

우리나라 농촌지역(시·군 통합모형)의 노인보건의료 자원 수급계획에 관한 연구

정영일* · 정문호** · 강성홍* · 이창은* ·

(*인제대학교 보건학과, **서울대학교 보건대학원)

목 차

I. 연구목적 및 필요성	IV. 결 론
II. 연구내용 및 방법	참고문헌
III. 연구결과	

I. 연구목적 및 필요성

최근 우리나라의 평균수명이 70세가 넘어서면서 인구노령화 현상이 심화되고 있어서 노인 인구(65세이상)구성비는 1990년 현재 5%수준에서 20년 이후에는 10%이상으로 급증할 전망이다. 특히 선진국에서 노인의료수요가 일반인에 비해 매우 높게 나타나는 것을 볼때 우리나라의 노인보건의료 수요가 크게 증가할 것을 예측할 수 있다.

더욱이 인구의 노령화현상이 심화되고 있는 우리나라에서 특히 점증되는 노인보건의료수요에 대처할 의료시설 및 전문인력 양성에 대한 계획은 아직 수립되어 있지 못한 실정이다. 현재 우리나라의 의대졸업생들의 전공과목 선택경향은 장차 소득이 유리할 것으로 보이는 전문분야에 편중되고 있는 실정으로서, 보건의료체계상 양산되어야 할 가정의나 노인보건 전담의사(우리나라는 아직 노인보건전문의 제도가 없음)는 그 비중이 매우

낮은 실정이다. 단기적으로는 2015년내에 예상되는 500만명 정도의 노인인구에 대처할 노인보건의료 장기정책이 마련되어야 할 필요성이 시급히 요청되고 있으며, 장기적으로는 2030년까지 계속 급증할 노인인구에 대처할 노인의료자원 공급계획이 수립되어야 할 것이다. 특히, 농촌에는 노인인구증가에 반하여, 부양할 부녀자가 상대적으로 감소되고 있을뿐 아니라, 최근 핵가족화의 보편화와 더불어 부녀자의 고용이 증대되고 농촌일손 부족등으로 노인을 거택요양할 부녀자가 격감되고 있어서, 노인보건의료시설 확충과 더불어 이분야 전문인력 양성대책이 시급히 마련되어야 할 것이다. 특히, 농촌 지역에서 지방 자치체의 발전과 더불어 지방보건기획이 중시될 것을 전망하면서, 이들 점증되는 노인보건의료문제는 국가와 지역사회가 장기계획을 수립하여 대처해 나가야 할 것이다. 이에 지방보건기획하에 구체적인 노인의료서비스 공급계획을 수립해야 하기 때문에 본 연구가 절실

히 필요한 것이다.

이러한 연구 필요성에 따라 본 연구의 목적은 우리나라 농촌실정에 적합한 선진국형 노인보건의료 서비스 공급 확충을 위한 장기적 보건 정책과 지역사회보건 기획하에 단계적 발전 전략을 개발하는 것이다. 이를 위한 세부 연구 목적은 다음과 같다.

1. 지방보건기획에 필요한 정보 생산을 위해 일부지역의 농촌 노인 보건의료 서비스 공급 실태에 관한 기초 자료를 수집 분석한다.

2. 농촌지역사회의 2010년, 2030년의 노인 보건의료 수요를 외래와 입원의 두영역별로 추정한다.

3. 지역사회보건 진단을 통한 지방보건 기획하에 적용할 수 있는 시와 군의 통합형의 단위지역에 적합한 노인보건의료 서비스를 위한 보건정책 및 구체적인 지역사회 보건체제 및 공급계획을 개발한다. 이를 위해 이웃 선진국(일본, 호주)의 노인 보건 의료서비스 공급실태를 관찰하여 비교 연구한다. 특히 일본의 공급실태를 모형으로 Nursing home, 노인병원, 정신병원, 재활병원, 노인보건시설 등의 시설공급을 장기 계획한다.

II. 연구내용 및 방법

1. 연구대상지역

지방자치제하에 농촌지역사회 보건의료시설계획을 전망하면서 시와 그 인접 군지역을 지역사회화한 단위 의료서비스 공급지역권으로 설정하였다. 이는 지방행정 조직에 있어서 시·군 통합이 90년대 후반에 대부분 이룩될 것으로 이와 같은 정책형성 1년전에 본 연구설계에서 이미 가정하였던 것으로, 비록 시·군이 통합이 되지 않는 지역에서도 의료시설 공급계획에서는 고려되어야 할 사항으로 여겨진다. 본 연구에서 조사 대상지역으로는 연구 수행상 편의를 고려하여 2개 지역을 선정하였다. 본 연구의 2인의 공동연구자가 근무하고 있는 지역으로서 공간적으로나 업무협조관계가 유리

하다고 생각되는 A지역 : 경남 김해시와 김해군 지역, B지역 : 강원 춘천시와 춘천군 지역을 임의로 연구대상 지역으로 선정하였다.

2. 연구내용 및 방법

1) 수요분석

최근의 우리나라 노인의 보건실태와 의료이용량을 분석하기 위해 보건사회연구원과 의료보험연합회의 기존자료를 받아 전산처리하였다.

(1) 자료1 : “보건사회연구원에서 조사한 전국 노인보건실태조사자료” 분석.

본 자료는 보건사회연구원이 1992. 6-7월(1개월) 사이에 실시한 제주도를 제외한 전국의 21,841명의 표본인구에 대한 국민건강 및 보건의식행태조사 자료 중 65세 이상의 노인인구 1,537명에 대한 자료로서, 시부와 군부로 구분하여 우리나라 노인들의 건강상태 및 의료이용량에 대해 다음과 같은 제 변수를 분석하였다.

- ① 평소 건강 상태
- ② 이환일수
- ③ 병의원 방문 회수
- ④ 평균 재원 일수

(2) 자료2 : “의료보험연합회의 1992년 의료보험급여 자료” 분석.

본 자료는 연구대상 4개지역의 지역의보가입자 및 의료보호대상자들 중 1992. 1.1 ~ 1992. 12. 31 사이에 의료보험연합회에 진료비 지불이 청구된 자료이다. 자료의 제한점으로는 본 자료는 1992년 1년간 이용한 대상지역의 노인들의 진료비 자료가 아니라 1년 사이에 연합회에 청구된 진료비 자료이므로 실제 이용자는 약간 차이가 있을 수 있다는 점이다. 본 연구에서 주로 분석한 내용은 다음과 같다.

- ① 입원의료 이용실태
- ② 입원자 평균 재원일수
- ③ 주 상병명

(3) 문헌연구

① 우리나라 노인인구 증가추이 및 추계

② 우리나라 노인들의 의료이용실태

2) 수요추계

“의료이용량 유효수요추계방법”에 의하여 연구 지역대상 노인인구의 2010년, 2030년의 외래 및 입원 의료 이용총량을 추계하고자 한다. 여기서 수요추계 년도를 2010년과 2030년으로 설정한 이유는 다음과 같다.

우리나라 인구는 2020년경에 인구성장이 거의 정지될 것이지만 그 이후에도 노인인구는 크게 증가할 것으로 추정된다. 그 이유는 1954-63년의 baby-boom시기에 태어난 출생 cohort집단이 65세가 되는 해가 2020년이므로 2020-30년 기간에 노인인구의 급격한 제2차 증대시기가 있을 것이다. 따라서 2030년에는 경제 보건수준도 현재의 선진국 수준에 이를 것이며, 노인인구도 거의 안정될 것으로 가정하여 마지막 장기추계년도를 2030년으로 설정하였다. 그리고 인구자료를 1990년 자료를 근거로 추계를 하므로 2030년의 중간인 2010년을 중위년도로 하여 추계를 실시하였다. 연구지역별 노인의료수요추계를 위한 절차는 다음과 같다.

1단계 : 노인인구 추계

- (1) 연구대상 4개지역의 2010년, 2030년의 총인구를 추계한다
- (2) 2010년, 2030년대의 전체인구중 지역별 노인인구 구성비를 추정
- (3) 연구대상지역의 각 추계년도의 노인인구를 추계한다

2단계 : 노인 의료이용 지표 추정

도시 농촌별 추계년도의 노인의료이용량은 다음 두 지표에 대해 추정한다.

- (1) 외래지표: 노인 1인당 년평균 의료기관 방문수
- (2) 입원지표: 노인 1인당 년평균 의료기관 재원일수

단, 본 연구에서는 의료 이용량에 약국, 한방, 치과 의료이용량은 제외하였다.

3단계 : 노인의료 이용총량 추계

연구대상 4개지역의 의료이용 총량을 추계년도별로 추계한다. 이는 각 지역별로 추계 인구에 외래지표를 승하여 외래이용 총량을 구하고, 추계인구에 입원지표를 승하여 입원총량을 구한다.

4단계 : 노인의료전담 의사 수요추계

추계된 노인의료 이용총량을 담당할 적정 의사수를 추계한다.

3) 공급분석

(1) 연구대상 지역의 보건의료자원 공급실태
연구대상 4개 지역별로 1987년과 1992년의 보건의료 자원공급 실태를 분석함으로써 최근 5년간의 의료자원 공급추이를 파악한다. 그 실태분석 주요 내용은 다음과 같다.

- ① 지역별 면적 및 인구추이
- ② 지역별 의료기관 및 보건시설 분포현황
- ③ 지역별 의료인력 분포현황

(2) 일본 야마구찌현의 제 7지역의 노인보건 의료시설 공급실태 분석

- ① 노인보건의료 서비스 개요
- ② 노인보건의료시설 공급분석
- (3) 선진국의 노인보건의료 정책

- ① 호주의 노인복지정책
- ② 일본의 노인복지정책

4) 공급계획

시·군의 통합지역권을 대상으로 기 설정된 A지역과 B지역에 대한 노인의료수요에 대처할 의료자원공급계획을 작성한다. 이는 앞에 추계한 노인의료수요자료를 근거로 하여 다음과 같은 노인보건서비스에 대한 공급계획을 작성하였다.

(1) 일반의료서비스

- 노인의료 전담의사인력 공급계획

(2) 노인 특별양호시설 서비스

- ① Nursing home
- ② 노인보건시설
- ③ 노인병원

III. 연구결과

1. 수요분석

1) "전국노인보건실태 조사자료" 분석

II장에서 전술한 바와 같이 한국보건사회연구원에서 전국표본조사로 실시된 노인보건실태에 관한 기존 조사자료를 할애 받아, 우리나라 노인들의 최근 건강상태 및 의료이용 실태에 대해 도시와 농촌으로 구분하여 인적, 사회 경제적 특성별로 분석하였다.

(1) 분석대상자의 일반적 특성

① 연령

분석대상자인 65세이상 노인인구 구성비를 보면 65-69세층이 약 40%이고, 75세 이상 연령층은 32%였으며, 시부와 군부간에 별차이가 없었다(표 1).

표 1. 대상자의 일반적 특성

	(1992년)					
	전 국		시 부		군 부	
	N	%	N	%	N	%
연 령						
65-69	617	40.1	255	43.5	362	38.1
70-74	420	27.4	144	24.6	276	29.0
75-79	293	19.0	111	18.9	182	19.1
80-84	130	8.5	47	8.0	48	5.0
성 별						
남	631	41.1	221	37.3	410	43.1
여	906	58.9	365	62.3	541	56.9
성비		69.6		60.5		75.8
의료보장						
없음	77	5.0	31	5.3	46	4.8
공교	156	10.1	50	8.5	106	11.1
직장	532	43.6	245	41.8	287	30.2
지역	908	39.6	223	38.1	385	40.5
보호/부조	164	10.7	37	6.3	127	13.4
전 체	1537	100.0	588	100.0	951	100.0

② 성비

성비는 전국 69.6, 시부 60.5, 군부 75.8 이었고, 지역별로는 시지역의 노인여성비가 군 지역보다 높게 나타나고 있다(표 1).

③ 의료보장

의료보장 혜택을 받지 못하는 계층이 5%에 이르고 있으며, 의료보호시혜를 받는자는 전국 10.7%, 시부6.3%, 군부13.4%로서 농촌지역에서 높았다(표 1).

(2) 대상자의 사회·경제수준 및 이환상태

① 생활수준

노인들의 생활수준이 매우 낮은 계층은 전국 42.1%수준였으며 도·농간에 큰 차이는 없었다.

② 평소건강상태

건강상태가 좋지 않다고 대답한 계층은 전국 48.0%, 군부 49.8%, 시부 44.5%로서 농촌에서 약

표 2. 대상자의 사회, 경제수준 및 이환상태

	(1992년)					
	전 국		시 부		군 부	
	N	%	N	%	N	%
생활수준						
하	636	42.1	248	42.4	388	40.8
중	777	51.3	309	52.9	468	49.2
상	100	6.6	26	4.5	74	7.8
평소건강상태						
안 좋음	734	48.0	260	44.5	474	49.8
보통	319	21.9	143	24.5	176	18.5
좋음	478	31.2	181	30.9	297	31.2
만성이환						
없음	594	38.6	251	42.8	343	36.1
있음	943	61.4	335	57.2	608	63.9
급성이환						
없음	1292	84.1	496	84.6	796	83.7
있음	245	15.9	90	15.4	155	16.3
전 체	1537	100.0	586	100.0	951	100.0

간 높았다.

③ 만성이환

전국적으로 61.4%에서 만성질환이 있다고 응답했으며, 군부에서는 63.9%로 시부 57.2%에 비해 높게 나타났다.

④ 급성이환

연중 급성질환에 이환된 경험이 있는 율은 전국적으로 약 16%였으며, 도농간에 별 차이가 없었다.

(3) 이환일수, 침상와병일수

① 이환일수

노인 1인당 1년간 평균 이환일수는 전국적으로 7.5일이었으며, 지역별로는 군부에서 약간 높았으며, 성별로는 여자가 높았고 연령별로는 별 차이가 없으나, 80대 초반에 가장 높고 85세 이상에서는 오히려 가장 낮았다(표 3).

② 침상와병일수

노인 1인당 1년간 평균 침상와병일수(병원, 자택)는 전국적으로 1.6일이었으며, 이는 지역적으로

표 3. 지역별, 성별, 연령별, 노인 1인당 연평균 이환일수, 침상와병일수

(1992년)

	평균이환일수	침상와병일수
지 역		
도시	6.6	1.2
농촌	8.1	1.9
성 별		
남	6.6	1.7
여	8.1	1.6
연 령		
65-69	7.6	1.2
70-74	7.4	1.6
75-79	7.7	2.0
80-84	7.9	2.7
85+	6.1	1.6
전 체	7.5	1.6

는 군부에서 약간 높으며, 성별로는 별차가 없었고, 연령별로는 연령이 높을수록 점점 높아져 80대 초반이 가장 높았다. 역시 85세 이후는 오히려 떨어졌다.

(4) 노인들이 이용한 의료기관수

15일 동안 전체 조사대상 노인 중에서 33.2%가 의료기관을 이용했으며, 이용자들은 1-3개의 의료기관을 방문하였으며, 노인들이 이용한 의료기관수는 평균 0.44로 도·농간에 이용하는 의료기관수에는 차이가 없었다(표 4).

표 4. 노인들이 이용한 의료기관수 (15일간)

(1992년)

종 류	전 체		군		시	
	N	%	N	%	N	%
0	1027	66.8	638	67.1	389	66.4
1	377	24.5	235	24.7	142	24.2
2	107	7.0	63	9.7	44	7.5
3	18	1.2	10	1.1	8	1.4
4	8	10.5	5	0.5	3	0.5
평균	(0.44)		(0.43)		(0.45)	
계	1537	100.0	951	100.0	586	100.0

(5) 노인들의 평균의료기관 이용회수

약국, 한의원, 치과를 포함한 의료기관 이용회수는 15일간에는 농촌지역 0.91회, 도시지역 1.1회로 나타났는데 비해, 약국, 한의원, 치과를 제외한 의료기관 이용건수는 농촌지역이 0.71회, 도시지역 0.60회로 나타났다. 그리고 이를 연평균 노인 1인당 이용회수로 환산해 보면 전국적으로 전자는 23.6회, 후자는 16.3회로서 일반인에 비해 2-3배 정도로 많이 이용하고 있는 실태였다. 약국과 한의원과 치과를 포함하느냐의 여부에 따라 도·농간의 이용도에 큰 차이가 나는 이유는 도시지역에서 약국을 이용하는 횟수가 농촌지역보다 훨씬 높기 때문이

다<표 5>.

표 5. 노인들의 의료기관 평균 이용회수(1992년)

(단위: 회)

	전 체		군		시	
	15일간	연간	15일간	연간	15일간	연간
이용건수 I	0.97	23.6	0.91	22.1	1.10	26.8
이용건수 II	0.67	16.3	0.71	17.3	0.60	14.6

주) 이용건수 I: 약국, 한의원, 치과를 포함한 의료기관 이용건수
 이용건수 II: 약국, 한의원, 치과를 제외한 의료기관 이용건수

(6) 연평균 재원일수

노인들의 연평균 재원일수는 1.4일인데 도시지역이 2.0일로서 농촌지역의 1.1일에 비해 높게 나타났다. 성별로는 남자가 2.2일로 여자 0.9일에 비해 높게 나타났으며, 연령별로는 70 - 74세가 1.9일로 가장 높게 나타났다<표 6>.

표 6. 일반 노인들의 연평균 재원일수

(1992년)

연평균 재원일수	
지 역	
시 부	2.0
군 부	1.1
성 별	
남	2.2
여	0.9
연 령	
65-69	1.4
70-74	1.9
75-79	1.2
80-84	1.5
85+	0.5
전 체	1.5

2) 의료보험 자료분석

연구지역의 2개 군부와 2개 시부지역 및 의료보호대상자들 중 92년 1월 1일 부터 92년 12월 31일 까지 연합회에 진료비가 청구된 65세 이상의 노인들에 대해 연구대상 지역별로 분류하여 입원의료 이용실태, 주상병명, 평균재원일수 및 평균진료비를 분석하였다.

(1) 입원의료 이용실태

① 연령

노인 입원환자들의 연령별 분포를 보면 김해시를 제외한 춘천시, 춘천군, 김해군에서 70 - 74세 연령군이 각각 33.8%, 33.6%, 37.8%로 가장 높은 비중을 차지하고 있다<표 7>.

② 성별

노인 입원환자의 성별분포는 김해군을 제외한 춘천시, 춘천군, 김해시에서 여성들이 차지하는 비중이 각각 55.6%, 52.1%, 63.8%로 남성에 비해 높게 나타났다<표 7>.

③ 이용의료기관 소재지

춘천군과 춘천시는 춘천에 한림대병원이 있고, 또한 서울과 거리가 멀기 때문에 환자들이 이용하는 의료기관의 대부분이 강원도내에 소재하는 기관이었다. 춘천군과 춘천시가 강원도내 의료기관을 이용하는 정도가 90%를 상회하는데 비해 김해시와 김해군이 경남내 의료기관을 이용하는 정도는 각기 53% 정도로서 낮게 나타났는데, 이는 지역적으로 김해가 대도시 부산과 인접해 있으며 교통이 편리한 관계로 김해시와 김해군 지역주민은 입원시 거의 2회 중 1회(44%)는 부산시 의료기관을 이용하고 있는 것이다<표 7>.

④ 의료기관 종류

4개 지역 주민들이 이용하는 의료기관으로는 4개 지역 공히 종합병원이 가장 높은 것으로 나타났다. 즉, 입원시 종합병원을 이용하는 정도는 대략 70% 수준이었다<표 7>.

표 7. 지역별 입원환자의 제특성

(1992년)

	춘천시		춘천군		김해시		김해군	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<u>연령</u>								
65-69	186	29.2	123	27.5	121	37.8	172	36.9
70-74	215	33.8	150	33.6	98	30.6	176	37.8
75-79	1137	21.5	108	24.2	51	15.9	64	13.7
80-84	79	12.4	55	12.3	43	13.4	40	8.6
85+	20	3.1	11	2.5	7	2.2	14	3.0
<u>성별</u>								
남	283	44.4	214	47.9	116	36.2	239	51.3
여	354	55.6	233	52.1	204	63.8	247	48.8
<u>의료기관 소재지</u>								
서울	46	7.2	29	6.5	2	0.6	6	1.3
강원	584	91.7	413	92.4	-	-	-	-
부산	-	-	-	-	143	44.7	203	43.6
경남	-	-	-	-	172	53.8	246	52.8
기타	7	1.1	5	1.1	3	0.9	11	2.3
<u>의류기관종류</u>								
종합병원	448	70.3	283	63.3	226	70.6	324	69.5
병원	132	20.7	124	27.7	49	15.3	79	17.0
의원	55	8.6	39	8.7	43	13.4	58	12.4
한방기관	2	0.3	1	0.2	2	0.6	5	1.1
계	637	100.0	447	100.0	320	100.0	466	100.0

(2) 주상병

노인입원환자들의 주진단명을 살펴보면, 춘천시는 순환기계질환 21.0%, 신생물 17.6%, 소화기계질환 14.0%로 나타났으며, 춘천군은 순환기계질환 16.9%, 손상 및 중독 13.4%, 소화기계질환 13.9%

로 나타났다. 김해시의 경우는 순환기계질환 16.9%, 소화기계질환 15.9%, 신생물 18.0%, 순환기계 15.9%로 약간 차이가 있으나, 연구대상 지역의 노인들의 입원시 주요질환은 순환기계, 신생물, 소화기계질환임을 알 수 있다(표 8).

표 8. 지역별 입원환자의 주진단명

(1992년)

	춘천시		춘천군		김해시		김해군	
	N	%	N	%	N	%	N	%
감염 및 기생충 질환	28	4.4	23	5.1	8	2.5	24	5.2
신생물	112	17.6	60	13.4	49	15.3	84	18.0
내분비, 영양, 대사질환, 면역장애	31	4.9	13	2.9	15	4.7	14	3.0
혈액 및 조혈기의질환	1	0.2	2	0.4	3	0.9	1	0.2
정신장애	18	2.8	8	1.8	7	2.2	6	1.3
신경계 및 감각기 질환	35	5.5	13	2.9	33	10.3	38	8.2
순환기계질환	134	21.0	74	16.6	54	16.9	74	15.9
호흡기계질환	43	6.8	49	11.0	24	7.5	39	8.4
소화기계질환	89	14.0	62	13.9	51	15.9	90	19.3
비뇨생식기계질환	31	4.9	28	6.3	21	6.6	13	2.8
임신분만 및 산욕합병증	5	0.8	3	0.7	-	-	2	0.4
피부 및 피하조직질환	25	3.9	43	9.6	17	5.3	32	6.9
근골격계 및 피하조직 질환	25	3.9	43	9.6	17	5.3	32	6.9
선천이상	3	0.5	1	0.2	-	-	-	-
주산기에 관련된 일정한 병태	1	0.2	-	-	-	-	-	-
증상 및 불명확한 병태	10	1.6	4	0.9	4	1.3	9	1.9
손상 및 중독	68	10.7	63	14.1	30	9.4	36	7.7
계	637	100.0	447	100.0	318	100.0	442	100.0

(3) 평균진료비 및 평균재원일수

① 평균재원일수

입원환자의 평균재원일수는 대개 13 - 15일로서 지역별로 가장 높은 곳을 살펴보면, 춘천군과 춘천시는 65 - 69세군, 김해시는 75 - 79세군, 김해군은 85세 이상 군으로 나타났다. 성별로는 도시지역인 춘천시와 김해시는 여자들의 평균재원일수가 남자에 비해 높은데 비하여 군지역인 춘천군과 김

해군은 남자가 도리어 높게 나타났다.

② 평균진료비

입원건당 진료비는 대개 700,000원 정도로서, 건당 평균진료비를 연령별로 보면, 춘천시는 70 - 74세군, 춘천군은 75 ~ 79세군, 김해시는 65 - 69세군, 김해군은 70 ~ 74세군에서 가장 높은 것으로 나타났다. 성별로 평균진료비를 보면 남성의 건당 평균진료비가 높게 나타났다(표 9).

표 9. 입원환자의 제 특성별 평균진료비 및 평균재원일수 (1992년)

(금액 단위: 천원)

	춘천시		춘천군		김해시		김해군	
	재원일수	진료비	재원일수	진료비	재원일수	진료비	재원일수	진료비
연령								
65-69	14.3	785	14.6	652	17.0	869	13.4	715
70-74	13.5	831	12.3	486	16.8	741	16.0	720
75-79	11.5	571	14.4	870	17.2	684	11.9	589
80-84	10.7	639	11.7	660	9.7	529	12.0	606
85+	12.1	586	9.8	407	11.6	341	16.1	321
성별								
남	12.3	729	13.9	720	15.0	867	14.6	752
여	13.5	738	12.9	574	16.3	676	13.2	611
의류기관종류								
종합병원	13.3	885	14.6	823	17.6	948	14.8	830
병원	12.5	431	11.0	356	14.1	282	13.6	398
의원	10.2	207	11.1	268	9.0	218	10.7	253
계	13.0	734	13.3	644	15.8	745	14.0	684

2. 수요추계

1) 지역별 노인인구 추계

(1) 전국 노인인구 구성비 추계

노인의료수요 추계를 위한 1단계 절차로 노인인구에 대한 추계를 실시하였다. 1990년에서 2020년까지의 추계치는 통계청의 장래인구 추계를 이용하였으며, 2020년에서 2030년 사이의 추계치는 2020년에 정지인구에 도달하여, 2030년까지 전체인구는 2020년과 같다고 가정한다. 그리고 이 기간중 남자의 평균수명은 75세, 여자는 80세로 가정한 다음 추계하였다. 추계결과를 보면 1990년 현재 총 노인인구는 200백만명 정도인데 30년후에는 3배로, 그리고 40년후에는 4배로 급격히 증가되고 있음을 볼 수 있다. 그리고 전체인구에서 노인인구가 차지하는 비중이 매 10년마다 점증되는 비율을 보면, 1990년에서 2000년의 10년 동안에 1.8%, 2000년에서 2010년 사이에 2.6%, 2010년에서 2020년 사이에 3.1%, 2020년에서 2030년 사이에 4.9%씩 전체인구에서 차지하는 노인 비중이 점증되는 것으로 나타났다.

특히 2000년부터 2030년 사이에 노인인구가 차지하는 비중이 빠른 속도로 증가함을 알 수 있다. 이는 앞에서 기술한 바와 같이 우리나라의 baby boom시기에 태어난 인구가 이 기간에 65세 이상으로 전환되는 때이기 때문에 나타나는 당연한 현상으로 분석된다<표 10>.

표 10. 우리나라 노인인구 추이 (65+)

년도	노인인구(천명)	지수	비율
1990	2114	100.0	5.0
1995	2543	108.6	5.7
2000	3168	147.8	6.8
2005	3956	184.5	8.2
2010	4668	217.7	9.4
2015	5410	252.3	10.7
2020	6333	295.4	12.5
2025*	7554	352.3	14.9
2030*	8816	411.2	17.4

*: 본연구 추계치(설명: 상단)

(2) 지역별 노인인구 추계

〈표 15〉에서 추계된 2010년과 2030년의 지역별 인구추계치를 적용하여 각 추계년도의 노인인구 구성비를 〈표 11〉과 같이 각 추계년도의 노인인구 구성비를 〈표 12〉와 같이 추계하였다. 여기서 지역별 장래 노인인구 구성비를 추정할 논리적 근거는 다음과 같다. 먼저 전국의 추계년도별 도·농별 노인인구 구성비를 다음과 같이 가정하였다.

표 11. 지역별 노인인구 구성비 추이

	실제치		추정치	
	1970	1990	2010	2030
<u>한국</u>				
전국	3.4 ¹⁾	5.0 ³⁾	9.4 ³⁾	17.4 ³⁾
시부	2.0 ¹⁾	3.6 ²⁾	8.0	16.0
군부	4.2 ¹⁾	9.0 ²⁾	15.0	23.0
<u>일본</u>				
전국	6.5 ⁴⁾	12.4 ⁴⁾	19.0 ⁴⁾	28.0 ⁴⁾
야마구치현				
- 시부		15.6 ⁵⁾		
- 군부		22.5 ⁵⁾		
<u>A지역</u>				
김해시	3.2 ⁶⁾	3.5 ⁶⁾	8.0	16.0
김해군	6.0 ⁶⁾	7.3 ⁶⁾	12.0	20.0
<u>B지역</u>				
춘천시	2.1 ⁷⁾	5.0 ⁷⁾	10.0	18.0
춘천군	3.3 ⁷⁾	9.3 ⁷⁾	16.0	24.0

자료:1) 가족계획연구원, 인구 및 가족계획 통계자료집, 제1권, 1978.

2) 이가옥 등, 노인복지정책 개발을 위한 연구.

한국보건사회연구원, 1993, p. 56

3) 본 연구(표10)

4) 吉田陸幸, 유럽각국의 노인주택 개발전략.

"94 노인복지시설 국제심포지움" 한국노인문제연구소, 1994.

5) 야마구치현 사회복지협의회, 1993.

6) 김해시, 김해군 통계연보, 1983.

7) 춘천시, 춘천군 통계연보, 1983.

8) 기타: 본 연구 추정.

첫째, 우리나라 전국의 추계년도의 노인인구 구성비를 추계한 자료(보고서 표 10)를 근거로 하고 둘째, 전국의 시부의 군부지역의 노인인구 구성비를 1970, 1990년 자료를 근거로 하여 그 차별성을 유지하면서 셋째, 우리나라보다 30여년 앞서 노인인구구조가 변천되어온 일본의 노인인구 추이를 참고로 하였다.

다음에 연구대상 지역별 노인인구 구성비는 위에서 추정한 전국의 장래 노인인구 구성비를 근거하고, 1990년 현재의 각 지역별 노인인구 구성비의 차별성을 인정하면서 2010, 2030년의 노인인구 구성비를 추정하였다. 이와 같이 추계된 노인인구의 성장을 보면 1990-2030년의 40년간에 A지역(김해시 및 군)은 18.4배, B지역(춘천시 및 군)은 4.5배의 놀랄만한 성장을 보여주고 있다. 참고로 동기간 중 이들 지역의 전체인구 성장추이를 보면 A지역은 5.4배, B지역은 1.4배로 추계되었는 바 이러한 인구 성장보다 노인인구 성장이 3배 이상 높은 증가율을 보이고 있음을 알 수 있다(표 11).

2) 노인의료이용지표 추정

노인들의 일반적인 병·의원 이용율을 외래지표와 입원지표로 구분하고 그 추이를 추정한 것은 〈표 13〉, 〈표 14〉와 같다.

여기서 외래지표는 노인 1인당 연간 평균 병·의원 방문 횟수로서, 약방, 한방, 치과, 의료이용율은 제외된 것이다. 그리고 입원지표로 노인 1인당 연간 평균 병·의원 재원일수로서 한방과 치과병원 이용은 역시 제외된 것이다. 전국적인 보험대상자별 의료이용율에 대한 추계치는 그 동안 이에 대한 많은 연구가 있어 왔으며, 각 연구 추계치에 있어서 대동소이한 바, 본 연구에서는 가장 최초에 추계한 1993년의 인제대학교 보건대학의 추계를(김광기 외, 1993) 적용하였다. 〈표 13〉에서 보는 바와 같이 상계서의 추계치를 적용하여 전국의 각 의료보장 대상자별 외래지표로부터 전국민의 외래지표 및 입원지표를 의료보장 대상자별 인구 구성비에 의해 환산하여 구한 결과는 외래지표는 1992

표 12. 지역별 노인인구 추계

	인구			노인인구 구성비(%)			노인인구			노인인구성장	
	1990	2010	2030	1990	2010	2030	1990	2010	2030	b/a	c/a
							(a)	(b)	(c)		
A지역											
김해시	106,200 ¹⁾	340,600 ³⁾	615,200 ³⁾	3.5 ¹⁾	8.0	16.0	3,717 ¹⁾	27,248	98,432	7.3	26.5
김해군	78,900 ¹⁾	209,300 ³⁾	378,200 ³⁾	7.3 ¹⁾	12.0	20.0	5,760 ¹⁾	25,116	75,600	4.4	13.1
소계	185,100	549,900	993,200	5.1	9.5	17.5	9,477	52,364	174,032	5.5	18.4
B지역											
춘천시	174,200 ²⁾	234,600 ³⁾	286,300 ³⁾	5.0 ²⁾	10.0	18.0	8,710 ²⁾	23,460	51,534	2.7	5.9
춘천군	43,600 ²⁾	32,200 ³⁾	26,300 ³⁾	9.3 ²⁾	16.0	24.0	4,055 ²⁾	5,152	6,312	1.3	1.6
소계	217,800	266,800	312,600	5.9	10.7	18.5	12,765	28,612	57,846	2.2	4.5

자료:1) 김해시, 김해군 통계연보, 1993.
 2) 춘천시, 춘천군 통계연보, 1993.
 3) 본 연구보고서 추계치 <표16>

표 13. 전국 의료이용지표 추정

	1992			2010		
	지표 ¹⁾	대상자 ²⁾	(환산)	지표 ¹⁾	대상자 ²⁾	(환산)
	구성비(%)			구성비(%)		
- 외래지표(방문회수)						
공교	7.9	38.0	3.0	8.9	45.0	4.0
직장	6.9	45.2	3.1	8.2	36.6	3.0
지역	6.1	10.6	0.6	8.0	12.4	1.0
의보	8.1	6.2	0.5	9.8	6.0	0.6
전국(환산)		100.0	7.2		100.0	8.6
- 입원지표(재원일수)						
공교	0.71	38.0	0.27	0.84	45.0	0.38
직장	0.61	45.2	0.28	0.76	36.6	0.28
지역	0.70	10.6	0.07	0.85	12.4	0.11
의보	2.92	6.2	0.18	3.98	6.0	0.24
전국(환산)		100.0	0.80		100.0	1.01

자료:1) 상계서 P. 33~48
 2) 김광기, 정영일, 조현, 강성훈, 상계서 P. 50.

년에 7.2일, 2010년에 8.6일이고, 입원지표는 1992년에 0.8일, 2010년에 1.0일로 환산되었다(표 13).

이 추계자료와 1992년의 노인의료 이용지표를 자료를 이용하여 2010년과 2030년의 노인의료이용지표를 <표 14>와 같이 추정하였다. 여기서 2030년

의 의료이용지표의 추정을 외래지표는 2010년과 거의 같은 수준으로 추정하였다. 입원지표는 1992-2010년의 증가수준으로 산술급수적인 증가세가 계속해서 유지될 것으로 추정하였다. 이는 병상공급 계획과 연계하여 전망한 것이다.

표 14. 도·농별 노인의료이용지표 추정

	1992		2010		2030	
	일반 노인		일반 노인		일반 노인	
외래 진료						
전국	7.2 ¹⁾	16.3 ²⁾	8.6 ¹⁾	19.0	9.0	20.0
시부	6.8	14.6 ²⁾	8.2	18.0	8.7	19.0
군부	8.0	17.3 ²⁾	9.6	20.0	10.0	21.0
입원 환자						
전국	0.8 ¹⁾	1.5 ²⁾	1.01 ¹⁾	2.2	1.5	3.0
시부		2.0 ²⁾		2.8		3.5
군부		1.1 ²⁾		1.9		2.7

자료: 1) 본 연구 <표13>

2) " <표 5,6>

3) 지역별 노인의료이용총량 및 노인의료
의사 수요 추계

연구지역별, 도·농별로 추계년도의 노인인구 추계치에 노인의료이용지표(외래 및 입원자료)를 각각 곱하여 <표 15>와 같이 각 지역별 외래 및 입원 의료이용총량을 구하였다. 이때 노인인구는 1990년 자료를 이용하였으나, 의료이용지표는 1992년의 자료를 적용하였다. 왜냐하면 1990년 자료가 없으며, 1990~1992간에는 별차이가 없을 것으로 사료되기 때문에 의사 1인당 연간 외래 및 입원적정 진료량으로 나누어서 의사수요를 구하였다. 여기서 의사 1인당 1일 적정 진료량을 외래는

표 15. 지역별 노인의료이용 총량 및 노인의료 의사수요(진료의사수) 추계

	1990						2010						2030							
	외래이용		입원의료		의사수요		외래이용		입원의료		의사수요		외래이용		입원의료		의사수요			
	총량	총량	외래	입원	계	총량	총량	외래	입원	계	총량	총량	외래	입원	계	총량	총량	외래	입원	계
A 지역																				
김해시	54,268	7,434	5.0	2.1	7	490,464	76,294	45.2	21.7	67	1,870,208	344,512	230	127	357					
김해군	99,648	6,336	9.2	1.8	11	502,320	47,720	46.3	13.5	60	1,587,600	204,120	195	75	274					
소계					18					127					631					
B 지역																				
춘천시	127,166	17,420	11.7	4.9	17	422,280	65,688	39.0	18.6	58	979,146	180,369	120	66	186					
춘천군	70,152	4,461	6.5	1.3	8	103,040	9,789	9.5	2.8	12	132,552	17,042	16	6	22					
소계					25					70				208						

단, 의사 1인당 연간 적정진료량 가정

	외래	입원
1990년, 2010년:	10,840명	3,523명
2030년 :	8,130명	2,710명

1992~2010년을 40명, 2030년을 30명으로 하였으며, 입원은 1992~2010년은 13명, 2030년은 10명으로 가정하였다. 이는 선진국형에 접근하는 모델을 적용하였는 바 자세한 논의는 정의 보고서(정영일, 1987)를 참고하였다. 이렇게 추계한 노인의료를 담당할 의사수요량은 1990년에 비해 A지역은 2010년에는 3배 정도, 2030년에는 35배로 급격한 증가를 보이고, B지역은 이보다 약간 낮은 수준으로 증가하는 바 1990년에 비해 2010년에는 3배, 2030년에는 9배 정도의 증가가 요구되고 있다.

3. 공급분석

1) 연구대상지역별 보건의료 자원공급 추이

(1) 지역별 면적 및 인구추이

A지역의 면적은 B지역의 1/2정도지만 인구는 1992년 현재 비슷하다. A지역도 대도시의 위성도시 및 주변지역으로서 인구가 급증하고 있으며 이는 현재의 도시계획 및 지역개발 전망과 더불어 생각할 때, 상당기간 높은 성장율이 지속되어 인구가 대략 50만명 규모에 이른 후 성장율이 둔화될 것으로 전망되고 있다. B지역은 지역사회 특성

상 완만한 인구 증가 현상을 보일 것으로 전망된다. 이러한 가정에 의해 각 지역별 장래 인구추계를 작성해 보면, A지역은 2010년에 55만명, 2030년에 100만명, B지역도 2010년에 27만명, 2030년에 31만명의 규모로 성장될 것이 추계된다<표 16>.

(2) 지역별 의료기관 분포현황

A지역은 부산대도시의 인접지역으로서 의료기관의 공급이 취약한 반면 B지역은 서울 대도시로부터 100Km이상 멀리 떨어져 있는 관계로 비교적 의료기관의 공급이 양호한 편이다. A지역은 인구 23만명에 290병상의 1개 병원과 100병상 미만의 적은 중소병원이 2개 밖에 설치되어 있지 않은 반면 B지역은 300병상 이상의 종합병원이 3개소나 설치되어 있고 기타 중소병원은 2개소나 운영되고 있다. 그리고 정신요양원은 A지역 B지역 공히 시와 군에 각각 1개소가 운영되고 있으며, 신체장애자 시설은 B지역에만 1개소가 운영되고 있다. 그리고 노인병원은 두지역 모두 아직 설치되어 있지 않고 있다. 1992년 현재 병원 병상당 인구는 A지역 1,496명이고 B지역이 187명으로서 큰 차이를 보이고 있다<표 17>.

표 16. 지역별 면적, 인구추이

	면적(k㎡)	인구('000)					인구증가율			
		1980	1990	1992	2010	2030*	1980~90	1990~92	1990~2010	2010~30
A지역										
김해시	139.8	69.5	106.2	139.8	340.6	615.2	4.2	13.7	6.0	3.0
김해군	399.5 (행정구역변경)	78.9	87.6	209.3	378.0		-	5.2	5.0	3.0
소계	539.3	-	185.1	227.4	549.9	993.2	-	10.3	5.6	3.0
B지역										
춘천시	53.3	155.2	174.2	179.4	234.6	286.3	1.2	1.5	1.5	1.0
춘천군	1,040.6	55.7	43.6	42.3	32.2	26.3	-2.4	-1.5	-1.5	-1.0
소계	1,093.9	210.9	217.8	221.7	266.8	312.6	0.3	0.9	1.0	0.8

자료 : 상주 인구조사 자료: 통계청

* : 본 연구 추계치

표 17. 지역별 의료기관 및 보건시설 분포현황

	종합병원 개수	병상수	병원 개수	병상수	의원 원	특수 병원	치과 의원	한방부 의원	설조 의원	보건의 소	진료 소	정신요양원 (정신질환장애자 시설)	신체 시설	노인 원	1992년 인구	
A 지역																
김해시																
1988	1	94	1	68	14	-	4	10	1	2	1	-	-	1	-	-
1992	1	94	1	68	35	-	17	17	1	2	1	-	-	1	-	-
(1993)	(1)	(294)	(2)	(178)												
김해군																
1988	-	-	-	-	7	-	1	4	1	2	1	8	-	1	-	-
1992	-	-	-	-	8	-	3	4	1	1	1	7	-	1	-	-
소계																
1988	1	94	1	68	21	-	5	14	2	4	1	8	-	2	-	-
1992	1	94	1	68	43	-	20	21	2	3	2	7	-	2	-	-
B 지역																
춘천시																
1988	2	554	2	129	43	-	17	6	3	1	1	-	-	1	1	-
1992	2	654	2	154	50	-	24	9	3	1	2	-	-	1	1	-
춘천군																
1988	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	6	14	1	-	-
1992	1	400	-	-	3	-	-	-	1	-	1	7	14	1	-	-
소계																
1988	2	554	2	129	44	-	17	6	3	1	2	6	14	2	1	-
1992	3	1,054	2	129	53	-	24	9	4	1	3	7	14	2	1	-

(3) 지역별 의료인력 분포현황
의료인력도 A지역에는 최소하게 그리고 B지역은 비교적 양호하게 배치되어 있는 바, 특히 의사

1인당 인구수를 비교해도 A지역은 3,110명인데 비해 B지역은 964명으로 큰 차이를 보이고 있다<표 18>.

표 18. 지역별 의료인력 분포현황

	총계	의사	치과의사	한의사	조산원	간호사	약사	의사 1인당	인구수
A 지역									
<u>김해시</u>									
1988	98	28	5	10	6	18	31	-	
1992	212	68	18	17	3	51	59	-	
<u>김해군</u>									
1988	28	8	1	4	2	-	13	-	
1992	31	9	3	4	1	-	14	-	
<u>소계</u>									
1988	126	36	6	14	8	18	44	-	
1992	243	73	21	21	4	51	73	3,110	
B 지역									
<u>춘천시</u>									
1988	548	168	21	6	14	244	95	-	
1992	586	203	30	9	2	231	111	-	
<u>춘천군</u>									
1988	30	1	-	-	5	24	-	-	
1992	96	27	7	1	3	57	1	-	
<u>소계</u>									
1988	578	169	21	6	19	286	95	-	
1992	682	230	37	10	5	288	112	964	

2) 일본 야마구찌현의 노인 보건의료서비스 공급실태

(1) 서비스 개요

일본은 보건의료와 복지서비스가 한 체계하에서 계획되어지고 있다. 일본의 노인보건의료 복지서비스는 크게 3가지로 체계화되어 있다. 첫째는 재택서비스, 둘째 시설서비스, 셋째 상담서비스이다. 먼저 시설서비스는 노인이 가정에서의 생활을 계속하기 어려운 경우, 심신의 상태, 경제상태 등을 고려해 적절한 생활을 할 수 있는 시설서비스가 있다. 이에는 노인복지법에 의거한 Nursing Home(특별 양호노인홈, 양호노인홈), 경비노인홈, 케어하우스 등의 노인복지 시설이 있고, 노인보건의료에 의한 노인보건의료시설이 있으며, 주로 만성질환

노인의 입원을 위한 노인병원이 있으며, 기타 실버하우스 등이 운영되고 있다. 여기서는 노인 복지시설을 제외한 노인보건의료 전문서비스 공급실태를 살펴보고자 한다.

첫째 : 시설서비스

① Nursing Home

- 양호노인홈

65세 이상의 저소득층 노인으로서 신체적, 정신적, 환경적으로 취약하여 주거, 양호, 식사, 목욕, 청소 및 세탁 등의 서비스를 제공한다.

- 특별양호노인홈

65세 이상 노인으로서 신체상 또는 정신상 장애가 있어서 항시 간호가 필요하고 가정에서 간호하기에는 어려운 병약환자를 위해 시설 서비스를 제

공하는 곳으로서 보통 70명 내외의 노인이 입원되어 있다. 서비스 내용은 주거, 양호, 식사, 목욕, 레크레이션, 청소 및 세탁 등이 포함된다.

② 노인보건시설

65세 이상 노인으로서 치료보다도 간호 및 개호를 중심으로 서비스하는 보건시설로서, 간호, 개호가 필요한 자를 입원, 양호하는 시설로서 입원치료를 더 이상 필요로 하지 않게 되어 가정에 복귀하기 위한 기능훈련을 제공한다. 따라서 서비스 내용은 재활, 일상생활 동작훈련, 체위 변환, 일반 진료, 개호 등을 제공한다. 노인보건시설의 환자 수용 인원은 대개 80명 정도이다.

③ 노인병원

주로 만성질환의 65세 이상 노인이 입원하는 노인전문 병원이다. 서비스 내용은 병의 증세에 따라 필요한 치료가 제공되지만, 만성질환자는 치료보다도 간호와 개호가 주로 제공된다. 노인병원은 장기입원이 그 특색이며, 병상규모는 대개 200-350 병상에 의사 인력은 4-7명으로 운영되고 있다.

둘째 : 재택 서비스

① Intermediate Care Center

- 노인보건시설 Day Care

65세 이상의 병약, 치매성 노인을 통원진료에 의해 낮동안 1일 6시간 정도 의료, 식사, 목욕 등의 서비스를 제공하는 기관이다.

- 노인보건시설 단기입소 의료

병약, 치매의 65세 이상 노인이 단기간(14일 이내)입원하여 재택서비스를 받을 수 있도록 의료치료를 제공한다.

② 노인방문간호

병원의 노인방문 간호병동 담당의사의 지시에 따라 간호원 또는 간호보조사가 노인가정을 방문하고 간호서비스를 제공한다. 서비스는 1주에 2회 정도(단, 말기 암환자는 매일도 가능)로 이에는 노인방문 출장비가 요양비에 포함되어 지불된다.

셋째 : 상담 서비스

- 전화상담

상설 전화번호 110번을 이용하여 보건의료복지에 대한 상담을 통해 지도하고 보건교육하여 준다.

- 전화를 통한 재택 개호서비스 제공사업

전화요청에 의해 가정방문하여 재택 개호서비스를 제공한다.

(2) 노인보건의료시설 공급분석

우리나라의 김해시 + 김해군 지역의 인구가 1993년 현재 약 24만명으로서 십여년 후에는 40만을 초과할 것으로 추정된다. 이에 이와 비슷한 규모의 일본의 도시+농촌형의 한 지역사회 지구인 인구 32만명 규모의 야마구찌현의 일부지역인 중부지역의 주요 노인보건의료시설 현황을 분석하였다<표 19>.

표 19. 야마구찌현과 그 일부지역(중부)의 사회적 특성(1993년)

	현	중부
1)면적	60,190km ²	1,456km ²
2)인구	1,565,000명	362,869명
		(산구시):132,602명
		(방부시):119,980명
		시계:252,582명
		군계:71,287명
3)도·농간 인구분포		
시지역	14개시:77.6%	2개시:78.0%
군지역	42개군:22.4%	7개군:22.0%
4)평균수명	남자:76세	남자:76세
	여자:82세	여자:82세
5)TFR	1.56	1.56
6)노인인구	267,000명	49,300명
7)노인인구비율		
전체	17.1%(전국8위)	15.2
시부	15.6	14.5
군부	22.5	18.6
8)생활수준 일본에서 중상수준현전체의 중간수준		

표 20. 야마구찌현과 그 일부지역(중부)의 노인보건 의료시설 현황 (1993)

시설종류	시설당 평균정원	현		중부	
		시설수	시설당 노인인구	시설수	시설당 노인인구
1)양호 노인홈	70	22	12,136	2	24,650
2)특별양호노인홈	70	49	5,449	6	8,217
3)노인보건 day car	50	52	5,135	6	8,217
4)노인보건시설	80	25	10,680	5	9,860
5)노인병원	200~300	39	6,846	7	7,043

야마구찌현(山口縣)과 그 중부지역의 사회적 특성은 <표 19>에서 보는 것과 같이 일본의 도시 + 농촌 복합지역중 사회경제 수준이 중상 정도로서 우리나라의 김해시 + 김해군, 춘천시 + 춘천군의 두 연구지역 역시 중상지역으로 생각할 수 있기에 이 지역을 조사지역으로 선정했다.

<표 20>에서 보는 바와 같이 노인보건의료 주요 시설당 노인인구를 보면 노인보건시설을 제외하고는 중부지역에서 높게 나타나고 있는 바 중부지역이 전체에 비해 시설공급이 약간 낮은 것으로 평가되고 있다.

3) 호주와 일본의 노인보건 의료정책

(1) 호주의 노인 복지 정책

호주는 인구밀도가 매우 낮은 나라로서 전체인구는 1993년 현재 17,661,500명으로서 우리나라 남한인구의 40%에 불과한 소규모의 인구규모를 갖고 있다. 65세이상 노인인구도 1,906,254명으로서 전체인구의 10.8%에 불과하여 선진복지국가로서는 노인인구 구성비가 낮은 수준이다. 호주의 현재 노인요양원 입소자는 66,135명(3.5%)이고, 노인촌락 및 노인아파트 입소자는 249,351명(13.1%)로서 전체 노인인구 중 요양소 및 노인촌락에 거주하는 자가 약 17%에 이르고 있다.

한편 호주는 노인복지 예산이 국가 총예산의 13.5%에 이르고 있으며, 노인 생계비가 미화로 월 600\$씩 개인에게 지급되는 노인 복지정책이 아주 잘되어 있는 나라이다(이 경우 남자는 65세이상,

여자는 60세이상). 호주는 NHS(국가보건서비스)를 실시하고 있는 나라로서 모든 의료비를 국가가 부담함으로써 국민은 누구나 양질의 보건의료를 의뢰 및 입원 공히 무료로 제공받을 수 있으며, 누구나 가정의에 등록되어 일차보건의료를 제공 받을 수 있다. 노인 아파트에 집단으로 거주하고 있는 노인도 각각 다른 자기 담당 가정의에게 통원진료를 받고 있다. 따라서 노인에게 뿐만 아니라 모든 국민에게 요람에서부터 무덤까지 보건의료를 포함한 완벽한 사회복지가 이루어져 있다. 유료 노인촌락을 몇군데 방문했었는데 이곳은 중산층 이상의 부유한 노인들이 그들의 노후생활을 좋은 시설 속에서 주거, 취사, 세탁, 돌봄, 문화적 생활 등을 자기 선택에 따라 서비스 혜택을 받는 차원에서 경비를 자비로 계약에 의해 지불하는 제도로 운영되고 있었다. 땅이 넓은 나라로써 택지가격이 비교적 저렴하므로 노인촌락은 고층 아파트를 피하고 5층이하의 건물들이었고, 2층건물이 주종을 이루고 있었으며, 집집마다 정원을 갖추고 있었고, 전체시설 면적의 40%이상을 차지하는 공용문화시설 (레크레이션룸, 운동장, 수영장, 목욕탕, 세탁소, 식당, 도서실, 다이닝룸(연회실), 공작실, TV실, 예배실, 회의실 등)을 잘 구비하고 있었다. 물론 호주도 노인 의료비를 줄이고 효율적인 노인 장기 요양시설을 갖추기 위해 노인전문병원, 널싱홈 등의 확충계획을 갖고 있다. 그리고 널싱홈의 치매성 노인환자의 병동은 별도로 구분되어

있었으며, 일본에서는 이들을 위한 병실이 독실, 2인실이 많았으나 호주에서는 6-8인실로 공동으로 치매환자를 상호 감시하며 도와주는 형태로 병실을 운영하고 있었으며, 널싱홈에 상근의사는 거의 없고 주당 1~2회 정도 정기 진료를 하고 있다.

(2) 일본의 노인 복지 정책

일본은 1973년 노인복지법 개정으로 70세 이상 노인의료비가 무료로 제공됨에 따라 노인의 입원율이 매우 높아져 가고 있다. 모든 진료환자 중 70세 이상 노인의 수요율은 입원의 경우 1970년 9.4%에서 1982년 28.6%로 매우 높은 비중을 차지하고 있다. 일본은 노인복지제도가 1981년에 개선됨에 따라 1988년 전체 국민의료비 중 노인보전제도에 지출되는 비중이 26.7%로서 매우 큰 경비를 국가가 부담하고 있다(의료보험관리공단, 1990). 또한 인구의 고령화 속에서 임종의료를 병원에 기대하는 경향이 강해져 병원이 사망하는 장소로 보편화 되어가고 있다. 이는 선진국보다도 더욱 현저하여, 1975년에 자택사망율이 34%였던 것이 금세기말까지는 10%에 이를 것으로 전망되고 있다.

① 노인 의료시설 확충계획

일본의 1990~2000년 노인 보건의료 장기 정책에서 계획한 주요 내용은 다음과 같다(한국노년학회, 1994).

- 가. 노인 병상증설(심한장애자와 매우 병약한 자) ; 10년내에 2.7배 증설
- 나. 노인 주간보호센터 ; 10년내에 10배 증설
1989년 : 1,080개소, 2000년 : 10,000개소
- 다. 가족부양 지원센터 신설 ; 2000년까지 10,000개소 신설.

② 노인의료와 복지 통합모형으로 새로운 중간시설 개발계획

노인의 장기적 간호, 개호, 기능훈련, 돌봄의 기능을 효율적으로 운영하고, 또한 노인의료비를 절감하기 위해 병원진료와 자택요양과의 중간시설을 8개 유형으로 분류하여 공급계획을 마련하고 있다.

- 가. 통원의료시설 ; 노인의 재가요양 재가돌봄을 진행시키기 위한 통원시설로서 집에서 가까운 곳에 환자가 통원하여 서비스를 받음.
- 나. 통과시설(halfway house) ; 병원 퇴원후 재가요양하기 위한 중간시설로서 주로 정신의료 및 재활의료를 할 수 있는 훈련을 시킴.
- 다. 의료와 돌봄을 공통으로 제공하는 의료복지시설.
- 라. 만성퇴행성 질환 장기요양시설 확충
- 마. 병원 병설 노인병동 증설
- 바. 널싱홈, 노인복지시설을 확충
- 사. 노인주택과 돌봄의 공통시설 개발
- 아. 노인성 정신질환 의료와 돌봄의 공통시설 개발

이러한 노인을 위한 중간시설의 위치는 마루오나오미의 이론으로 그 개념이 세워져 있다. 즉 다음 그림에서 보는 바와 같이 병원의 의료기능(A), 사회복지의 돌봄기능(B), 가정의 주택, 개호기능(C)의 3대 주요기능이 상호 연계되어 즉 위의 3가지 기능 중 대개 2가지 기능을 수행하는 중간시설 기관으로 개발 되었고, 이중 G의 경우는 3가지 기능을 모두 수행하는 기능으로 개발되어 다음과 같은 4가지형태로 개발되었다.

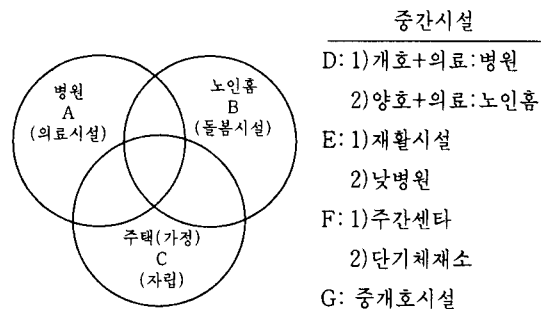


그림 1. 노인의료와 복지서비스의 통합모형

4. 공급계획

1) 일반의료서비스

앞으로 지방자치체의 정착과 더불어 특정 단위 지역의 지역사회보건계획의 일환으로 노인보건의료서비스 공급계획을 수립함에 있어서, 노인의 외래 및 급성진료에 관한 일반진료를 담당할 병·의원시설 계획과 정신병원, 정신요양원, 재활병원, 결핵병원 등 만성특수병원 시설계획은 일반인과 공동으로 이용하게 되므로, 전국적인 차원에서 또한 진료권별(대진료권, 중진료권), 의료기관별(1차, 2차, 3차)로 계획하여 이에 대한 시설확충에 관련한 별도의 연구과제로서 연구 될 분야이므로 본 연구에서는 이에 대한 구체적인 공급계획은 생략하였다. 그러나 본 연구의<표 21>에 제시한 바와 같이

일본에서 노인보건의료시설 공급(병상)의 70% 이상을 일반병원에서 진료하고 있는 점을 보아서도 알 수 있듯이, 일반병·의원에서도 노인의료서비스 공급계획을 수립하여야 할 것이며, 특히 병원 내 병설 노인병동의 시설확충 계획과 이를 전담할 의료인력 양성계획이 장기적으로 구체적으로 계획되어 집행해야 할 것이다. 이를 위한 구체적인 접근방법의 첫째로서 생각할 노인의료 전담의사 수요인력추계는 <표 15>에서 제시한 바와 같다. 그러므로 이들 노인의료를 전담할 의사수요 총량의 70%수준이 일반 병·의원에 확충되어야 할 것으로 추계하였다<표 22>.

표 21. 일본의 전국 노인보건의료시설의 공급실태와 수요추계(1992년)

		특별양호 노인홈	노인보건시설	일반병원	계
현행	정원(병상)	152,988	27,193	1,254,745	1,434,926
	%	10.7	1.9	87.4	100.0
수요	정원(병상)	240,000	280,000	1,115,230	1,633,230
	%	14.7	17.1	68.2	100.0

자료: 남은우, 류황건(1993). 일본의 노인의료복지 시설의 현황과 과제, 대한병원협회지. 22(11)

표 22. 일반병의원의 노인의료 전담의사인력 공급계획

	1990	2010	2030
A 지역			
김해시	5	49	250
김해군	8	42	192
전체	13	91	442
B 지역			
춘천시	12	40	130
춘천군	5	9	15
전체	17	49	145

2) 노인특별 양호서비스

(1) 시설서비스

65세이상 노인들을 위한 노인특별 양호 서비스 공급체계가 구축되어야 한다. 그래서 노인의료서비스의 접근도를 높이고, 노인의료비를 절감하는 효율적인 노인의료서비스가 제공되어야 할 것이다. 노인특별 양호 서비스시설은 간호사와 물리치료사가 주축이 되어 운영됨으로써 노인의료를 위한 의사수요를 대폭적으로 경감시켜 나갈 수 있을 것이다. 특히 노인특별양호 서비스시설은 자택이

나 자녀의 주거지로 부터 가까운 곳에 세워져야 될 것이므로, 지방자치체 지역권 내에 노인의료수요에 대응할 시설이 충족되어야 할 필요성이 있는 것이다. 실제로 양호 서비스시설을 A지역과 B지역에 공급할 계획을 세움에는 추계년도의 노인인구에 대응할 널싱홈, 노인보건시설, 그리고 노인병원에 대한 수요시설수를 시설당 노인인구를 <표 23>에서와 같이 가정 (일본의 야마구찌현의 현재 수준에 상응)하여 설정했다. 따라서 현재 이 두 연구지역에 이러한 노인특별 양호서비스 시설이 전무한 상태이므로, 이를 위한 장기적인 시설확충 계획이 수립되어 추진되어야 할 것이다. 물론 이를 위해서는 민영의료기관이 주종을 이루어 무료 및 유료시설을 건립하고 운영할 수 있도록 정부의 적극적 지원정책이 이루어져야 할 것이다.

(2) 재택서비스

본 연구의 공급분석 재택서비스에서 제시한 Intermediate Care Center로서 노인보건시설, 닛 돌봄센터나 노인보건시설 단기입소 의료시설의 확충 계획은 노인보건의료의 접근성 제고를 위하고, 또한 노인의료비 경감, 의료자원의 효율성 제고 등의 여러가지 장점을 갖게 될 것이다. 특히 이러한 병원과 재택간호를 연결하는 중간시설이 체계화되어 공급계획이 세워질 때 노인의료서비스의 특성에 부합한 전문적이고 기능분담적인 서비스 공급이 이루어질 수 있다. 그리고 재택서비스를 위한 노인방문간호와 상담서비스 개선을 위한 연구가 계속해서 추진되어야 할 것이다. 이에 대한 구체적인 시사는 본 연구에서는 생략하겠다.

IV. 결 론

1. 연구결과의 요약 및 토의

1) 연구결과의 요약

(1) 한국보건사회연구원에서 1892년에 조사한 전국노인 보건실태 조사자료를 이양 받아 우리나라 노인들의 의료이용실태를 시군별, 성별, 연령별

로 심층분석하였다(표 1, 2, 3, 4, 5, 6). 특히 중요한 자료로 노인들의 연간 의료기관 이용회수는 군부 17.3회, 시부 14.6회이며, 연간 재원일수는 군부 1.1일, 시부 2.0일이었다.

(2) 의료보험 연합회의 보험급여 자료를 할애 받아 본연구 4개 대상지역별 노인들의 입원의료시설의 지리적 이용실태, 주상병, 평균진료비 및 재원일수를 분석하였다. 각 지역에서 공히 순환기질환, 신생물, 소화기계질환의 빈도가 높았으며, 김해시는 신경계 및 감각기 질환이, 김해군에서는 신생물이 추천군은 손상 및 중독이 타지역보다 높게 나타났다(표 7, 8, 9).

(3) 우리나라의 노인인구(65+) 구성비를 추계한 결과 2010년에 전국 9.4%, 시부 8.0%, 군부 15.0%, 2030년에 전국 17.4%, 시부 16.0%, 군부 23%였다(표 11).

(4) 우리나라 도·농별 노인의료 이용지표를 추정한 결과 외래지표(노인 1인당 연간 의료방문 횟수)는 2010년에 전국 19.0회, 시부 18.0회, 군부 20.0회, 2030년에 전국 20.0회, 시부 19.0회, 군부 21.0회였다.

(5) 연구대상지역별 장래 노인의료 의사 수요를 추계한 결과는 2010년에 A지역은 127명, B지역은 70명이며 2030년에는 A지역은 631명, B지역은 208명으로 1990년에 비해 40년후에는 A지역은 35배, B지역은 8배의 수요증가를 보여주고 있다(표 14).

(6) 연구대상지역별 노인의료시설 수요계획을 일본의 현재 공급실태 수준을 기준으로 하여 추정하여 앞으로의 공급계획량으로 고려하였다. 그 결과는 A지역은 2010년에 널싱홈 6개소, 노인보건시설 5개소, 노인병원 7개소, 2030년에는 널싱홈 22개소, 노인보건시설 17개소, 노인병원 25개소가 공급되어야 하며, B지역은 2010년에 널싱홈 4개소, 노인복지시설 3개소, 노인병원 4개소, 2030년에 널싱홈 7개소, 노인보건시설 6개소, 노인병원 8개소가 공급되어야 한다(표 23).

표 23. 노인특별 양호 서비스 시설 공급계획 (시설수)

	2010			2030				
	노인인구	넬싱홈	노인보건시설	노인병원	노인인구	넬싱홈	노인보건시설	노인병원
A지역	52,364	6	5	7	174,032	22	17	25
B지역	28,612	4	3	4	57,846	7	6	8
단,	시설구분			시설당 평균 수용인원	시설당 노인인구			
	넬싱홈(Nursing Home)			70	8,000			
	노인보건시설			80	10,000			
	노인병원			220	7,000			

2) 연구결과에 대한 토의

(1) 노인의료이용실태 자료로써 본 연구에서 특히 시부와 군부로 구별하여 작성된 새로운 자료는 이 분야의 최근 새로운 자료로써 의의가 있다.

(2) 의료보험급여자료를 각 소단위 지역별로 분석하여 노인들의 입원의료시설 이용의 공간적 이용실태, 주상병을 비교한 새로운 자료를 이에 대한 최근 자료로써 지방자치제의 발전과 더불어 지역보건기획에 자료로서 의의가 있다.

(3) 우리나라 노인인구 구성비 추정치 : 최근 까지 연구발표한 노인인구 장래 추정치는 2020년까지의 전국자료 뿐이다. 본 연구에서는 시부와 군부로 구별하여 2010년과 2030년의 노인인구 구성비를 추정하였다. 이는 새로운 자료로써 앞으로 타 연구자에 의해 추계될 값과 비교가 될 것이다.

특히 본 연구에서 2030년까지 추계한 이유는 우리나라 인구는 2020년경에 정지인구에 달하지만 노인인구는 2020~2030년에 또 한차례의 큰 증가 시기가 도래할 것이 전망되기 때문이다. 이는 우리나라의 Baby Boom 시기에 태어난 Birth Cohort(출생 코호트)가 이 시기에 65세 이상에 돌입하는데, 우리나라 Baby Boom 기간이 약 10여년이었기 때문에 특별히 2030년까지 내다보고 노인의료시설 공급에 대한 장기계획을 세워야 할 자료로써 의의가 있다.

(4) 연구대상 지역별로 노인의료수요를 장기 추계하여 이에 부응하는 노인의료 특별시설 수요와 의사인력 수요를 추계하여, 농촌지역의 중진료권단위의 노인의료자원 공급계획 자료로 활용되도록 하였다. 이는 물론 일본의 어느 특정지역의 현재공급실태를 모델로 한 것이어서 논의의 여지가 있으나, 우리나라보다 노인인구 증가 패턴이나 경제수준 등의 발전이 30여년 앞서 가는 일본의 경험을 특히 보건의료체계의 문화가 유사한 점을 고려하여 우리나라에 참고하는 것은 의미가 있다고 사료된다.

2. 정책제언

본 연구는 지방자치제의 발전과 더불어 도시+농촌형의 중진료권, 다시 말해 시지역과 그 주변지역의 통합진료권에 대한 노인 보건의료서비스 공급과 관련한 연구로서, 임의로 선정된 2개의 특정 지역 A지역(부산 대도시 인접 김해시와 김해군 지역)과 B지역(서울 대도시로 부터 100Km 이상 상당히 떨어진 춘천시와 그 주변 춘천군 지역)을 선정하여, 앞으로 전망되는 도시발전을 고려하여 장기적인 인구추계 및 노인인구추계를 실시함과 동시에, 이를 토대로 장래 2010년, 2030년의 노인의료이용 수요추계를 실시하였다.

우리나라 노인인구(65+)는 Baby Boom시기(1954

- 1963)에 태어난 출생 Cohort가 65세에 이르는 2020년 부터 2030년까지 또 한차례의 노인인구의 급증이 예상되기 때문에 아직까지 다른 연구에서 실시하지 않은 2030년의 지역별 노인인구에 대한 보건의료서비스 수요를 추계하므로써 매우 장기적인 노인보건의료자원 공급계획을 세워 이를 위한 단계적 중단기 계획을 지방실정에 맞게 계획 추진 하는데 이용되도록 하였다. 물론, 불확실한 미래의 노인의료 수요량을 장기적으로 예측하는 데는 연구자마다 약간의 차이가 있을 수 있겠으나, 본 연구에서는 의료이용량 추계방법을 적용하여 체계적인 접근방법을 시도하였다. 이렇게 구한 지역별 노인의료수요 추계에 부응하는 의료자원공급계획을 세움에는 여러가지 선진국의 문헌을 참고로 하였으나, 특히 본 연구에서는 우리나라 노인인구 성장 추세보다 25 - 30여년 앞서 변천되어 왔고, 우리나라와 보건의료체계가 매우 유사하며, 경제수준도 완전선진국형인 일본의 현재의 노인의료서비스를 위한 의료자원 공급실태 수준을 2010년 후 우리나라의 장기적인 공급목표로 설정하여 이에 부응하는 지역별 노인보건의료담당 의사인력 공급 계획 및 노인특별양호시설 공급량을 계획하였다.

본 연구결과가 도시농촌 통합형의 중진료권에 대한 노인보건의료서비스를 위한 지역사회 보건기획자료로 활용되기 위해 지역사회 자문위원회를 개최하여 본 연구에 대한 검토를 한 결과 그 주요 시사점을 열거하면 다음과 같다.

1) 본 연구결과에서 시도한 바와 같이 의료자원 배치계획을 고려한 중진료권은 시와 인접군 지역의 통합모형이 이상적이다. 앞으로 교통이 보다 더 발달할 것이며, 국도가 좁고 인구가 조밀한 우리나라의 여건을 고려할 때 병원급 의료시설은 시 지역에 개설되어 군지역 주민이 같이 이용하도록 하는 일본식 모형이 우리나라 실정에 바람직하다고 사료된다.

2) 본 연구의 A지역은 부산 대도시 위성도시로서 부산의 지리적 특수사정에 의해 부산 서부권

개발의 시대가 도래함으로써, 서울의 강남개발과 유사한 인구성장이 전망되기 때문에, 급증하는 인구에 대비하는 도시계획과 더불어 의료자원 공급 계획과 특히, 노인의료서비스 시설공급에 대한 장기계획이 조속히 추진되어야 할 것이다.

3) 본 연구결과에서 제시한 급증하는 노인 의료자원 특히 노인의료전문직의 인력공급과 노인 보건 의료특별 양호시설의 건립을 위한 정부의 전국적인 총량규모의 장기적인 공급계획이 우선적으로 수립되어야 할 것이다.

4) 지방자치제 시대의 시작과 더불어 지역사회 보건기획단의 구성이 필요하다. 각 지역권별로 지역사회 보건기획단을 구성하여 지역의 수요와 수용성에 부응하는 보건의료자원 공급계획을 세울 수 있어야 하며, 이는 관 주도로 운영될 것이 아니라, 관과 민이 공동으로 참여하도록 하여야 하며, 특히 관내 대학교수와 민간의료단체 및 사회복지단체의 책임자가 참여하여 지역사회가 중심이 되어 주민이 참여하는 지역사회 개발계획의 일환으로 지역사회 보건사업이 평가되고 계획될 수 있도록 추진되어야 한다.

5) 지방에 노인보건의료 시설공급확충을 위하여 정부의 적극적인 사회지원정책이 요망된다. 앞으로 수요급증이 전망되는 노인보건의료, 노인 뿐만 아니라 일반인을 포함하는 정신보건의료와 재활보건의료를 위한 보건의료 자원공급계획에 있어서 공공보건사업은 확충될 전망이지만 역시 제한적일 수 밖에 없으며, 대부분은 민간보건의료 자원으로 서비스공급계획을 세워야 할 것이다. 그러나 위와 같은 만성적이며 장기입원을 요하는 병원 또는 보건시설은 경영 전망이 매우 취약하기 때문에 민자유치가 어려운 것은 선진국에서도 많은 경험을 하여온 바이다. 따라서 특별히 노인복지를 위한 특별법을 마련하여 다음과 같은 사회지원정책을 조속히 수립하여야 민자유치의 사회적 분위기가 조성될 수 있을 것이다.

(1) 민영으로 무료형, 유료형, 무료 + 유료혼

합형의 노인보건의료시설 건립시 장기유자 혜택을 준다. 실례를 들면 10억원 정도의 실지 가격의 대지위에 노인병원을 건립할 경우 100억원의 용자를 실시해 준다. 단, 건설 진척도에 따라 분할 용자를 실시하며, 추후 완공된 병원이 100억원 용자담보 부동산이 되도록 한다.

(2) 이러한 시설건립을 비주거지나 녹지 등에도 토지이용 제한을 완화하여 건립할 수 있도록 특혜를 실시한다.

(3) 민영으로 운영되는 유료 노인보건의료시설은 정부의 지나친 관 주도하에 일률적인 제도와 법규에 의해 억제하지 말고, 지역사회 보건기획단에 상당한 부분을 위임한다.

(4) 현재 민영으로 관의 도움과 행정지도로 운영되고 있는 정신장애자 수용시설은 이를 노인보건의료시설로 개편하여, 서비스 수준을 현재보다 적어도 3배이상 향상시켜 나가야 할 것이다.

(5) 병원에 병설되는 노인병동을 위해서도 국가에서 특별지원이 있어야만 된다. 그렇지 않고서는 경영이 어려운 노인병동 병상을 확충해 나갈 수 없다.

(6) 재택노인의 돌봄과 간호를 위해 자원봉사자를 육성해야 한다. 이들의 자질향상과 사명감을 위해 적당한 훈련과정을 지역사회별로 실시하여야 할 것이다. 특히 가정주부의 시간봉사제(Part time : 1일 4시간제)를 개발하여야 할 것이며, 적당한 봉사료를 지급할 수 있도록 하여야 한다. 그리고 4년제 대학생이나 전문대학생의 자원봉사경력에 기업이나 공무원에 취업시 가산점을 실시하는 제도가 도입되어야 할 것이다.

(7) 노인대학운영

지역사회별로 개인, 단체, 학교가 주체가 되어 노인대학을 운영하여 노인들의 문화생활을 위한 강의와 토의 및 시청각 교육 등이 잘 운영될 수 있도록 개발되어야 한다.

(8) 노인건강 상담소운영

보건소·보건지소가 중심이 되어 노인건강상담

소가 운영되어 비상 전화번호를 부여하여(예 : 099)전국 어디서나 손쉽게 전화상담 할 수 있도록 할 것이며, 종합병원에도 노인의료 상담실을 별도로 운영해야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. 송건용 외(1993). 1992년도 국민건강 및 보건 의식 행태조사 - 국민건강조사결과, 한국보건사회연구원.
2. 송건용 외(1993). 1992년도 국민건강 및 보건 의식 행태조사 - 보건의식행태조사, 한국보건사회연구원.
3. 송건용 외 (1993). 의료이용과 건강행위에 관한 종합분석, 한국보건사회연구원.
4. 최인형, 최성재(1987). 노인복지학, 서울대학교 출판부.
5. 이가옥 외(1990). 노인부양에 관한 연구, 한국보건사회연구원.
6. 조유향 편저(1989). 노인보건, 현문사.
7. 이가옥 외(1993). 노인복지정책 개발을 위한 연구, 한국보건사회연구원.
8. '94 노인복지시설 국제심포지움 자료(1994). 한국노인문제연구소.
9. 박순일 외(1992). 사회복지제도 체계화에 관한 연구, 한국보건사회연구원.
10. 김주환, 문옥륜 역(1992). 의료체계의 정책분석론(일본에서의 실증적 탐구, 사회보장연구소 편). 의학출판사.
11. 한림대학교 사회의학연구소(1993). 의사인력정책의 전개방향 - 제 6회 의료정책토론회 보고서.
12. 변종화 외(1993). 지역사회 건강증진 모형개발, 한국보건사회연구원.
13. 송건용 외(1990). 1989년도 국민건강조사(이환 및 의료이용). 한국보건사회연구원.

14. 한국노년학회(1994). 국제학술세미나(노인을 위한 보호시설과 부양체계의 한국적 모형개발).
15. 김광기 외(1993). 우리나라 의사인력 수급에 관한 연구, 인제대학교 보건대학.
16. 정영일 외(1991). 우리나라 의사인력 장기수급에 관한 연구, 인제대학교 보건대학.
17. 김일현, 최봉호(1991). 1990년 인구센서결과에 의한 장래인구추계와 인구학적 특성, 한국인구학회지, 14(11).
18. 厚生省 老人保健福祉局(1993). 保健醫療 福祉 概要, 中央法規出版.
19. 日本 山口縣 民生部(1993. 5). 사회복지시설명부.
20. 日本 山口市 社會福祉協議會. 1994년도 사업계획서.
21. 日本厚生省(1993). 厚生白書.

<Abstract>

An Analysis of Health Care Services for the Elderly in Rural Areas: Its Demand in Projection and Policy Implications

Young Il Chung, Ph.D* · Moon Ho Chung, Ph.D
Sung Hong Kang, MPH*** Chang Eun Lee, MPH******

(*Inje University **School of Public Health, Seoul National University

Korea Medical Insurance Cooperation *Inje University)

This is an effort to project health care resources in need for the elderly in the future when advanced transportation systems would greatly reduce geographical accessibility to health care services for the rural elderly. Two areas, Kimhae and Chuncheon, were selected for the study. Projection of health professionals and health care institutions for the elderly were made based on the analysis for the morbidity and illness behavior reported to two data sources, National Survey for the Elderly in 1992 by Korea Institute for Health and Social Affairs and beneficiary data by Korea Medical Insurance Cooperation for those living in the study areas in 1992. Projected number of health professionals and health care institutions were estimated for each area under study in years of 2010 and 2030, with those in a Japanese being used as a standard. Policy implications were discussed.