극복으로 정상화’에 그 목표를 두고 의료를 포함한 이에 관계되는 모든 전문분야가 유기적인 협동을 할 수 있도록 기초부터 튼튼한 설계를 해나가야 할 것이다. 재가요양에 대한 의료적 접근과 시설에 대한 인프라 구축은 물론 이 분야에 관련된 인적 자원의 확보가 충분히 될 수 있도록 철저하고도 만반의 준비를 시범기간 동안 준비해 나가도록 해야 할 것이다. ㉔

참 고 문 헌

1. 노인수발보장법안 및 주요내용(노인수발보장법 공청회 자료), 2005. 9. 12
2. 노인요양보장체계 시안 공청회 자료, 2004. 9
3. 장기요양서비스체계 도입 방안 검토. 국민건강보험공단, 2002. 12
4. 건강보험심사평가통계연보. 건강보험심사평가원. 각년도
5. 한국노인복지시설협회. <http://www.elder.or.kr>
6. 선우덕 외. 허약노인대상의 보건의료서비스 개발 및 효율적 운영체계 구축방안. 한국보건사회연구원 연구 보고서, 2004. 12
7. 醫療の基本 ABC. 日本醫師會雜誌 2000; 123: 12
8. 醫科診療報酬点数表. 2004年 4月版. 社會保險研究所
9. 介護保險介護福祉用語辭典. <http://www.kaigoweb.com/>
10. 特定疾病에 관한 診斷基準. http://www.jsdi.or.jp/~y_ide/9910tokuteisikkan.pdf
11. 特定疾患醫療給付制度. <http://www.pref.kanagawa.jp/osirase/kenkou/tokkan/kijun.html>
12. 地上直己. MDS-HC 2.0(재택[在宅]care Assessment Manual). 醫學書院, 2004. 11
13. 岩下清子 外. 診療報酬 介護保險(그 構造와 看護의 評價), 日本看護協會. 2000. 9
14. 醫療保障法 · 介護保障法. 日本社會保障法學會編, 2002. 10
15. 福祉醫療機構(WAM.NET). <http://www.wam.go.jp/>
16. MDS 2.0 Manuals and Forms, <http://www.cms.hhs.gov/quality/mds20/>