

제 12 회 대한한의학회 기획세미나

노인장기요양보험제도와 한의학의 역할

- 일 시 : 2008년 6월 15일(일) 15:00~18:00
- 장 소 : 대한한 의사협회 5층 대강당

|주관·주최| 대한한의학회
|후 원| 대한한 의사협회
한국한의학연구원
국민건강관리보험공단

개 회 사

최근 전세계에서 나타나고 있는 기상이변과 천재지변으로 인한 무고한 희생들은 여러모로 지쳐있는 우리의 마음을 더욱 무겁게 하고 있습니다. 비록 사는 곳, 쓰는 말, 생김새가 다르다 하더라도 동시대를 살아가고 있는 전인류의 아픔에 대해 심심한 위로의 말씀을 먼저 드리고 싶고, 아울러 봄기운을 만끽해 보지도 못한 채 성큼 다가서버린 더위에 회원 여러분들께서도 건강에 유념하시기 바랍니다.

최근 우리나라의 고령화 속도가 OECD 국가 중 가장 빨라서 고령화사회보다 오히려 초고령화사회에 대한 현실적 대안을 강구해야 할 상황까지 왔다고 볼 수 있습니다. 고령화 사회의 요인 중 저출산 문제는 사회적으로 높은 관심과 국가 및 지자체의 노력을 통해 가시적 성과를 거두고 있는 반면에, 고령인구에 대한 복지 및 의료에 대한 준비는 여러모로 아직 미흡하다고 할 수 있습니다.

예전에는 노령인구에 대한 의료제도의 목표는 주로 만성 질환, 높은 상병률, 경제적 곤란 및 장기적 치료 등의 해결에 주목적을 두었지만, 현재처럼 고령화 사회로 계속해서 빠르게 접어들게 된다면 다양한 사회경험을 가진 지식집단으로 평가될 수 있는 노인세대에 대한 새로운 해결책이 요구될 것으로 보입니다.

이는 노인층의 건강관리가 국가 경쟁력 강화를 위해서 반드시 중시되어야 할 부분이기 때문에 이러한 상황에서 “노인장기요양보험제도”의 도입은 하나의 큰 획일점이 될 수 있으리라 생각합니다. 특히, 만성적 질환과 퇴행성 질환에 큰 장점이 있는 한의학에 기대되는 역할은 의료복지적인 측면뿐만이 아닌 국가 성장동력의 디딤돌로서도 큰 의미를 둘 수 있다고 자부할 수 있습니다.

이에 저희 대한한의학회는 “노인장기요양보험제도와 한의학의 역할”이라는 주제로 금번 제12회 기획세미나를 개최하게 되었고, 이를 통해 제도에 대

한 정확한 이해와 국가적 시책에 있어 민족 고유 의학인 한의학의 올바른 자리 매김을 위한 정책 방향들을 심도있게 논의하는 자리가 될 것입니다.

바쁜 일정 속에서도 참여해주신 많은 회원 여러분들께 진심으로 감사드리며 앞으로도 저희 한의학회의 활동에 지속적인 관심과 격려를 부탁드립니다. 또한 의미있는 기획세미나를 개최할 수 있도록 수고를 아끼지 않고 노력해주신 모든 임원분들께도 감사의 말씀을 드리며, 오늘 기획세미나를 위해 주제발표 및 패널로 참석해주신 여러분들께도 감사의 말씀을 올립니다.

회원 여러분 가정에 항상 건강과 행복이 가득하길 기원합니다.

감사합니다.

2008년 6월 15일

대한한의학회 회장 김 장 현

축 사

‘노인장기요양보험제도와 한의학의 역할’이라는 주제로 12번째 맞이하는 대한한의학회의 기획세미나 개최를 진심으로 축하드립니다.

점점 더워져 가는 날씨에도 불구하고 오늘 이 뜻 깊은 자리에 참석해 주셔서 자리를 빛내 주신 내외빈 여러분께 감사의 말씀을 드립니다.

아울러 발제와 토론을 맡아 내실 있는 세미나가 될 수 있게 준비에 많은 수고를 하신 분들을 비롯해, 대한한의학회 김장현 회장님께 깊이 감사드리며 학회 관계자 여러분의 노고를 치하 드리는 바입니다.

현재 대한민국은 초고령 사회 진입을 목도에 두고 있습니다.

통계청이 발표한 ‘장래인구 추계’에 따르면 우리나라는 2000년에 이미 ‘고령화 사회’를 지났고 세계에서 가장 빠른 노인인구 증가율에 따라 2026년에는 ‘초고령 사회’에 진입해 인구 5명 가운데 1명이 65세 이상 노인이 될 것이라 합니다.

이처럼 대한민국의 고령 사회 진입은 인간수명이 늘어나는 혜택을 주기도 하지만, 한편으로는 건강하지 못한 상태로 오래 살아야 하는 고통도 동반합니다. 현재 노인 인구의 3.1%인 약 17만 명이 고령이나 치매 중풍 등으로 고생하고 있으며 앞으로 그 수는 계속 증가할 전망입니다.

따라서 오늘 개최되는 세미나의 주제는 시의적절하며 고령사회 대비와 노인장기요양보험 실시에 따른 한의학의 역할을 재조명하고 확대시킬 수 있는 좋은 계기가 되리라고 생각합니다.

앞으로도 한의계 주변의 긍정적인 변화를 적극 활용하여 한의학을 생활의학으로서의 가치를 극대화시키고, 대국민 건강증진과 질병 예방을 통해 한의사의 자존심을 회복시킴은 물론 한국의학의 새로운 가치창조와 위상확립을 위해 정진해 나갑시다.

오늘 열리는 기획세미나를 통해 회원 여러분들의 진료와 임상 활동에 많은 도움이 되길 바라며, 아울러 회원들 간에 교류를 다질 수 있는 귀한 시간이 되길 바라마지 않습니다.

끝으로, 이번 기획세미나를 준비하기 위해 노력해 주신 대한한의학회와 관계자 여러분께 다시 한 번 감사의 말씀을 드리며, 오늘 참석하식 모든 분들의 가정에 평안과 축복이 가득하시기를 기원합니다.

감사합니다.

2008년 6월 15일

대한한의학협회 회장 김 현 수

제12회 대한한의학회 기획세미나

< PROGRAM >

주제 : 노인장기요양보험제도와 한의학의 역할

시 간	발 표 내 용	발표자 / 토론자	좌장 / 사회
14:30~15:00	등록 및 접수		
15:00~15:20	개회식		
15:20~15:50	노인장기요양보험제도의 의미와 취지	임창빈 (노인장기요양보험 강서운영센터장)	임형호 (대한한의학회 기획총무이사)
15:50~16:20	노인장기요양보험 한 의사소견서 작성요령1 (중풍, 운동장애)	안정조 (대전대학교 한의과대학 교수)	
16:20~16:50	노인장기요양보험 한 의사소견서 작성요령2 (치매, 진전)	김근우 (동국대학교 한의과대학 교수)	
16:50~17:00	Break time		
17:00~18:00	주제토론 (한의학의 역할)	-토론자- 임창빈(노인장기요양보험 강서운영센터장) 안정조(대전대학교 한의과대학 교수) 김근우(동국대학교 한의과대학 교수) 조남범(마포 재가노인복지센터장) 하재규(신문여론 한의신문 편집국장) 이철완(대한한의학회 수석부회장)	임형호 (대한한의학회 기획총무이사)
18:00	폐회식		

목 차

- ◆ 노인장기요양보험제도의 의미와 취지
 임창빈 (노인장기요양보험 강서운영센터장)11

- ◆ 노인장기요양보험 한의사소견서 작성요령1 (중풍, 운동장애)
 안정조 (대전대학교 한의과대학 교수)33

- ◆ 노인장기요양보험 한의사소견서 작성요령2 (치매, 진전)
 김근우 (동국대학교 한의과대학 교수)33

- ◆ 노인장기요양보험제도의 주요쟁점
 조남범 (마포 재가노인복지센터장)77

- ◆ 고령화사회, 그리고 한의계와 정부의 역할
 하재규 (한의신문 편집국장)81

- ◆ 노인장기요양보험제도와 한의학의 역할
 이철완 (대한한의학회 수석부회장, 한국노인병연구소장)87

노인장기요양보험제도의 의미와 취지

임창빈 (노인장기요양보험 강서운영센터장)

가. 1. 노인장기요양보험제도의 개념 및 필요성

1. 노인장기요양의 개념

‘노인장기요양보장’이라는 용어는 노화, 만성적 질환, 장애 등으로 장기적 요양보호가 필요한 노인에 대하여 국가가 사회적 보호서비스를 제도적으로 보장한다는 뜻을 가지고 있다.

이 용어는 장기적 요양보호라는 뜻을 지닌 영어의 ‘long-term care’에 해당하는 것으로서 그동안 요양보호, 요양, 보호, 수발, 간호, 개호, 케어 등 여러 가지 용어로 번역하여 사용되어 왔다. 이 중에서 개호(介護)란 용어는 일본이 이 제도를 도입할 때 만들어낸 말이다.

‘노인요양’이란 만성적 질환 등의 원인으로 기능적 활동능력(functional ability)을 상실하여 독립적으로 생활하기가 어려운 노인에게 장기간에 걸쳐 제공되는 서비스를 말한다. 여기서 말하는 ‘기능적 활동능력’이란 몸을 움직이는 것, 화장실을 이용하는 것, 식사하는 것, 시장을 보러 가는 것 등 일상생활에 필요한 활동능력을 말한다. 그리고 여기서 말하는 서비스는 신체적, 정신적 건강관리와 재활훈련 등을 위한 건강보호 서비스(health care service)도 있고, 대상자의 일상생활상의 욕구를 해결해주기 위한 사회적 서비스(social service)도 있다.

2. 제도 도입의 필요성 및 도입과정

가. 도입 필요성

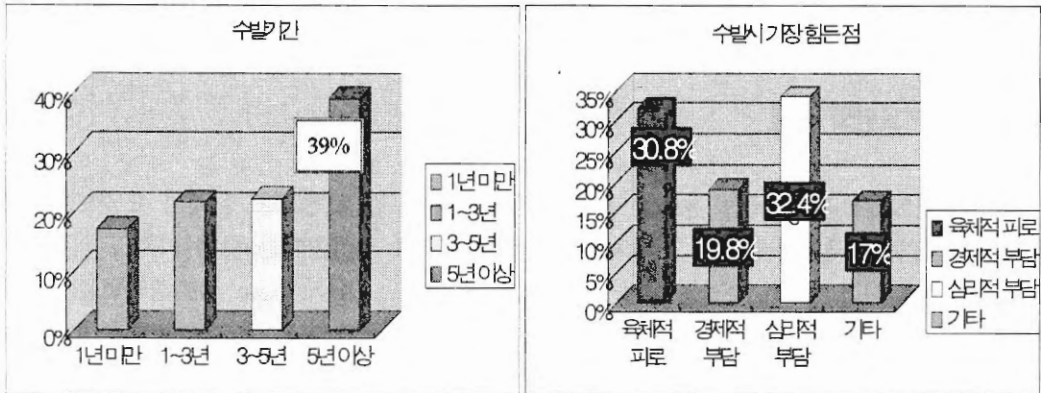
우리나라는 지금 고령화가 세계에서 가장 빠르게 진행되고 있다. 노인인구는 2000년에 7.2%로 고령화 사회(aging society)에 진입한 이후, 2018년에 14.4%로 고령사회(aged society)에 들어서고, 2026년에 20.0%로 초 고령사회(super-aged society)에 진입하게 된다. 2050년에는 이 숫자가 34.4%로 세계의 최고령국가가 될 전망이다.

이와 같은 인구고령화는 치매, 중풍 등 장기요양서비스가 필요한 노인의 급속한 증가를 초래한다. 그러나 핵가족화 및 여성의 사회활동 확대, 보호기간의 장기화 등으로 가정에 의한 돌봄은 한계에 도달하고 있다.

따라서 급속하게 증가하는 고령화에 대비, 공적노인요양보장체계를 확립하여 국민의 노후불안 해소 및 노인가정의 부담경감을 도모할 필요가 있어 노인장기요양보험제도가 도입되게 되었다.

고령사회가 당면하게 되는 제일 큰 문제의 하나는 노인인구가 증가하고 특히 후기고령노인이 크게 증가면서 장기적 요양보호를 필요로 하는 노인이 늘어난다는 것이다.

※ 젊은층의 노인부양부담 : '05(8명당 노인1명)→ '20(5명당 1명)→ '40(2명당 1명)



<2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사, 한국보건사회연구원>

< 참고 ... 95년 독일 연방정부가 제시한 장기요양보험 도입필요성 >

- ◆ 누구든지 수발의 필요성으로부터 자유로울 수 없으며, 이는 먼저 노인층의 재정파탄을 유발하고, 나아가 가정이 파괴되며, 수발을 제공하는 가족 구성원의 미래에 까지 부정적인 영향을 미치게 됨
 - 수발을 제공하는 가족(주로 여성)은 시간적인 제약 등으로 취업을 할 수 없어 사회보험료를 납부할 수 없게 되고, 이들은 결국 노후에 수급하는 연금액이 매우 낮거나 연금수급 대상자에 포함되지 아니하여 저소득층으로 전락할 수 밖에 없는 악순환이 계속됨
- ◆ 가족 구조가 빠른 속도로 핵가족화 되고, 특히 노인부부가구, 노인단독가구가 늘고 있으며, 이러한 가족구조의 변화로 수많은 타인의 도움을 받아야만 하는 수발 필요자들이 증가하게 됨
- ◆ 장기요양보험이 도입되면 그동안 가족이 수발하던 부담을 사회전체가 공동으로 분담하게 되며, 수발을 담당하던 가족은 정상적으로 경제활동을 할 수 있게 되고, 그로 인하여 노후까지 보장할 수 있음

나. 우리나라 노인장기요양보험제도 도입과정

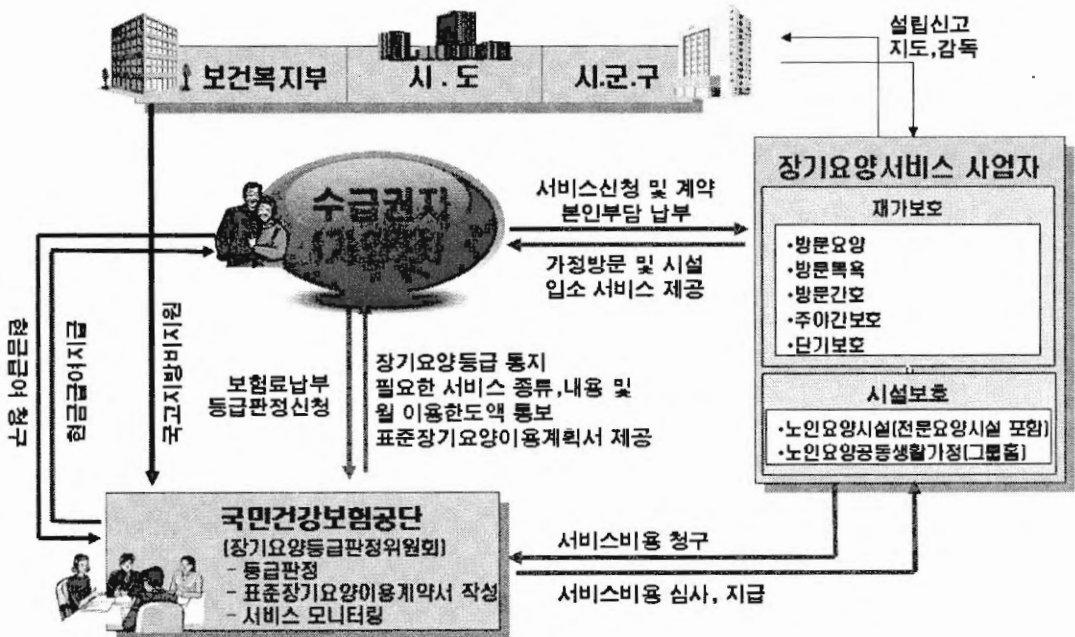
고령사회가 진전되고 노인문제가 이처럼 점차 커져가고 있는 환경변화에 대응하여 정부에서도 노인장기요양보험의 필요성을 인식하고 사회적 보호서비스를 위한 정책을 추진하기 시작하였다.

보건복지부에서는 2000년 「노인장기요양보호정책기획단」, 2003년 「공적노인요양보장추진기획단」, 2004년 「공적노인요양보장제도실행위원회」 등 세 차례 자문위원회를 설치운영하여 정책방안을 검토하였고, 2001년부터 한국보건사회연구원으로 하여금 노인장기요양보험의 욕구 실태와 정책방안을 연구하도록 의뢰하였다. 이 과정에서 여러 차례 공청회도 개최하여 각계각층

장기요양급여의 종류는 시설급여, 재가급여, 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비 등) 크게 3종으로 정하고 있다. 이 중에서 주된 서비스의 내용은 현물급여인 시설급여와 재가급여의 두 가지 종류이다.

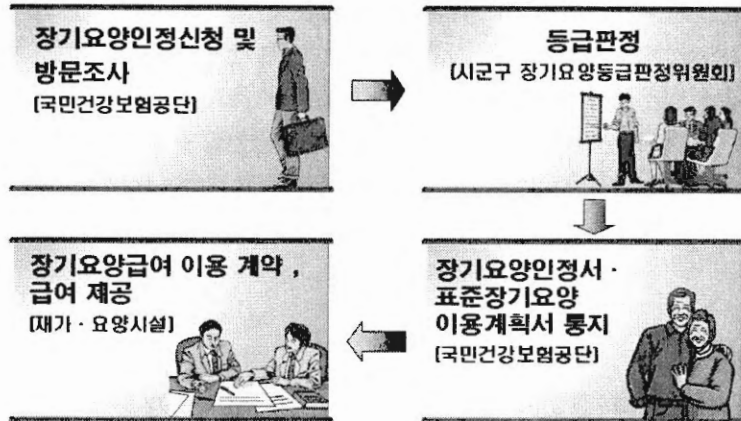
노인장기요양보험제도의 재원은 기본적으로 사회보험방식의 보험료로 조달한다. 다만 현행 건강보험제도와 같이 정부가 보험재정의 일정 부분을 부담하고, 서비스를 이용하는 이용자도 일정한 부분을 부담하기로 하고 있다. 장기요양보험료는 국민건강보험료액에 장기요양보험료를 곱하여 산정한다. 국민건강보험공단은 장기요양보험료를 국민건강보험료와 통합 징수하되 장기요양보험료와 국민건강보험료는 독립회계로 관리한다.

그밖에 보험자인 국민건강보험공단에 장기요양기관의 질평가 업무를 부여하고 있고, 지방자치단체에 장기요양기관지정, 예방사업, 등급판정위원회 참여 등의 역할을 부여하고 있다.



2. 장기요양인정 및 서비스지원체계

장기요양인정 및 서비스지원 체계는, 대상자의 신청 → 등급판정위원회의 인정여부결정과 등급판정 → 결과통보 → 표준장기요양이용계획서작성·교부 → 서비스사업자와계약 → 서비스이용의 순으로 진행된다. 여기서 표준장기요양이용계획서(케어플랜)는 공단 직원이 작성하고 권고적 성격을 가지고 있다.



가. 장기요양인정 체계

장기요양보험법은 장기요양보험가입자가 장기요양급여를 받기 이전에 서비스를 받을 수 있는지를 먼저 검토하도록 하고 있다. 이를 장기요양인정 절차라 부르는데, 간단히 말하면 수급자격을 가려내는 절차라 할 수 있다

대상자 선정기준은 재정과 관련된 중요한 변수이므로 점차 많은 국가들이 고령사회에 장기요양 서비스를 보다 공식적인 단일 체계로 현 상황에서 대상자에 대한 평가판정 기준의 표준화에 관심을 갖고 있다.

장기요양제도가 사회적 합의를 얻기 위해서는 제도의 틀과 함께 실제로 서비스를 받는 대상자 선정의 객관적 기준과 누구나 납득할 수 있는 적합한 평가도구 및 절차가 중요한 부분을 차지한다.

독일의 경우에는 전문가에 의한 노인기능평가로 요양필요도를 측정하고 있으며, 일본의 경우에는 요양(수발)시간을 근거로 요양필요도를 측정하고 있다. 미국의 경우에도 MDS(Minimum Data Set) 항목을 통해 자원배분량(서비스 소모량)을 근거로 수가급여를 책정하고 있다. 우리나라의 등급판정도구는 한국보건사회연구원에서 개발한 것으로 일본과 같이 요양에 소요되는 시간을 근거로 요양필요도를 측정하여 등급을 산정하도록 되어 있다.

국 가 분 류	일본	독일	미국	호주	영국
평가목적	개호대상자 인정	수발대상자 인정	특성에 맞는 서비스 제공	시설입소자 평가등급화	지역사회 노인 평가
평가도구	요개호 인정사정항목 79개	30개 일상생활동작, 6개 가사활동	MDS 108개	케어 욕구 20개 항목	지역별 상이,개인정보, 욕구와 건강 등 포함
평가기관 및 평가자	시정촌 직원(케어매니저)	MDK 소속 의사, 간호사	각 요양시설	각 요양시설	지역 NHS 기관
등급	6등급 (1-5등급, 요지원)	3등급	중증도별 7대분류, 44개 서비스군	8등급	-
등급기준	이론화된 수발시간	도움빈도, 수발시간	수발시간	수발시간을 점수화	-

우리나라의 등급판정은 3등급 체계이다. 이 등급은 신체기능영역(13개 항목), 인지기능영역(7개 항목), 행동변화영역(14개 항목), 간호처치영역(10개 영역), 재활영역(10개 영역) 등 54개의 측정항목에 대한 방문조사 결과와 방문조사 시 확인한 특기사항, 의사소견서 내용 등을 참고하여 등급판정위원회에서 판정하도록 하고 있다. 장기요양인정을 받고자하는 자가 공단에 신청하면 공단 소속 직원(간호사, 사회복지사 등)이 신청자를 방문하여 심신의 상태 등을 조사하고, 그 조사결과를 공단 지사에 설치하는 등급판정위원회에 회부하여 인정여부 및 등급판정을 하도록 하고 있다.

1) 등급 인정률

장기요양대상자의 전체 규모와 그 세부구성은 장기요양인정자를 선별하는 척도인 평가판정도구의 영향을 받는다. 노인장기요양보험제도에서의 장기요양서비스 이용은 사전적인 등급판정절차를 통해 등급을 부여받은 인정자에 한해서 서비스 이용이 가능하다는 점에서 건강보험제도 보다는 대상자의 자율성이 제약된다. 따라서 노인장기요양보험의 전체 및 등급별 이용자수는 기존의 등급판정도구를 적용하여 확인된 등급별 장기요양인정자분포를 통해 추정해 볼 수 있다.

보건복지가족부는 2008년도 1~3등급자를 65세 이상 노인인구의 3.3%인 175,000명 가량으로 추산하고 있다.

연도별 인정자 증가에 영향을 미치는 65세 이상 노인 중에서도 후기노인인구(75세 이상)의 비율이 높아지면 전체 노인중 장기요양발생률도 따라서 상승하게 된다. 일본의 경우에도 65세 이상 노인의 요개호발생률(1~5등급)은 11.84%이나, 이를 연령구간별로 나누어 보면 65~69세에서는 3.87%를, 70~79세는 9.34%, 80세 이상은 30.82%로 연령이 높아짐에 따라 발생률도 급격히 높아지고 있다(후생성 개호대책본부사무국, 1994).

한국보건사회연구원의 노인장기요양보험 2차 평가연구(2007)에 의하면 1등급에서 3등급에 해당하는 노인의 비율은 65세에서 69세 구간에서는 1.2%에 불과하나, 70-74세는 1.6%, 75-79세는 3.0, 80-84세는 6.2%, 85세 이상은 14.1%로 연령 증가속도보다 장기요양발생률 증가속도가 훨씬 빠르게 나타난다.

2) 등급판정 과정

노인장기요양보험제도 하에서 등급판정 체계는 다음과 같다. 먼저 우리나라 노인 장기요양보험 등급판정체계는 방문조사요원의 평가결과에 따라 요양필요도가 컴퓨터 의해 추계되는 1차 판정과 보건, 복지, 의료 등 관련전문가에 의해 조사결과의 모순점 및 등급의 타당성 등을 검증하는 2차 판정체계로 이루어진다. 이는 등급판정이 방문조사자의 평가에 전적으로 의존하는 것을 보완하고, 평균적 상황을 추계한 통계적 모형이 가지는 제한점을 극복하고자 하는 것으로 대상자의 심신상태에 적합한 등급을 판정하고자 하는 목적을 가진다.

가입자가 장기요양인정을 신청하면,공단 직원이 방문조사를 한다. 이때 등급판정과 관련한 기능상태 5개 영역 52개 항목(실제 54항목 조사)과 그 외 서비스 이용과 관련한 욕구조사 항목(IADL 등 36개 항목)을 조사한다.

방문조사의 내용을 컴퓨터에 입력하여 사전적으로 내장되어 있는 등급결정프로그램에 의해서 1차적인 등급에 대한 평가가 이루어지게 되는데 이것이 1차 등급판정체계이다. 1차 등급판정은 2003년에서 2006년까지 요양서비스를 제공받는 우리나라 노인 약 2,200명의 실태조사를 기초로 하여 각 기능상태별 요양필요도를 추계한 결과이다.

1차 등급판정 결과가 이루어지면 의사소견서 제출 제외 대상자를 제외하고는 모두 의사소견서를 2차 등급판정위원회가 개최되기 이전에 제출하도록 되어 있다. 소견서 제출 후 지사(센터)에 설치되어 있는 등급판정위원회에서 최종적으로 등급을 확정하게 되는데 이것이 2차 등급판정과정이다.

장기요양 1등급	장기요양인정점수가 95점 이상인 자
장기요양 2등급	장기요양인정점수가 75점 이상 95점 미만인 자
장기요양 3등급	장기요양인정점수가 55점 이상 75점 미만인 자

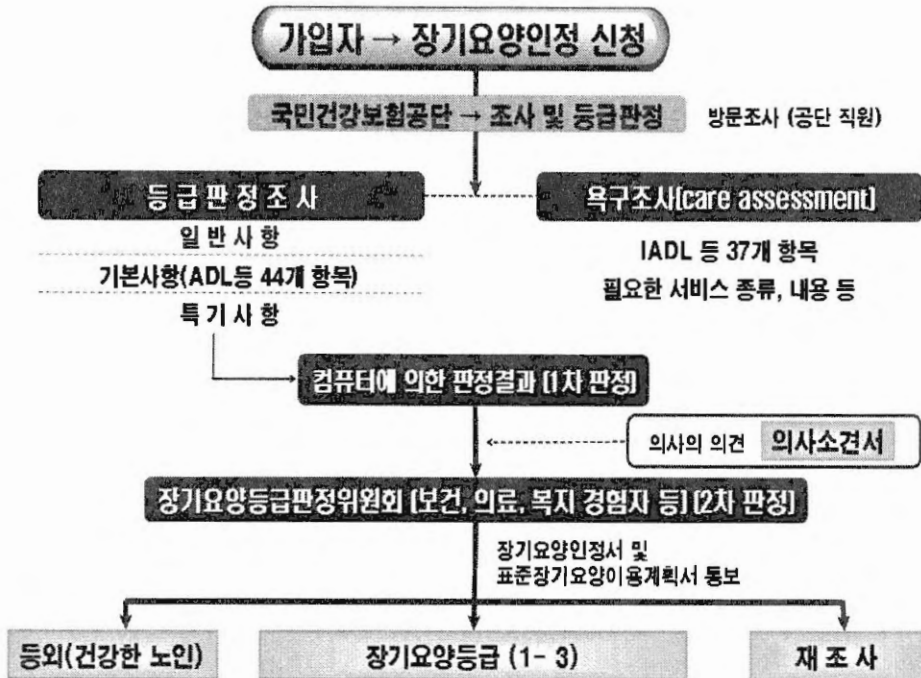
3) 등급판정위원회

노인장기요양보험법 제52조에 의하면, 등급판정위원회는 장기요양인정 및 장기요양 등급 판정 등을 심의하기 위한 목적으로 공단에 두도록 되어 있다. 등급판정위원회는 시군구별로 설치하며, 위원은 보건·의료·복지에 관한 학식과 경험이 풍부한 전문가로 시군구 거주 15인으로 구성한다. 이 중 7인은 시군구청장이 추천하며, 국민건강공단 이사장이 8인을 추천하고, 이들을 국민건강보험공단 이사장이 위촉한다. 그리고 위원장은 시군구청장이 위원 중에서 위촉하도록 이원화 되어 있다.

등급판정위원회는 노인장기요양보험법 시행령(제5조 및 제6조) 및 시행규칙(제5조)에 의해 다음과 같은 역할을 한다.

- ① 1차 평가판정 등급, 방문조사원의 방문조사 결과 및 특기사항, 의사소견서 등의 내용을 검토하여 요양등급 기준에 따라 요양등급 구분
- ② 장기요양 인정 신청, 변경, 갱신 및 위원회가 필요로 하는 사항에 따라 요양등급유효기간 가감조정 등의 사항을 결정함
- ③ 그 외 요양급여이용과 관련한 급여종류 등 위원회의 의견을 제시할 수 있음

< 장기요양인정 절차 >

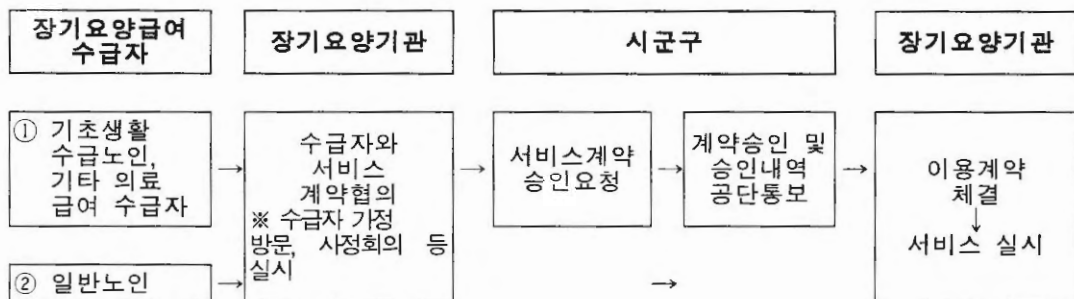


나. 서비스지원 체계

장기요양대상자로 인정받은 자에게는 필요한 서비스를 필요한 만큼 이용할 수 있도록 지원해 주어야 한다. 이는 보험자에게 주어진 역할과 장기요양서비스 공급자에게 주어진 역할로 구분할 수 있다.

보험자는 적절한 범위내에서 서비스를 이용하도록 서비스 목표, 서비스종류 및 필요량, 비용 등을 기재한 표준장기요양이용계획서와 서비스의 원활한 이용에 필요한 정보를 장기요양인정을 받은자에게 제공하고, 필요시에는 서비스 계약지원 등의 이용지원을 적극적으로 수행하고 사후에 이용 및 미이용 실태 모니터링을 통해 월한도액 초과관리 등 적절한 서비스 이용이 이루어지도록 하여야 한다.

장기요양기관은 공단에서 작성하여 서비스이용 대상자에게 통보한 표준장기이용계획서를 참고하여 이용대상자에 대한 통합적 서비스계획(케어플랜)을 수립하여 대상자에게 최적의 서비스를 체계적으로 실시하여야 한다. 그러나 통합적 서비스계획에 필요한 사정도구와 재가 인프라가 구축되어 있지 않은 관계로 공급자에게 주어진 역할을 기대하기에 부족한 측면이 있다. 장기요양수급자별 서비스 이용절차는 다음과 같다.



3. 장기요양 급여 및 지불체계

가. 보험급여의 원칙

장기적 요양보호를 필요로 하는 노인에게 제공하는 서비스를 노인장기요양보험제도에서는 장기요양급여라고 하고 있다. 장기요양급여의 기본원칙으로는 인간존엄과 가치가 존중되는 생활을 할 수 있도록 지원하는 원칙, 이용자의 욕구와 선택을 존중하여 종합적으로 실시하는 이용자 중심의 원칙, 장기요양이 필요한 상태와 정도에 상응하는 급여를 제공하는 급여의 적정성 원칙, 노인이 이제까지 살아온 가정에서 계속생활이 가능하도록 하는 재가급여의 우선 원칙, 예방과 상태악화를 방지하기 위한 의료서비스연계의 원칙을 설정하고 있다.

노인장기요양보험법에 의하면, 신체활동이나 가사활동과 관련성이 없는 행위는 원칙적으로 보험급여에서 제외하여야 하나, 보험급여 중에는 방문간호급여나 요양시설에서의 간호 및 재활서비스가 포함되어 있어 일부 의료적 서비스도 보험급여화 되어 있다.

비록 일상생활동작이나 인지적 기능의 장애로 장기요양급여대상자로 인정받았다고 하더라도 급성기적 질병의 발생으로 인한 치료비는 장기요양보험이 아닌 건강보험의 급여 영역이다.

나. 보험급여 방식 및 적용범위

급여방식에는 현물서비스 또는 현금서비스, 혹은 적절한 혼합형태로 제공하는 방식이 있다. 현물서비스는 필요한 서비스 그 자체를 제공하는데 대해, 현금서비스는 장기요양보호의 수급자나 가족에게 지급하고, 수급자나 가족이 직접적으로 필요한 서비스를 구매하는 방식이다. 현물서비스는 수급자의 자립생활을 보다 충실하게 지원할 수 있으나 선택의 여지는 적고, 현금서비스는 수급자 주권 및 선택권을 강화할 수 있는 장점이 있다. 그러나 현금서비스는 가족의 활동제한이나 장기요양보호에 관련한 부담 측면과 지급되는 현금이 장기요양 급여에 사용여부가 불확실하다는 단점이 있다. 독일의 경우 현금서비스를 폭넓게 인정해 현금급여가 재택급여의 약 85%를 차지하고 있다. 반면에 일본은 현물서비스가 원칙이며 현금급부는 농어촌 등 공급자가 없는 지역 등 매우 한정된 범위에서 예외적으로 인정하고 있다.

최근 사회보험방식의 독립형 장기요양보호제도를 도입한 독일은 의료(Medical)와 장기요양보호(Long-Term Care)를 구분해, 의료는 의료보험으로 제공하고 있으나, 일본은 개호요양형 의료시설에서의 의료서비스는 개호보험제도에서 제공하고 있다.

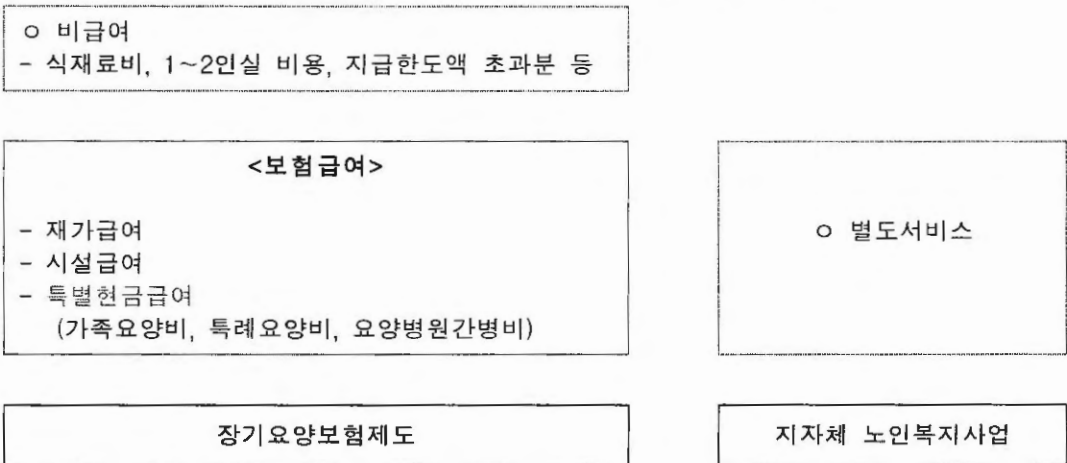
우리나라는 장기요양급여는 현물급여를 원칙으로 하고, 보완적으로 현금급여도 예외적으로 인정하도록 하고 있다. 장기요양급여의 범위는 간병·수발 등의 건강관리와 일상생활에 대한 복지지원서비스를 제공하는 것을 원칙으로 하되 방문간호와 같이 일부 의료서비스도 제공하도록 하고 있다.

보험급여의 적용범위를 설정하는 데에는 급여서비스의 내용과 제공량에 기반을 두고 있다. 먼저 급여서비스의 내용에는 법에서 제시하고 있는 급여가 있고, 장기요양대상자에게 필요성이 인정되지만, 보험재정이나 기타의 요인으로 인하여 인정받지 못한 비급여가 있다. 비급여 항목은 식재료비, 1~2인실 사용료 등이다.

그리고 보험급여로 인정되고 있는 급여서비스이지만, 일정한 범위를 초과하는 서비스량에 대해서도 비급여로 인정되어, 이에 소요되는 비용의 전액을 이용자가 부담하여야 한다. 예를 들면, 재가급여의 경우에는 한 달에 이용할 수 있는 월 급여한도액이 설정되어 있기 때문에 그 한도액을 초과하여 서비스를 받은 경우에는 이에 소요되는 비용의 전액을 이용자가 부담하여야 한다.

이와 같이 급여나 비급여 항목으로 인정받지 못한 서비스는 임의비급여에 해당하여, 이에 소요되는 비용은 수급자에게 청구할 수 없다.

이와 같은 보험급여의 적용범위를 그림으로 설명하면 다음과 같다.



다. 보험급여의 종류

장기요양급여의 종류는 시설급여, 재가급여, 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비 등) 크게 3종으로 정하고 있다. 이 중에서 주된 서비스의 내용은 현물급여인 시설급여와 재가급여의 두 가지 종류이다. 입소시설에서 제공하는 시설급여는 2종, 지역사회에서 제공하는

재가급여는 6종으로 모두 8종으로 계획하고 있다.

이러한 주된 서비스이외 요양병원에 입원한 대상자에게 간병비의 일부를 지원하는 요양병원 간병비, 지정받지 않은 유료수발시설에서 서비스를 받을 경우 지급하는 특례요양비, 부득이 가족으로부터 수발을 받는 경우에 지급하는 가족요양비 등의 현금급여도 제도화하고 있다.

재가급여(6종)	시설급여(2종)	특별현금급여(3종)
① 방문요양	① 노인요양시설	①가족요양비
② 방문목욕	② 노인요양공동생활가정	②요양병원간병비
③ 방문간호		③특례요양비
④ 주야간보호		
⑤ 단기보호(short stay)		
⑥ 기타재가급여(복지용구)		

4. 재정체계

세계 선진국의 제도를 살펴보면 그 나라의 역사적 조건, 사회체제의 성격, 의료체계와 사회보장제도의 형태에 따라 노인장기요양보장의 형태를 각기 달리 발전시켜오고 있음을 발견할 수 있다.

첫째, 국가의 공공적 책임과 정부의 개입 형태가 각각 상이하다. 유럽 제국의 경우 국가의 공공적 책임을 훨씬 더 강조하고 있으며, 정부의 책임이 보다 분명하다. 특히 지방정부가 책임을 지고 이 제도를 운영하고 있는 나라가 많다.

둘째, 노인장기요양보장제도의 자원조달과 관리운영형태가 나라마다 상이하다. 크게 보면 ① 조세방식으로 재원을 조달하고 정부(주로 지방자치단체)가 관리운영하는 나라, ② 사회보험방식으로 재원을 조달하고 별도의 보험자가 관리운영하는 나라, ③ 민간보험, 사회보험, 정부재정 등 혼합방식으로 재원을 조달하고 관리운영은 다원화되어 있는 나라의 세 유형으로 나누어 볼 수 있다. 전통적으로 복지제도가 발달하고 있는 서구국가에서는 주로 조세를 통하여 장기요양서비스를 제공하고 있으며 대표적인 국가는 영국, 스웨덴 등이고, 사회보험이 발달하고 있는 나라에서는 사회보험 형태로 재원을 조달하고 있으며 대표적인 나라는 독일, 일본 등이다.

그리고 사회보험 형태를 띠는 나라는 과거 건강보험으로 한정적으로 제공해 왔지만 최근에는 건강보험과 분리한 새로운 사회보험제도로써 장기요양보험제도를 실시하고 있다.

급여제공형태	서비스 방식			
	조세		사회보험	
	장기요양급여 대상자			
	전체 고령자	저소득층	전체 고령자	저소득층
의료서비스의 일부	덴마크, 핀란드, 뉴질랜드, 스웨덴, 노르웨이, 스페인, 영국		캐나다, 프랑스, 네델란드	
복지서비스		이태리, 영국	호주	프랑스, 미국
독립형			독일, 일본, 오스트리아	

주) OECD Health Data1998-2003.

우리나라 노인장기요양보험제도의 재원조달은 기본적으로 사회보험방식의 보험료로 조달한다. 다만 현행 건강보험제도와 같이 정부가 보험재정의 일정 부분을 부담하고, 서비스를 이용하는 이용자도 일정한 부분을 부담하기로 하고 있다. 보험료는 건강보험제도와 같이 사회연대성 원칙에 따라 전 국민이 부담하는 것으로 하고 있다.

구체적인 보험료부담의 대상자는 국민건강보험의 가입자로 하며, 직장가입자와 지역가입자에 대한 개별보험료는 건강보험제도의 보험료부과체계를 그대로 활용하여 산정한다. 구체적인 보험료액은 건강보험의 보험료액에 장기요양보험료율(2008년 : 4.05%)을 곱하여 산정한다.

장기요양보험료율은 재정소요에 따라 장기요양위원회에서 결정한다. 보험료의 부과와 징수도 건강보험료와 함께 일괄 부과징수하도록 하고 있다. 수급자는 급여대상인 항목에 대한 장기요양급여비용 중 재가의 경우 15%, 시설의 경우 20%를 부담한다. 단, 월 급여한도액이 있어서 이를 초과하는 금액은 전액 본인이 부담한다. 의료급여수급권자, 소득·재산 등이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 일정 금액 이하인 자, 천재지변 등 보건복지부령으로 정하는 사유로 인하여 생계가 곤란한 자는 이러한 본인부담금의 절반만을 부담한다.(기초수급권자는 본인부담금 없음)

국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 공단에 지원한다. 국가와 지방자치단체는 국민기초생활수급권자, 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 국민건강보험공단이 부담하여야 할 비용과 관리운영비의 전액을 부담한다.

장기요양급여의 비용을 지급하기 위하여 장기요양급여의 수가체계를 따로 마련하고 있다. 장기요양 서비스별 특징과 서비스이용량(자원소모량)에 따른 수가의 차등화가 반영될 수 있는 재가수가 및 시설수가 체계를 마련하고 있다. 구체적인 수가는 등급별, 서비스별 일당 혹은 방문당 수가를 책정하는 것으로 한다. 이 수가는 건강보험과 마찬가지로 매년 정부에서 결정하여 고시하도록 하고 있다.

다. Ⅲ. 노인장기요양보험제도의 도입 의미

1. 도입의 의의

종전에 저소득층(기초수급자등)을 대상으로 공급자 중심으로 제한적 서비스를 제공하였던 공적부조사업을 일반국민을 대상으로, 수요자 선택권을 보장하면서 다양하고 전문적인 서비스를 제공하는 사회보험 체계로 전환하였다는데 있다.

지금까지 가족영역에 맡겨져 왔던 고령, 치매, 중풍 등 장기간병, 장기요양 문제를 사회연대원리에 따라 국가와 사회가 분담하게 되었으며, 직접 장기요양서비스를 받는 노인뿐만 아니라 가정에서 수발을 직접 담당하던 중장년층과 자녀 등 모든 세대, 모든 가족구성원 모두를 위한 제도라는데 있다.

1세대 노인들은 더 이상 자식들에게 부담을 주지 않고 계획적 전문적 장기요양서비스를 받을 수 있어 품위 있게 노후를 보낼 수 있게 되었고, 장기요양을 직접 담당하던 2세대 중장년층은 정신적, 육체적, 경제적 부담에서 벗어나 경제, 사회활동에 전념할 수 있게 되었으며, 3세대 자녀들도 장기요양부담이 해소된 가정에서 더 나은 교육과 보살핌을 받을 수 있게 되었다.

가. 노인의 삶의 질 향상	○ 비전문적 가족 요양 → 계획적 전문적 요양, 간호 ○ 신체기능 호전, 사망률 감소, 삶의 질 향상
나. 가족의 부양부담 경감	○ 유료요양시설은 급여비용의 20% 부담, 월 100~200만원 → 40~60만원(식비 포함) ○ 재가서비스는 월 한도액 범위 내 사용금액의 15% 부담
다. 여성 등의 사회경제활동 활성화	○ 여성 등 비공식 요양인의 기회비용과 노동손실 감소 ○ 사회 전체적인 경제적 편익과 경제·사회활동 증가
라. 사회서비스 일자리 확대 및 지역경제 활성화	○ 요양보호사, 간호사 등 약 4만명이상의 고용창출효과 기대('08년) ○ 지역 요양시설 확대 '06년 815개소 → '08년 1,543개소
마. 노인의료 및 요양전달 체계 효율화	○ 급성기 병상 → 요양병원 → 요양시설로 서비스 전달체계가 효율화되고, 노인의료비 절감효과도 기대

2. 노인장기요양보험제도가 사회복지서비스에 미칠 영향

가. 서비스 제공형태의 변화

1) 서비스 대상의 확대

국고지원금에 의해 빈곤층에 국한하여 잔여적으로 이루어지던 서비스 제공에서 사회보험에 기반한 보편적 서비스 제공체계로의 전환이다. 지금까지 노인복지법에 의거하여 빈곤

총인 국민기초생활보장 수급자 노인 중 장기요양이 필요한 노인들에게만 극히 선별적(selective)으로 이루어지던 노인장기요양서비스가 이제는 장기요양이 필요한 노인들이라면 소득계층에 관계없이 보편적(universal)으로 서비스를 제공받을 수 있게 되었음을 의미한다.

2) 서비스 구매방식으로 변화

다수의 서비스제공자가 공급자로 참여하는 장기요양서비스 시장에서 수급자가 서비스를 선택하여 서비스 제공자로부터 서비스를 구매하는 방식으로의 변화이다.

3) 수급자 선정절차의 변화

수급자격 심사 없이 빈곤층 서비스대상자에 대한 일방적 지원방식으로 이루어졌으나, 제도 도입으로 통일적이고 표준화된 욕구평가도구로 수급자격을 심사하여 대상자를 선정하게 된다.

나. 서비스제공기관에 대한 변화

1) 운영비 지원 방식의 변화

일반조세에 의한 포괄적 국고보조금 지원방식에서 사회보험에 의한 서비스실적에 따른 수가지불방식으로 변경된다. 과거는 직종별 배치인력에 대한 인건비, 관리운영비, 저소득층 노인 생계비가 각각 보조금으로 지불되는 구조로 현원이 정원을 완전히 채우지 않더라도 기관을 안정적으로 운영하는데 큰 지장이 없는 상황이었다. 그러나 노인장기요양보험제도의 도입으로 서비스 대상을 얼마나 확보하느냐 하는 소위 '클라이언트 마케팅'이 중요해지며, 서비스 대상자수와 중증도 분포(care mix)를 어떻게 관리하느냐 하는 것이 기관의 안정적 운영과 직결되게 되었다.

2) 독점 서비스공급체계에서 다수의 경쟁적 서비스공급체계로 변화

과거 독점적 서비스 제공자의 역할 수행을 통한 안정적 운영이 보장되었으나 다수의 서비스 제공기관 간 경쟁체계로 전환된다. 즉, 기존에 서비스를 제공하던 기관의 기득권이 해체되고, 공적기관과 비영리민간, 영리민간의 구분도 무의미하며, 이용자의 비용부담 수준에 따른 무료, 실비, 유료의 노인복지시설 구분도 없어진다.

다. 수급자에 대한 변화

노인장기요양보험의 수급자격을 평가하는 인정조사 및 등급판정위원회의 판정을 통하여 수급권자를 가려내게 되며, 수급자가 일방적으로 서비스를 받는 형태에서 수급자가 선택권을 갖고 서비스 공급자를 선택할 수 있는 체계로 변화하게 된다.

【 노인복지 제도와 장기요양 서비스 이용절차 비교 】

[노인복지모형]	업무내용	[장기요양보험 모형]
시군구에 서비스 신청	장기요양인정 신청	대상자 인정 여부에 대한 본인 등의 신청
없 음	방문조사	조사원 조사(운영센터)
지자체 결정	장기요양등급 판정	등급판정위원회
지자체 → 본인 및 시설	판정결과장기요양급여 종류 및 내용 통지	운영센터 → 본인
없 음	계획서 작성제공	표준장기요양이용계획서 작성
지자체 결정에 따름	장기요양서비스 계약이용	본인 ↔ 제공기관 계약
분기별 정액지원	급여비용 청구지급	심사지급(건보공단 본부)

3. 노인장기요양보험과 건강보험의 차이

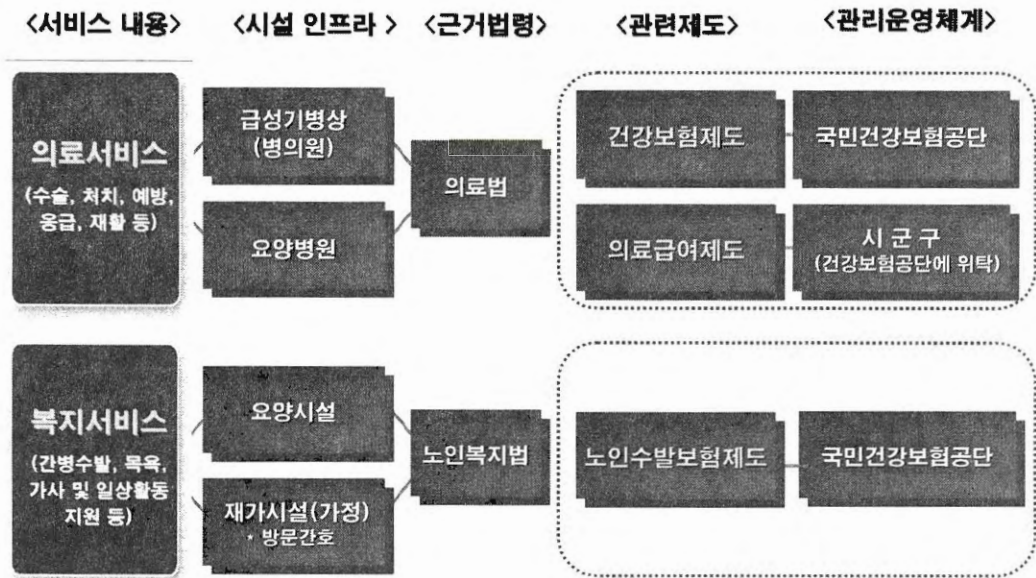
건강보험은 질병·부상이 있는 자에 대한 치료(의료서비스)를 목적으로 하고, 노인 장기요양보험은 노화 또는 노인성 질병으로 인한 신체·정신 기능의 쇠퇴로 인한 거동불편 자에 대한 신체활동 및 일상 가사 지원(주로 복지 서비스)이 주 목적이다.(방문간호 등 일부 의료적 영역은 서비스에 포함)

건강보험은 질병이나 부상이 발생한 자가 본인 및 의사의 판단에 따라 의료서비스를 실시한다. 장기요양보험은 자신의 신체적 능력으로 일상적인 활동이 불가능한 자에 대한 사회적 보호를 사회적 위험(Social risks)으로 인식, 소정의 등급인정을 받은 자에 대하여 서비스를 실시한다.

건강보험은 의학적으로 질병이나 부상의 치료 종료시까지 급여 상한없이 급여가 이루어 지는 반면 노인장기요양보험은 ‘월 한도액’이라는 지급 한도액을 설정, 그 범위내에서 급여가 이루어 진다. 즉 건강보험은 최적수준(Optimum)의 보장을 지향하나 노인장기요양보험은 최저 또는 기본보장(National Minimum)을 추구한다.

급여 제공인력에 있어 건강보험은 의료인(의사, 약사, 간호사 등)이 주로 담당하나 장기요양보험은 장기요양요원(요양보호사, 간호사 등)이 주로 담당한다.

〈건강보험 vs 노인장기요양보험체계 비교도〉



라. IV. 한국 장기요양보험제도의 특징과 문제점

1. 한국 장기요양보험제도의 특징

장기요양보험제도의 도입 목적은 법안에서도 볼 수 있듯이 “고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 그 목적으로 하고 있음”을 제1조에서 명시하고 있다. 즉, 노인장기요양보험제도를 도입한 목적은 노후의 생활 안정과 가족의 부담 경감에 있다. 서비스 내용은 장기요양급여의 대상은 이용자 본인이고, 급여의 내용도 이용자 본인의 신체적 활동이나 가사를 지원하기 위한 것이어야 한다.

장기요양급여의 제공원칙으로 의료서비스와 연계하여 제공하여야 한다고 법 제3조 제3항에서 명시하고 있다. 장기요양급여와 의료서비스와의 연계 취지는 장기요양대상노인 대부분은 만성질환을 갖고 있으므로 의료와 장기요양서비스를 같이 받기를 원하는 측면과 의료와 장기요양서비스가 유기적으로 이루어져야 고객만족과 서비스 질을 높일 수 있음을 고려한 것이다. 장기요양보험의 서비스에 방문간호가 있으며, 요양시설에서도 간단한 기초적인 의료는 실시하고 있으므로 의료와의 연계가 이루어지게 된다.

법 제4조에서 공단이 보험자의 지위로서 가입자 보호 및 재정절감 차원의 노인성질환 예방사업을 수행하도록 하고 있고, 지방자치단체에도 노인성질환예방사업을 할 수 있도록 하고 있다.

그리고 일본과는 달리 가족수발의 전통 “효” 사상 계승, 시설인력인프라 부족문제 해소, 서비스 선택권 확대 등의 차원에서 가족 등으로부터 수발을 받는 자에게 현금으로 비용을 지급하는 가족요양비 제도를 도입하고 있다. 가족요양비 제도는 여러 장점에도 불구하고, 서비스 실시여부 확인 곤란, 가족의 경비지원제도로 변질될가능성 상존, 요양서비스 질 저하 우려 등 가족의 부양 부담을 덜어주는데 역행한다는 비난소지가 있다.

이러한 한국의 장기요양보험제도는 일본과 독일의 장기요양보험제도를 많이 참고하여 설계하였다. 그러나 여러 가지 면에서 일본, 독일 제도와 차이를 보이고 있다.

구 분	일 본	독 일	한 국
적용대상	-65세 이상 -40세이상 노인성 질환자 ※인정범위 : 경증자까지	-전국민 ※인정범위 : 경증자까지	-65세 이상 -65세미만 노인성 질환자 ※인정범위 : 중등증이상
보험료	-40세 이상 부담	-전국민 부담	-전국민 부담
관리운영	-건강보험 보험자 담당	-건강보험 보험자 담당	-건강보험 보험자 담당
급여범위	-현물급여 -의료서비스 포함	-현물급여, 현금급여 -의료서비스 포함	-현물급여, 현금급여 -의료서비스 미포함
방문조사	-시정촌직원 또는 개호지원전문원	-MDK 소속 의사, 간호사	-공단 직원(간호사, 사회복지사 등)

2. 한국 장기요양보험제도의 문제점

일본, 독일과의 비교를 통해 볼 때 한국의 장기요양보험제도가 다음과 같은 문제점을 가지고 있다.

첫째, 서비스 대상범위가 너무 좁다. 보건복지가족부의 수정추계를 보면 2008년 서비스대상 범위를 175,000명으로 하고 있다. 일본이 개호보험을 시작한 2000년의 서비스 대상자는 당시 65세 이상의 노인인구(21,650천명)의 10.1%인 2,182천명이며, 우리나라의 1-3등급에 해당하는 요개호 3-5등급자도 65세 인구의 4.3%인 946천명에 달했다. 반면에 한국은 시행 첫해인 2008년 1-3등급 대상자를 65세 노인인구의 3.3%인 175,000명으로 협소하게 적용하고 있다. 이와 같은 서비스 대상자 협소의 문제를 해결하기 위해 최근 보건복지가족부는 2010년 서비스 대상자를 4등급까지 확대하여 노인인구의 4.8%인 약 250,000명까지 적용하겠다고 밝히고 있으나 서비스 대상 확대는 필연적으로 보험료부담의 증가가 수반되는 문제점을 안게 된다.

둘째, 서비스 대상범위는 주로 65세 이상 노인층임에도 불구하고 비용조달은 전국민을 대상으로 하고 있음으로 수혜대상은 전국민의 0.3%에 불과함으로 인해 서비스 대상자가 없는 젊은

총을 중심으로한 보험료 납부저항이 예상된다.

셋째, 인프라 부족 문제이다. 정부에서 인적, 물적 인프라를 지속적으로 확충하고 있으나 제도 초기 입소시설의 부족, 요양보호사의 단기적 양산으로 인한 질적 수준 저하 등 문제점이 있다. 건강보험 제도는 물적, 인적 인프라가 구축된 상황에서 준비되었으나 노인장기요양보험제도는 제도설계와 동시에 인프라를 구축함으로써 여러 어려움이 나타나고 있다. 보건복지가족부는 요양시설 총족율을 2008년 6월 기준으로 전국 93%(수도권 85%), 2008년말 기준으로는 100% 총족이 가능한 것으로 보고 있고, 민간 재가인프라 확충을 위해 권역별 사업설명회를 개최한바 있다. 그러나 시도별 총족률이 많은 편차를 보이고 있다. 서울의 경우 입소시설이 절대 부족하고, 농어촌 지역은 재가장기요양기관이 상대적으로 부족하다. 그리고 직접 서비스 인력인 요양보호사 교육기관의 난립에 따른 공급과잉과 서비스 질의 부실화를 우려하는 목소리가 높아지고 있다.

넷째, 재활 및 예방급여가 없거나 부족하다. 공단의 3차 시범사업 등급판정 완료자의 주증상 분석자료에 의하면 1~3등급자의 주증상은 치매, 중풍의 빈도가 높은 반면에, 등급외자는 관절염이 제일 많았고 그 다음으로 요통, 고저혈압의 순이었다. 즉, 치매, 중풍 등을 앓고 있는 자들은 등급인정을 받았고, 관절염 등 근골격계 질환, 고저혈압 등이 주증상인 자는 대부분 등급외 판정을 받았다. 등급외자가 가진 질환은 사전 관리를 충실히 하면 충분히 예방 가능한 증상들이다. 그러나 장기요양보험법에 노인성질환예방사업을 지자체 또는 공단이 할 수 있도록 하고 있으나 구체적인 실행방안이 정해지지 않은 상태이다. 즉, 재활급여를 통한 기능회복이나 예방급여를 통한 높은 등급으로의 진입방지 기능이 준비되지 않은 실정이다.

3. 한국 장기요양보험제도의 추진과제

장래 지향적인 노인장기요양보험제도를 위한 추진과제를 다음과 같이 제시할 수 있다.

첫째, 장기요양 수혜범위를 재정부담을 고려하여 점차적으로 확대하되, 꼭 필요한 수요를 적절하게 관리할 수 있는 장치가 필요하다. 인구고령화, 후기노령인구의 증가 등으로 인해 전반적인 수요는 자연적으로 증가하게 되는데, 이는 정책적으로 통제하기 어려운 요소이다. 자연적인 증가요소가 아닌 인위적인 수요, 즉 경증상태 노인의 등급인정을 받기 위한 가장행위 등 도덕적 해이 현상을 바로잡기 위한 대책이 필요하다. 이를 위해 인정도구의 전문화·객관화를 통해 서비스공급자 등에 의한 중증상태로의 유도를 제어할 수 있는 장치가 필요하다. 그리고 서비스 확대에 필요한 자원 부담을 덜기 위해 꼭 필요한 범위내에서 서비스가 이루어지도록 장기요양급여 표준모델을 다양하게 개발하고 주기적인 급여모니터링체계를 갖추어 불필요한 비용의 낭비를 막아야 한다.

둘째, 자원의 안정적 확보를 위해 장기요양보험료 부과에 따른 대국민 홍보와 설득을 강화해야 한다. 특히, 노인을 모시지 않는 가정이나, 젊은세대의 장기요양보험료에 대한 반발이 예상되는바, 장기요양보험제도는 급속히 고령화 되는 우리사회에서 어느 가정에서나 닥칠 수 있는 장기요양 문제를 사회적 연대원리에 의해 해결하는 제도로, 젊은 세대의 안정적 생활을 위해서도 반드시 도입되어야 하는 사회보험이라는 취지를 적극적으로 홍보하여야 한다.

이를 위해 제도도입 시기별로 제기될 수 있는 쟁점별 홍보 전략을 체계적으로 마련하여 보험료 부담에 대한 국민적 공감대 형성을 유도하여야 한다.

셋째, 장기요양관련 인적, 물적인프라의 균형적 확보와 서비스의 질 유지가 필요하다.

도농간 시설의 균형배치, 민간의 참여 유도를 위해서는 인력배치기준 조정, 적정이윤 보장을 위한 수가체계 개편 등이 필요하며, 공단이공단직영 병원인 일산병원을 건립한 것과 같이 인프라 부족 지역에 공단 직영 장기요양기관을 설립하는 방안을 모색할 필요가 있다. 그리고 서비스 제공수준 향상을 위해 노인장기요양보험법에 명시된 장기요양기관 평가를 제도 초기에 적극적으로 실시하여 각 장기요양기관이 평가기준을 충족하도록 함으로써 수요자에게 제공되는 서비스의 질을 직접적으로 향상시키도록 유도하는 한편, 평가 결과를 공표하고 기관간의 평가결과를 비교할 수 있도록 함으로써 소비자의 선택을 지원할 필요가 있다.

넷째, 등급외자에 대한 등급내 진입방지 대책이 마련되어야 한다. 특히 심신기능 양호자의 등급진입을 위한 도덕적 해이를 막기 위해서는 이들이 필요로 하는 서비스를 개발하여 지원할 필요성이 있다. 1단계로 건강상태 유지를 위해 전국민을 대상으로 하는 건강증진사업을 건강보험공단에서 실시하고 있는 노인건강교실 등 건강증진사업과 연계하여 실시하는 한편, 국가에서 실시하는 노인돌보미 사업과 보건소, 노인복지관 등에서 제공하는 각종 보건사업 등 지역사회 자원을 적극적으로 활용할 필요가 있다. 2단계로 등급외자의 등급내 진입을 방지하기 위해 일본의 요지원 등급자에 대한 예방급여와 같이 경증자에게 정서지원, 운동·재활지원, 건강증진 서비스 등을 제공한다. 3단계로 등급내자의 중증화 방지를 위해 재활급여 등 급여종류 확대와 더불어 서비스 기관의 서비스 질 향상 유인책(법제38조 제3항의 급여비용의 가산 또는 감액 조정지급 방안 실행 등)이 필요하다.

《참고문헌》

- 국민건강보험공단. 2006. 노인장기요양보험 교육교재
- 국민건강보험공단. 2007. 노인장기요양보험 교육교재
- 국민건강보험공단. 2006. 독일보건사회보장의 수발보험발전에 관한 제3차 보고서
- 국민건강보험공단. 2006. 일본개호보험의재출발
- 국민건강보험공단. 2007. 노인수발보험제도의 안정적 실행을 위한 정책토론회
- 국민건강보험공단, 보건복지부. 2007. 노인장기요양보험제도 제3차 시범사업 장기요양인정·서비스지원업무 세 매뉴얼
- 보건복지부 공적노인요양보장실행위원회. 2005. 공적노인요양보장제도 실시모형개발 연구
- 보건복지부. 2005. 독일수발보험 자료집
- 보건복지부. 2005. 일본개호보험 자료집(1~3)
- 보건복지부. 2007. 노인장기요양보험법령집
- 보건복지부. 2006. 노인수발보험법설명자료
- 대한간호협회, 보건복지부. 2007. 간호수발서비스 질평가 도구 개발
- 정경희 외. 2005. 공적노인요양보장제도 평가판정 체계 및 급여수가 개발. 한국보건사회연구원, 보건복지부,
- 선우덕 외. 2006. 노인수발보험시범사업평가연구(1차). 한국보건사회연구원, 보건복지부선우덕 외. 2007. 노인장기요양보험시범사업평가연구(2차- I). 한국보건사회연구원, 보건복지부
- 최병호 외. 2007. 노인장기요양보험시범사업평가연구(2차- II). 한국보건사회연구원, 보건복지부
- 임정기 외. 2007. 등급판정위원회 운영 및 심사지표 개발에 관한 연구. 보건복지부, 백석대학교
- 선현규 외. 2006. 일본의개호보험제도. 학현사
- 차홍봉 외. 2006. 노인수발보험의 관리운영체계와 지역사회 중심형 케어매니지먼트 체계 개발 연구, 한림대학교, 삼육대학교, 한국고령사회연구센터
- 연세대학교 의료복지연구소. 2008. 요양예방 및 요양관리: 한일비교

노인장기요양보험 한의사소견서 작성요령1 (중풍, 운동장애)

안정조 (대전대학교 한의과대학 교수)

노인장기요양보험 한의사소견서 작성요령2 (치매, 진전)

김근우 (동국대학교 한의과대학 교수)

I. 노인장기요양보험 한의사소견서 작성의 목적



1. 목적

노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶을 향상시키기 위해 제정된 노인장기요양보험제도 시행에 따른 급여 신청자를 판정하기 위해 전문의료인으로서 심신질환과 이에 따른 기능 및 장애정도를 평가하며 장기요양신청자의 적절한 등급판정과 요양계획을 수립하는데 적극적인 지원을 한다.

2. 구체적 목적

- 1) 장기요양 대상자가 보유한 노인성질환 및 추가 발생 질병 또는 합병증의 한의학적 관리와 치료를 위한 전문의료인으로서의 역할
- 2) 의학적 치료 및 간호수발이 필요한 질환자에 대한 치료 기회 제공과 만성 및 급성질환의 장기 방치에 따른 위험성 예방
- 3) 1차 방문 조사원의 주관개입, 판단착오 등에 대한 한의학적 의견 제시로 장기요양서비스에 대한 신뢰성 제고
- 4) 장기요양 수급대상자의 등급판정에 대한 객관적이고 정확한 의견제시 및 장기 만성질환으로 발생하는 후유장애에 대한 효율적 관리를 위한 평가 자료로 활용
- 5) 장기요양서비스 수급대상자의 질환 판정을 통해 드러난 장애 질환 및 고령자의 건강관리에 대한 한의학의 역할 및 한의사 역할 증대
- 6) 정부의 국민보건의료정책에 대한 의료전문가로서의 의견 제시 및 협력체제 유지

Ⅱ. 노인장기요양보험 의사소견서 서식



[별지 제2호서식]

(제1쪽 앞면)

의 사 소 견 서

유효기간: 발급일로부터 30일

※ 담당의사는 소견서 내용에 빠짐없이 기재하여 주시기 바랍니다.

신청인 (본인)	성 명		주민등록번호	-	(세)
	주 소	(전화번호)			
발급구분	<input type="checkbox"/> 65세 이상자		<input type="checkbox"/> 65세 미만자		

☞ 65세 미만자에 한하여 기입하며, 해당하는 질병에 √표 체크하여 주시기 바랍니다.

구분	질병명	질병코드
한국표준질병 · 사인분류	알츠하이머병에서의 치매	<input type="checkbox"/> F00
	혈관성 치매	<input type="checkbox"/> F01
	달리 분류된 기타 질환에서의 치매	<input type="checkbox"/> F02
	상세불명의 치매	<input type="checkbox"/> F03
	알츠하이머병	<input type="checkbox"/> G30
	거미막밑 출혈	<input type="checkbox"/> I60
	뇌내출혈	<input type="checkbox"/> I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	<input type="checkbox"/> I62
	뇌경색증	<input type="checkbox"/> I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	<input type="checkbox"/> I64
	대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	<input type="checkbox"/> I65
	대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	<input type="checkbox"/> I66
	기타 뇌혈관 질환	<input type="checkbox"/> I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	<input type="checkbox"/> I68
	뇌혈관 질환의 후유증	<input type="checkbox"/> I69
한국표준질병 · 사인분류 (한의)	파킨슨병	<input type="checkbox"/> G20
	속발성 파킨슨증	<input type="checkbox"/> G21
	달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	<input type="checkbox"/> G22
	기저핵의 기타 퇴행성 질환	<input type="checkbox"/> G23
	매병, 노망	<input type="checkbox"/> 자01
	졸중풍	<input type="checkbox"/> 다04
	중풍후유증	<input type="checkbox"/> 다06
	진전(振顛)1	<input type="checkbox"/> 다05
	진전(振顛)2	<input type="checkbox"/> 차02.2

- ※ 1) 65세 미만자 중 상기 질병에 해당하는 경우에 한하여 장기요양인정 신청자격이 부여됩니다.
 * 신청인이 다른 진단서 등에 의해 노인성질병임을 이미 진단받아 장기요양인정신청자격을 부여받은 경우에는 위 진단표를 기재하지 않을 수 있습니다.
- 2) 65세 미만자 중 상기 질병에 해당하는 경우에는 뒷면의 사항을 빠짐없이 기재하여 주시고, 상기 질병에 해당하지 않는 경우에는 하단의 사항을 작성하지 아니합니다.
- 3) 상기 질병에 해당하지 않는 경우 진찰료 등 실비는 공단이 부담하지 아니하며 전액 신청인(본인)이 부담하여야 하며, 상기 질병에 해당하는 경우에도 진찰료 외 진단에 소요되는 검사비용 등은 신청인(본인)이 부담하여야 합니다.
- 4) 노인성질병의 진단은 위 진단표 이외에 진단서 등으로도 할 수 있습니다.

210mm×297mm[일반용지60g/m²(재활용품)]

1. 장애의 직접적인 원인이 되는 상병에 대한 의견

가. 기능장애 원인 진단명 및 발병연월일			
1. _____	발병연월일(	년	월 일경)
2. _____	발병연월일(	년	월 일경)
3. _____	발병연월일(	년	월 일경)
나. 상기 질환의 현재 치료내용			
다. 향후 상태의 변동성			
<input type="checkbox"/> 호전 가능 <input type="checkbox"/> 현 상태 유지 <input type="checkbox"/> 악화 가능 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 ▪ 판단 이유:			

2. 심신상태에 관한 의견

가. 신체상태

1) 근 력

구 분	좌 측				우 측			
상 지	(5 4)	(3 2)	(1 0)		(5 4)	(3 2)	(1 0)	
하 지	(5 4)	(3 2)	(1 0)		(5 4)	(3 2)	(1 0)	

2) 관절운동 범위

상 지	<input type="checkbox"/> 정상	제한 (어깨관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우, 팔꿈치관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우, 손목·손가락관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우)
하 지	<input type="checkbox"/> 정상	제한 (고관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우, 무릎관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우, 발목관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우)
관절의 통증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (부위: _____)	
의학적 관절 움직임 제한	이유: _____	
사 지 결 손	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (부위: _____)	

3) 운동상태

보 행	<input type="checkbox"/> 가능 <input type="checkbox"/> 부분적 가능 <input type="checkbox"/> 불가능
실조 또는 운동이상(진전 등)	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 평가할 수 없음
서동증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 평가할 수 없음
의학적 보행 제한 필요성	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
필요한 경우 이유: _____	

나. 정신상태

1) 인지기능

의사소통 능력	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 부분적 기능	<input type="checkbox"/> 불가능
단기 기억력	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 경미한 장애	<input type="checkbox"/> 심한장애
장기 기억력	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 경미한 장애	<input type="checkbox"/> 심한장애
장소 지남력	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 경미한 장애	<input type="checkbox"/> 심한장애
판단력	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 경미한 장애	<input type="checkbox"/> 심한장애

2) 문제행동 유무

<input type="checkbox"/> 없음	
<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 망상 <input type="checkbox"/> 환각 <input type="checkbox"/> 수면장애 <input type="checkbox"/> 서성거리며안절부절못함 <input type="checkbox"/> 길을 잃음
	<input type="checkbox"/> 공격적, 파괴적 행동 <input type="checkbox"/> 밖으로 나가려함 <input type="checkbox"/> 돈/물건 등 감추기
	<input type="checkbox"/> 부적절한 옷 입기 <input type="checkbox"/> 불결한 행동 <input type="checkbox"/> 거부증 <input type="checkbox"/> 우울 기분
	<input type="checkbox"/> 기타 특이 증상:

다. 일상생활 자립도

장애노인	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 생활자립	<input type="checkbox"/> 준 이상상태	<input type="checkbox"/> 완전 이상상태
치매노인	<input type="checkbox"/> 자립	<input type="checkbox"/> 불완전자립	<input type="checkbox"/> 부분의존	<input type="checkbox"/> 완전의존

3. 의료적 처치 필요항목

기관지절개	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	도뇨관	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
욕창	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	장루	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
경관영양	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	당뇨발 및 그에 준하는 피부질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
암성통증 및 그에 준하는 통증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	기타()	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
비고			

※ 해당 항목의 중증도 등 상세하게 기록
 (예 • 통증: 부위, 통증조절방법, 원인 • 욕창 · 피부질환: 부위, 경과 등)

Ⅲ. 노인장기요양보험 한의사소견서 내용의 항목별



☞ 65세 미만자에 한하여 기입하며, 해당하는 질병에 √표 체크하여 주시기 바랍니다.

구분	질병명	질병코드
한국표준질병 · 사인분류	알츠하이머병에서의 치매	<input type="checkbox"/> F00
	혈관성 치매	<input type="checkbox"/> F01
	달리 분류된 기타 질환에서의 치매	<input type="checkbox"/> F02
	상세불명의 치매	<input type="checkbox"/> F03
	알츠하이머병	<input type="checkbox"/> G30
	거미막밑 출혈	<input type="checkbox"/> I60
	뇌내출혈	<input type="checkbox"/> I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	<input type="checkbox"/> I62
	뇌경색증	<input type="checkbox"/> I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	<input type="checkbox"/> I64
	대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	<input type="checkbox"/> I65
	대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	<input type="checkbox"/> I66
	기타 뇌혈관 질환	<input type="checkbox"/> I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	<input type="checkbox"/> I68
	뇌혈관 질환의 후유증	<input type="checkbox"/> I69
한국표준질병 · 사인분류 (한의)	파킨슨병	<input type="checkbox"/> G20
	속발성 파킨슨증	<input type="checkbox"/> G21
	달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	<input type="checkbox"/> G22
	기저핵의 기타 퇴행성 질환	<input type="checkbox"/> G23
	매병, 노망	<input type="checkbox"/> 자01
	졸중풍	<input type="checkbox"/> 다04
	중풍후유증	<input type="checkbox"/> 다06
	진전(振顫)1	<input type="checkbox"/> 다05
	진전(振顫)2	<input type="checkbox"/> 차02.2

- ※ 1) 65세 미만자 중 상기 질병에 해당하는 경우에 한하여 장기요양인정 신청자격이 부여됩니다.
 * 신청인이 다른 진단서 등에 의해 노인성질병임을 이미 진단받아 장기요양인정신청 자격을 부여받은 경우에는 위 진단표를 기재하지 않을 수 있습니다.
- 2) 65세 미만자 중 상기 질병에 해당하는 경우에는 뒷면의 사항을 빠짐없이 기재하여 주시고, 상기질병에 해당하지 않는 경우에는 하단의 사항을 작성하지 아니합니다.
- 3) 상기 질병에 해당하지 않는 경우 진찰료 등 실비는 공단이 부담하지 아니하며 전액 신청인(본인)이 부담하여야 하며, 상기질병에 해당하는 경우에도 진찰료 외 진단에 소요되는 검사비용 등은 신청인(본인)이 부담하여야 합니다.
- 4) 노인성질병의 진단은 위 진단표 이외에 진단서 등으로도 할 수 있습니다.

1. 장애의 직접적인 원인이 되는 상병에 대한 의견

노인장기요양보험의 대상은 65세 이상 노인 및 65세 미만 중 노인성질환을 앓고 있는 장기 환자들이다. 노인성질환으로 우선 선정된 질환은 老妄, 呆病(癡呆), 中風, 中風後遺症, 振顫 등이며 이 중 질환의 경중 및 장애의 정도에 따라 상병을 작성한다. 특히 일상생활수행능력 감소의 직접적인 원인이 되는 병명과 그 과정을 정확히 기술하여 질병 예후에 대한

자료로 제공해야 한다.

노인성질환의 특징은 한 사람이 여러 질환을 가지고 있고, 질환의 형태가 젊은 성인과 다르며, 症候가 非典型的이어서 정확한 임상진단이 어렵고, 각종 代謝異常이 잘 나타나며 약물에 대한 흡수 및 배설기능이 저하되어 여러 부작용 등이 나타나기 때문에 이에 대한 치료 및 관리는 환자의 전신 상태, 陰陽均衡 및 精, 氣, 神의 過不足을 반드시 체크해야 한다. 이런 점들이 상병에 대한 한의학적 기술 요령에 해당된다.

가. 기능장애 원인 진단명 및 발병연월일				
1.	_____	발병연월일(	년	월 일경)
2.	_____	발병연월일(	년	월 일경)
3.	_____	발병연월일(	년	월 일경)
나. 상기 질환의 현재 치료내용				
다. 향후 상태의 변동성				
<input type="checkbox"/> 호전 가능 <input type="checkbox"/> 현 상태 유지 <input type="checkbox"/> 악화 가능 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 • 판단 이유;				

가. 기능장애 원인 진단명 및 발병연월일

- 5대 질환(중풍, 중풍후유증, 진전, 매병, 노망)중 중풍 및 중풍후유증, 진전, 매병의 3개 군으로 나누어서 현재 가장 직접적인 관련이 되는 질환을 우선 표기한다.
예) 매병(예:알츠하이머씨치매), 중풍, 중풍후유증, 진전(예:파킨슨씨병), 노망 등
- 중풍은 “人有卒暴疆仆 或偏枯 或四肢不舉 或死 或不死者 世以中風呼之”라 정의되는데 대부분 憂思怒, 飲食不節, 恣酒縱慾 등의 원인으로 발병하며, 의식장애(暴仆·卒暴僵仆·不知人·不省人事·暈倒·昏不知人·精神夢寐), 운동장애(偏枯·四肢不舉·手足癱瘓·半身不遂·口眼喎斜), 언어장애(舌強不語·暴瘖·言語蹇澀) 등의 증상이 갑자기 오거나 때로는 약간의 시간을 두고 오는 것을 말한다. 발병이 갑작스럽고 변화가 빨라 “善行而數變”인 風邪의 특성과 유사하여 中風이라 불린다.
- 중풍후유증이란 중풍이 발병하여 나타난 증상이 완치되지 않고 일정기간 유지되거나 또는 지속적으로 남는 것을 말한다.

- 진전이란 震顛, 振掉, 顛振, 顛證에 해당되며, 대개 上下肢의 말단부위에서 볼 수 있는 불수의 운동으로 일상생활을 할 수 있는 정도의 머리의 흔들림이나 손발이 약간 떨리는 정도의 가벼운 것에서부터 심한 경우는 머리를 아주 심하게 흔들고 심지어 癱攣하는 양상의 동작을 보이는 것까지 그 정도가 다양하며, 때로는 強直이나 四肢拘攣을 겸하기도 한다.
노인에게서 주로 나타난다.

- 발병연월일은 진단 및 치료를 직접 담당한 주치의라면 의무기록에 근거하여 적고, 그렇지 않으면 환자 또는 보호자의 진술에 근거하여 적은 뒤 비고란에 “환자(또는 보호자) 진술에 근거함”이라고 기록하며, 정확한 발병 연월일을 알 수 없는 경우에는 “미상”이라고 적는다.

나. 상기 질환의 현재 치료내용

- 일상생활능력 저하나 인지장애와 관련된 질환에 대하여 현재까지의 치료경과나 증상변화 상태를 간단 명료하게 기재한다.
- 해당 질환의 치료와 현상유지 또는 합병증이나 기능악화를 막기 위해 지속적으로 이루어지는 모든 치료 항목을 기재하며(투약, 한방재활요법 등) 해당항목이 없으면 ‘해당사항 없음’이라고 기재한다.
- 현증상의 경과를 일상생활 수행능력과 인지장애정도 보조기구 사용여부, 와상도를 종합하여 간략히 서술한다.
- 현재 장애상태를 이해하는데 필요한 과거력(치료사항 포함)을 기재한다.
- 원칙적으로 해당질환에 대하여 지속적으로 치료를 담당한 주치의가 직접기록을 하여야 한다. 불가능할 경우는 진료기록에 근거하거나 주치의 의견을 들어 참조하여 기록할 수 있으며 그것도 곤란한 경우에는 ‘알 수 없음’이라고 적는다.

다. 향후 상태의 변동성

- 장기요양서비스 대상자가 보유한 만성질환과 발생 가능한 급성질환이나 합병증의 지속적 관리와 대책이 필요한데 환자의 증상이 일정기간 변동없이 유지되어온 만성질환일지라도 합병증 또는 기능악화에 따른 급성질환이나 기능장애가 추가 발생할 수 있으므로 환자가 방치되거나 단순 요양서비스만 받게 되는 위험성을 사전에 예방하기 위하여 향후 증상 변동 가능성을 평가하여야 한다.
- 변동가능성이란 주요 진단명에 따른 문제의 두드러진 호전 또는 급성 악화 등의 변화로, 그

(예제 2)

가. 기능장애 원인 진단명 및 발병연월일	
1. <u>치매</u>	발병연월일(2004 년 월 일경)
2. <u>수족탄탄(중풍후유증)</u>	발병연월일(2001 년 1 월 일경)
3. <u>고혈압 당뇨</u>	발병연월일(20여년전부터)
나. 상기 질환의 현재 치료내용 상기 환자는 2001년 1월경 발생한 졸중풍으로 인한 후유장애(우반신마비, 현훈)와 2004년경 진단받은 치매로 현재까지 한약, 침구, 한방재활요법 등을 시행중이며 20여년전부터 고혈압 당뇨에 대한 약물치료도 병행이 필요합니다.	
다. 향후 상태의 변동성 <input type="checkbox"/> 호전 가능 <input checked="" type="checkbox"/> <u>현재 상태 유지</u> <input type="checkbox"/> 악화 가능 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 ▪ 판단 이유; 보조기구(지팡이)를 사용하고 혼자 일상생활은 가능하나 치매로 인한 인지장애는 불안전자립 상태로 현재 중풍후유장애 치료와 재발방지를 위한 예방치료의 병행이 필요한 환자로 사료됩니다.	

(예제 3)

가. 기능장애 원인 진단명 및 발병연월일	
1. <u>진전</u>	발병연월일(불분명)
2. <u>고혈압</u>	발병연월일(1997 년경)
3. <u>당뇨</u>	발병연월일(1997 년경)
나. 상기 질환의 현재 치료내용 상기 환자는 수족진전 환자로 생활자립상태이며, 1997년경부터 혈압, 당뇨의 기왕력이 있어 지속적인 관리치료가 필요한 환자입니다.	
다. 향후 상태의 변동성 <input type="checkbox"/> 호전 가능 <input checked="" type="checkbox"/> <u>현재 상태 유지</u> <input type="checkbox"/> 악화 가능 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 ▪ 판단 이유; 현재 진전으로 인한 일상생활의 불편감은 경미한 상태입니다.	

2. 심신상태에 관한 의견

“心者 君主之官 神明出焉”하고, “身者 象”으로 心身은 인간의 마음과 몸을 지칭한다. 노인성질환을 앓고 있는 장기요양환자의 경우 심신이 모두 허약하게 된다. 心은 精神 상태를 나타내는 神의 개념으로 사물을 인식하는 認知기능과 이에 따른 言行의 이상여부를 파악하는 중요한 요소가 되며 이를 통해 일상생활 가능 정도를 판단할 수 있다.

身은 몸 상태를 지칭하는데 운동을 수행하는 筋肉, 關節의 장애 여부를 파악하는 것이 중요하며 筋力과 關節의 가동범위로 운동 상태를 체크하여 장애정도를 판정하는 것이 요령이 된다. 筋은 五臟 중 肝臟, 關節은 腎臟과 관련되며 운동이 身體代謝에 직접적인 영향을 주고 있고 그 주체가 간장, 신장임을 감안할 때 한의학적인 접근방법이 필요한 대목이다.

가. 신체상태

1) 근 력

구 분	좌 측					우 측				
상 지	(5 4)	(3 2)	(1 0)	(5 4)	(3 2)	(1 0)				
하 지	(5 4)	(3 2)	(1 0)	(5 4)	(3 2)	(1 0)				

● 일반적인 근력평가 방법에 따라 5에서 0까지 6等級으로 나누어 근력을 평가한다.

- 5等級(正常) / 강한 힘에 대해 충분히 이겨내어 움직일 수 있음
- 4等級(輕症) / 중력과 약한 힘에 대해 이겨내어 움직일 수 있음
- 3等級(中症) / 중력은 이겨내지만 약한 힘에도 저항은 못함
- 2等級(無力) / 중력은 이겨내지 못하지만 수평적 관절 움직임은 가능
- 1等級(重症) / 약간의 근육수축은 가능하나 관절운동은 불가능
- 0等級(不用) / 근육수축이 불가능

* 0, 1등급은 重症, 2, 3등급은 中症, 4등급은 輕症, 5등급은 正常

2) 관절운동범위

상 지	<input type="checkbox"/> 정상	제한 (어깨관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우, 팔꿈치관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우, 손목·손가락관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우)
하 지	<input type="checkbox"/> 정상	제한 (고관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우, 무릎관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우, 발목관절 <input type="checkbox"/> 좌 <input type="checkbox"/> 우)
관절의 통증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (부위 :)	
의학적 관절 움직임 제한	이유:	
사 지 결 손	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (부위 :)	

- 上肢의 경우 肩, 肘, 腕, 指關節을, 下肢의 경우 股, 膝, 足踝關節 등의 관절운동범위를 보장구 및 보조기구를 제거한 상태에서 수동적으로 검사하며 관절의 운동범위가 정상이면 '정상', 검사자가 힘을 주어야만 운동이 가능하다면 '제한'으로 기재한다.
- 노인성질환을 앓고 있는 수급대상자의 경우 관절제한은 中風 등의 뇌혈관질환이 없어도 장기간의 침상 생활만으로도 발생하기 때문에 이를 잘 구분하여야 하며 관절이 제한되면 일상생활 관련 동작기능이 감소하고 통증이 유발된다.
- 통증의 기재는 통증의 부위와 진찰 시 壓痛이 있는 관절 부위를 기록하고 통증의 종류와 강도를 구분하여 기재한다. (예, 刺痛, 鈍痛, 灼熱痛, 間歇痛, 痲痺痛 등과 輕痛, 中痛, 重痛 등)
- 관절 움직임에 대한 의학적 제한은 수급대상자가 움직일 경우 손상이 더 커지는 경우에 해당하는데, 그 부위와 이유를 기록한다. (예를 들면, 관절의 骨折, 脫臼 등의 경우 2차적인 손상을 방지하기 위해 의학적 제한을 둔다.)
- 四肢 중에 缺損이 있다면 결손 부위를 기록한다.

● 肩關節

- 어깨관절에 해당되는 용어로는 肩解, 肩, 肩膀 등이 있으며 이는 骨格과 筋肉, 靭帶를 포함한 의미로 해석 된다.
- 어깨관절의 판정은 앉거나 선 자세에서 上肢가 눈높이까지 올라갈 수 있으면 정상, 불가능하면 제한으로 기록한다.

● 肘關節

- 팔꿈치관절을 의미하는 한의학적 용어로는 肘, 肘骨, 鴉鼻骨, 鷹嘴骨 등이 있는데 모두 筋肉, 骨格, 靭帶 등을 포함한 廣義의 의미이며 모두 肘關節을 의미한다.
- 팔꿈치관절은 완전히 펴지지 않거나 檢査者가 힘을 주어야 펴지면 제한으로 기록한다.

● 腕關節

- 손목뼈관절 혹은 요골손목뼈관절에 해당되는 한의학적 용어는 腕, 腕骨, 上力骨 등이 있는데 모두 腕關節을 의미한다.
- 손목관절은 손목이 30도까지 올라가지 않거나 檢査者가 힘을 가해야 가능하다면 제한으로 기록한다.

● 指關節

- 손가락뼈는 手指, 指, 竹節骨, 助勢骨, 指骨 등으로 표현되고 있는데 竹節骨은 모양을, 助勢骨은 기능을 관련지었다. 엄지손가락은 大指, 巨指, 親指, 擘指, 大擘指 등으로, 집게손가락은 大指次指, 食指, 次指, 示指, 大指之次指, 鹽指 등으로, 가운데손가락은 中指, 將指, 長指 등으로, 반지손가락은 小指次指, 無名指, 環指, 小指之次指 등으로, 새끼손가락

은 小指, 季指 등 다양하게 표현되고 있다.

- 손가락관절은 3개 이상의 手指關節이 拘縮이 있으면 제한으로 기록한다. 만일 엄지나 검지 포함해 두 손가락에 구축이 있으면 모두 제한으로 판정한다.

● 股關節

- 대퇴관절 또는 관골절구와 대퇴골의 큰대퇴돌기에 해당하는 표현으로는 機, 髀樞, 脾樞, 脾脈, 髀杵, 環跳 등이며 모두 股關節의 의미를 담고 있다.
- 고관절의 판정은 바로 누워 健側의 다리를 가슴에 붙였을 때 患側의 다리가 바닥에서 떨어지면 제한, 옆으로 누워야 하는 경우 患側의 다리를 뒤로 뺄 수 없다면 제한으로 기록한다.

● 膝關節

- 무릎관절은 大腿骨, 脛骨, 腓骨 및 膝蓋骨 등이 서로 연결되어 형성된 관절로 이에 해당되는 표현으로는 膝解, 膝, 骸關, 膝關, 膝臑, 連骸 등이 있는데 모두 膝關節을 뜻한다.
- 무릎관절의 판정은 앉거나 누운 상태에서 무릎을 直角으로 굽힐 수 없거나 완전히 펼 수 없는 경우 제한으로 기록한다.

● 足關節

- 脛과足を 연결하는 관절을 뜻하며 腕이라고도 한다.
- 足底와 下肢가 垂直을 이루기 어려우면 제한으로 판정한다.

3) 운동상태

보행	<input type="checkbox"/> 가능	<input type="checkbox"/> 부분적 가능	<input type="checkbox"/> 불가능
실조 또는 운동이상(진전 등)	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 평가할 수 없음
서동중	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 평가할 수 없음
의학적 보행 제한 필요성	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음		
	필요한 경우 이유:		

운동장애는 步行, 食事 등의 일상생활 동작 수행에 직접적인 영향을 준다. 일단 노년층에서 질환으로 운동장애가 나타나면 회복이 쉽지 않지만 수급자의 영양상태, 氣血循環 정도 및 經絡의 상태 등에 따라 그 豫後가 달라진다.

● 步行

- 대상자가 각종 보조기구를 사용하여 걸을 수 있다면 '가능'으로, 타인의 도움을 받아야만 보행이 가능하다면 '부분적 가능'으로, 비록 남의 도움을 받아도 자신의 발로 일어서거나 걸을 수 없다면 '불가능'으로 평가한다.

● 失調 또는 運動異常(振顫 等)

- 신체 움직임의 조화 여부를 확인하는 항목이다.

扭轉은 움직임이 비틀거리며 흔들리는 것으로 직선 보행이 불가능한 경우 '있음'으로 표시하고, 振顫인 경우 우선 問診과 視診을 통해 머리와 손의 떨림 유무를 관찰하고 '손가락으로 코에 대기'를 시행해 이상 유무를 확인한 후 판정한다.

● 徐動症

- 拇指 食指 마주치기, 足底로 바닥 두드리기를 5초 동안 시행하여 판단하는데 규칙적으로 5초 이상 지속가능하면 정상으로 '없음'으로, 불규칙하면서 5초 이상 지속이 안되거나 움직임이 현저히 느린 경우 비정상적으로 '있음'으로 판정한다.

만일 운동마비나 拘縮으로 검사가 어려운 경우는 '평가할 수 없음'으로 표시한다.

● 의학적 보행 제한 필요성

- 下肢의 특정부위 骨折 後 不癒合 등이나 심한 運動失調에 의하여 손상의 위험이 더 커질 경우 또는 落傷의 위험이 심각한 경우에 의학적 보행 제한의 유무와 그 사유를 기록한다.

나. 정신상태

● 치매의 개요

- 정신장애의 대표적 노인성질환으로는 노망, 매병 등이 있다.

모두 현재의 치매를 지칭하는 말로 수급대상자의 정신상태를 파악하는 중요한 질환이 된다.

치매는 先天稟賦不足, 老年精氣不足, 情志失調, 外傷 혹은 다른 병의 영향으로 神이 손상되는 등의 여러 원인에 의해 나타나는 질환으로 愚鈍함과 어리석음을 주로 표현하는 일종의 神志疾病이다. 가벼운 증상으로는 神清淡漠, 少言寡語, 善忘, 遲鈍 등이며, 그 증상이 심한 경우에는 終日不語, 閉門獨居, 口中喃喃自語, 言辭倒錯, 舉動不輕, 哭笑無常, 不欲飲食, 數日不知飢餓 등의 증상이 나타난다.

한의학에서는 일찍이 치매에 대하여 先秦시대의 <左傳>에 “不慧, 蓋世 所謂白痴.”라 하여 어리석음에 대하여 ‘痴’라는 용어가 쓰였고, <內經>에서는 癲狂의 증상표현에 있어 치매의 임상증상과 동일하게 기재되었다. 이후 漢代의 華佗가 “痴呆”라는 명칭을 사용하였다는 기록이 있고, 이어 각종 한의학문헌에 “文痴”, “愚痴”, “呆痴” 등의 용어로 기재되어 왔다.

이후 明代 張景岳은 그의 저서 <景岳全書> 雜證謨의 “癲狂痴呆”에서 病因·病機, 증후 및 치법, 예후 등에 대하여 비교적 자세하게 기록하였고, 清代 陳士鐸의 <辨證錄> <石室秘

錄> <辨證奇聞>등에는 치매의 원인, 병리 및 임상적 경과에 따른 임상증후가 자세하게 기록되어 있다.

치매의 한의학적 범주는 표현 증상에 기준하여 痴獸, 呆病, 文痴, 白痴, 癡狂, 健忘, 鬱證에 해당되며 이들을 근거로 변증시치를 하고 있다.

다음에 평가항목인 정신상태의 노년기 인지기능 이상과 이상행동변화에서 치매의 임상증상의 정도를 평가할 수 있다.

1) 인지기능

의사소통 능력	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 부분적 가능	<input type="checkbox"/> 불가능
단기 기억력	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 경미한 장애	<input type="checkbox"/> 심한장애
장기 기억력	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 경미한 장애	<input type="checkbox"/> 심한장애
장소 지남력	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 경미한 장애	<input type="checkbox"/> 심한장애
판단력	<input type="checkbox"/> 정상	<input type="checkbox"/> 경미한 장애	<input type="checkbox"/> 심한장애

※ 의사소통 능력의 “불가능”은 환자 의사 표현이 불가능하거나 보호자로 부터도 환자에 대한 정보를 알 수 없는 경우에 해당

● 의사소통 능력

- 口欲言而忽然中止 (證治百問)
- 말을 하려고 하나 홀연히 중지된다.
- 본인의 의사를 표현하려고 하나 상황에 맞지 않게 혹은 시간을 끌면서 표현한다.
- ‘정상’은 의사소통에 전혀 지장이 없음.
- ‘부분적 가능’은 보호자의 대화 유도에 의해 통증, 배고픔, 싫고 좋음 등의 기본적인 욕구 표현만 가능.
- ‘불가능’은 상대편과의 의사소통이 전혀 불가능한 경우.

● 단기기억력

- 近事多不能記憶 雖人述其前事 猶若茫然 (辨證奇聞)
- 최근의 일이 대부분 기억이 나지 않는데, 비록 다른 사람이 실마리를 주어도 오히려 기억이 아득해진다.
- ‘정상’은 단어 3가지(나무, 모자, 자동차 혹은 물, 이불, 젓가락)를 3회 불러 주고 5분 뒤 말하게 하여 2개 이상 말하고, 아침 식사 때 먹은 반찬의 종류를 2가지 이상 정확하게 말하면 정상.
- ‘경미한 장애’는 위의 물음 2가지 중 하나를 2개 이상을 정확히 말하지 못함.

- '심한 장애'는 위의 물음 2가지 중 하나도 말하지 못함.

● 장기기억력

- 不能追憶其事 (證治準繩)

- 어떤 일에 대하여 돌이켜 생각하는 것이 불가능하다. 과거 가졌던 본인의 일에 대하여 돌이켜 생각하는 것이 不可하다.

- '정상'은 환자의 고향(개략적인 지명도 가능), 최종 출신 학교(없으면 자식이 졸업했던 학교), 전직 대통령(3명 이상)을 물어 모두 정확하게 답을 하는 경우.

- '경미한 장애'는 위의 질문에 하나라도 답이 부정확한 경우.

- '심한 장애'는 과거 개인이 가졌던 직업, 직업이 없었다면 배우자의 직업을 물어 보아 정확히 답을 하지 못하는 경우.

● 장소지남력

- 眠坐溝渠 (千金方)

- 도랑에 앉아 잠을 잔다. 장소에 대한 지남력이 떨어져 집을 찾지 못하여 아무데서나 잠을 잔다.

- '경미한 장애'는 환자 보호자에게 물어 보아 집을 찾아오지 못한 경우가 1회 있는 경우.

- '심한 장애'는 환자 보호자에게 물어 보아 거의 매번 집을 찾아오지 못한 경우.

● 판단력

- 與之所饑則不受 與之糞則大喜 (辨證奇聞)

- 밥을 차려 주면 먹지 않고 배설물을 보면 크게 기뻐한다. 식이에 대한 판단력이 흐려진 것

- 길에서 주민등록증을 주웠을 때 어떻게 할 것인가(우체통, 우체국, 주인에게 돌려준다), 외출 하고 길을 잃으면 어떻게 해야 하는지(경찰 혹은 행인에게 묻는다) 등을 질문한다

- '정상'은 위의 물음 2가지를 정확하게 답을 한 경우.

- '경미한 장애'는 위의 물음 2가지 중 하나도 1개를 정확히 말한 경우.

- '심한 장애'는 위의 물음 2가지 중 하나도 정확히 말하지 못함.

2) 문제행동 유무

<input type="checkbox"/> 없음	
<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 망상 <input type="checkbox"/> 환각 <input type="checkbox"/> 수면장애 <input type="checkbox"/> 서성거리며 안절부절 못함 <input type="checkbox"/> 길을 잃음 <input type="checkbox"/> 공격적, 파괴적 행동 <input type="checkbox"/> 밖으로 나가려함 <input type="checkbox"/> 돈/물건 등 감추기 <input type="checkbox"/> 부적절한 옷 입기 <input type="checkbox"/> 불결한 행동 <input type="checkbox"/> 거부증 <input type="checkbox"/> 우울기분 <input type="checkbox"/> 기타 특이 증상:

※ 해당되는 사항에 체크함

● 망상

- 自高賢也 自辯智也 自尊貴也 (靈樞 癡狂篇)
- 스스로를 현명하고, 지식이 많고, 귀한 신분을 가진 것처럼 느끼는 과대망상
- 주로 피해와 과대망상이 많다. 과거에 권력을 많이 가졌거나 돈이 많은 것을 반복해서 자랑스럽게 말한다. 자신의 친인척 중에 사회적으로 성공한 사람이 많다. 사람들이 자신의 물건에 손을 댄다. 가족들이 나를 정신병원에 가두려 한다. 음식에 독을 탄다. 등의 표현을 하는 경우

● 환각

- 視聽言動俱妄 能言未見聞事 (醫學入門)
- 보고 듣고 말하고 행동하는 것이 망령된 것으로 생전에 보지도 듣지도 못한 일을 말한다.
- 환자가 헛것을 보고 본 것에 대하여 말하거나, 환청을 듣고 답하여 혼자 중얼거리거나, 음식에 이상한 냄새가 난다거나 한다.

● 수면장애

- 有時睡數日不醒 有時坐數日不眠 (石室秘錄)
- 한번 잠이 들면 며칠이 지다도록 깨어나지 않고, 어떤 때에는 한번 앓으면 몇 일간을 앓아만 있고 잠을 자지 않는다
- 수면에 대한 규칙성이 없어, 밤에 특히 잠을 자지 않고 집안을 배회하는 등의 문제가 있는 행동을 하는 경우
- 노인수면의 특징인 '早期覺醒'과 야간의 잦은 '頻尿'는 해당되지 않는다.

● 서성거리며 안절부절 못함

- 妄行不休 心常不樂 (靈樞 癡狂篇, 醫學入門)
- 와해된 행동이나 마음이 편하지 않음
- 심리적으로 안정이 되지 않아 불안한 마음으로 여기저기를 서성거리며 안절부절 함.
- 목적이 있는 행동(예를 들어 배고픈 사람이 먹을 것을 찾아 돌아다니는 것)이나 단순한 걸음걸이는 포함되지 않는다.

● 길을 잃음

- 陡然而忘其事 屬心竭力 思忖不來 (痰火点雪)
- 갑자기 어떤 일을 잊어버려 아무리 애를 써봐도 생각나지 않는다. 의심하여 마음이 결정되지 않는다.
- 혼자 외출하여 목적지를 찾지 못하고 다시 돌아오거나, 집을 못 찾아 길을 잃고 헤

맨 경우가 있는지 알아본다.

- 집안에서도 화장실이 있는 곳을 찾지 못한다.

● 공격적, 파괴적 행동

- 妄言叫罵 裸體打人 (證治要訣 癲狂)
- 헛소리를 하고 큰소리로 욕을 하며, 옷을 벗고 다른 사람을 때린다.
- 화를 내고 욕을 하며 폭언이나 폭행을 하는 등의 위협적인 행동을 한다.

● 밖으로 나가려함

- 舉動不經 (景岳全書 呆柄)
- 일에 대한 반응과 태도가 정상적이지 않다.
- 정상적이지 않는 행동을 의미하며, 혼자 문을 열고 밖에 나가려고 하여 계속 감시해야 하는 지를 확인한다.
- 환경상의 조건(건물 내에서 모든 서비스를 이용하거나 주위가 훤히 보이는 배란다 등)으로 밖에 나가는 일이 없거나 걸을 수 없는 경우 등은 포함되지 않는다.

● 돈/물건 등 감추기

- 他人物件深深藏掩(石室秘錄)
- 남의 물건을 깊이 감추어 둔다.
- 본인의 소유의식이 불분명하여 본인만이 알고 있는 장소에 숨긴다.
- 본인의 것이나 다른 사람의 것임을 알고 있으나 자신의 재산증식이나 돈관리를 위한 목적의식을 가지고 숨기는 경우는 포함되지 않는다.

● 부적절한 옷 입기

- 自己衣服 用鍼線密縫 (石室秘錄)
- 자신의 옷을 바늘을 가지고 꼭꼭 기운다. 본인의 의복착용에 대하여 현실성이 없는 행동을 하는 경우이다.
- 한 가지 의복만을 계속 고집하여 입는 경우.
- 계절이나 상황에 맞지 않는 의복을 착용하거나, 옷 입는 순서, 옷의 앞뒤를 구별하지 못하는 경우.
- 적절하게 옷을 입는 과정 중에 단순히 신체기능상의 문제로 단추를 못끼는 경우는 포함되지 않는다.

● 불결한 행동

- 穢潔不知 (證治準繩 癩證)
- 더럽고 깨끗한 것을 구분하지 못한다.
- 더럽고 불결한 것을 가까이하고 오히려 깨끗하고 위생적인 것을 멀리한다.
- 대변이나 소변 등 배설물을 가지고 부적절한 행동을 한다.
- 단순히 의복에 변이 묻거나 요실금으로 더럽혀진 옷을 갈아 입지 않아 그로 인해 신체
가 청결하지 못한 것은 포함하지 않는다.

● 거부증

- 與之食則厭薄而不吞 (石室秘錄)
- 먹을 것을 주면 거부감을 표현하며 삼키려고 하지 않는다
- 주위 사람들이 도와주려 할 때 이것에 저항하는 경우를 말한다.
- 뚜렷한 이유 없이 옷을 입거나 세수하거나 목욕하는 행동을 도와주려고 할 때 화를
내며 이를 거부하거나 음식섭취를 거부한다.

● 우울기분

- 默默不言也 如饑而悠悠如失也, 終日閉戶獨居 口中喃喃 (辨證奇聞)
- 묵묵히 말이 없고 배가 고파서 우울한 모습과 같다. 하루 종일 문을 걸어 잠그고 혼자
있으며 알아들을 수 없는 소리를 중얼거린다.
- 氣鬱의 상태를 말한다.
- 대화가 없으며 표정은 배가 고플 사람 같기도 하다. 혼자 있기를 즐겨 하루 종일 방안
에만 있는 경우도 있고 혼잣말을 중얼거리기도 한다.
- 슬퍼 보이거나 기분이 처져 있으며 때로 울기도 하는 경우를 말한다.

다. 일상생활 자립도

장애노인	<input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 생활자립 <input type="checkbox"/> 준 외상상태 <input type="checkbox"/> 완전 외상상태
치매노인	<input type="checkbox"/> 자립 <input type="checkbox"/> 불완전자립 <input type="checkbox"/> 부분의존 <input type="checkbox"/> 완전의존

● 장애노인의 일상생활 판단기준

구분	판단기준
정상	무언가 장애는 있지만 일상생활은 자립하고 있고 혼자 외출할 수 있다.
생활자립	실내에서의 생활은 거의 자립하고 있지만, 도움 없이 외출하지 못한다.
준외상상태	실내생활은 도움을 필요로 하고 낮에도 주로 침대에서 생활하고 앉아 있으나 휠체어로 이동 가능하다.
완전 외상상태	하루 종일 침대위에서 생활하고 배설, 식사, 옷 갈아입기에서 도움이 필요하다

● 치매노인의 일상생활자립도 판단기준

구분	판단기준
자립	- 조금은(얼마간은) 치매가 있지만 일상생활은 가정 내 및 사회적으로 거의 자립하고 있다. - 상담, 지도 등을 실시하는 것에 의해 증상의 개선과 진행의 저지를 꾀할 수 있다.
불완전자립	- 일상생활에 지장을 초래하는 듯한 증상, 행동과 의사소통의 곤란함이 가끔 보이고 간호가 필요하다. - 재택생활이 기본이지만 혼자생활은 곤란한 경우도 있으므로 방문 지도를 실시하거나 낮의 재택서비스를 이용하는 것에 의해 재택 생활의 지원과 증상의 개선 및 진행의 저지를 꾀할 수 있다.
부분의존	- 일상생활에 지장을 초래하는 증상, 행동과 의사소통의 곤란함이 빈번하게 보이고 항상 간호를 필요로 한다. - 가족의 간호력 등의 재택기반의 강약에 따라 재택 서비스를 이용하면서 재택생활을 계속하든가 또는 노인요양시설, 노인전문요양시설, 노인요양공동생활가정 등의 시설서비스를 이용하든가를 선택한다.
완전의존	- 현저한 정신증상과 문제행동 혹은 중대한 신체질환이 보이고 전문 의료를 필요로 한다. - 치매전문동이 있는 노인보건시설 등에서의 치료가 필요하거나 중대한 신체질환이 보여 노인병원 등에서의 치료가 필요한 상태이다. - 전문의료기관에서 진찰을 받도록 권할 필요가 있는 경우이다.

3. 의료적 처치유무 및 필요항목

대부분의 장기 요양 환자 신체검사시 기관지절개, 도뇨관, 욕창, 장루(인공항문 등 각종 stoma), 경관 영양(비위관삽관술에 의한 비강내영양 등 tube feeding), 당뇨발 및 그에 준하는 피부질환(장기적인 관리가 필요한 피부질환), 암성통증 및 그에 준하는 통증이 있는 경우에 각각 '있음'으로 표시할 항목이다.

기관지절개	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	도뇨관	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
욕창	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	장루	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
경관영양	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	당뇨발 및 그에 준하는 피부질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
암성통증 및 그에 준하는 통증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음		
비고			

※ 해당항목의 중증도 등 상세하게 기록

(예 : •통증 부위, 통증조절방법, 원인 •욕창·피부질환 부위, 경과 등)

● 기관지절개

- 기관절개술은 입이나 코를 통해서 기도를 확보할 수 없을 때 목의 피부와 기관을 절개해 산소를 공급하는 방법을 말한다. 기관이 절개된 대상자에 대하여 내관의 교환, 소독, 가래흡인 등이 제공되는지 확인한다.

과거 한방에서는 自縊死 나 溺水死의 경우에 현대의 심폐소생술과 유사한 처치를 하였으며 기도확보를 통한 호흡소통을 위해 竹管, 蘆管, 蔥葉 등을 이용한 시도나 약물투여 방법이 문헌에 기록되어 있다. 이는 현재의 기관지절개나 경관영양과 유사한 방법으로 생각할 수 있다.

● 도뇨관

- 자연배뇨가 불가능한 중환자의 장기간 도뇨(導尿)를 위해 시행하는 유치도뇨(foley catheterization)시 요도에 삽입하는 관으로써, 요도구로 도뇨관을 삽입하여 요도를 통해 방광까지 삽입하여 도뇨를 한다.

소변배출이 어려운 환자의 경우 도뇨관의 소독, 교환, 감염여부를 주의해서 확인한다.

● 욕창

- 욕창은 着褥生瘡인데 急病, 久病, 大病 등으로 기혈이 허약한데다가 着床부위에 오랫동안 압박을 받아 기혈의 순환이 순조롭지 못하여 기부가 영양을 잃게 되고 결국 국부적인 缺血壞死가 야기되는 것으로 주로 脊背, 尾骶, 坐骨結節, 足跟의 부위에 잘 생긴다. 문진과 함께 반드시 신체를 직접 확인한다. (척추와 배부, 엉덩이, 고관절부위, 발뒤꿈치)

● 장루

- 직장이나 대장, 소장 등의 질병으로 인하여 대변 배설의 어려움이 있을 때, 복벽을 통해 체외로 배설시키기 위하여 만든 구멍을 지칭하며, 인공항문이라고도 한다.
- 항문의 괄약근과 같은 조절 능력이 없어 대변이 수시로 배출되므로 부착물을 이용하여 관리한다.
- 장루를 통해 배변이 원활한지를 확인한다.

● 경관영양

- 환자가 음식을 구강으로 섭취 할 수 없을 때, 비강으로부터 위까지 경비위관(Levin tube)을 삽입하여 영양공급을 시행하는 것이다. 관을 통해 음식을 주입하고 기체통과를 돕는다.
- 영양공급이 원활한지 살펴서 영양장애나 탈수여부를 확인하고 경관이외의 방법으로 영양공급이 되는지 확인한다.

● 당뇨병 및 그에 준하는 피부질환

- 당뇨병(Diabetic Foot) : 당뇨병을 오래 앓고 있는 환자의 발에 생기는 여러 문제들을 통틀어서 당뇨병이라고 하며, 감각이 둔화되거나 피부가 건조해 지며, 상처의 회복이 더디고, 염증과 궤양이 생긴다.
- 장기간의 관리가 필요한 피부질환 인지를 확인한다.
- 방치하여도 수일 내에 아물 수 있는 단순 상처는 제외한다. 장기적인 관리가 필요한 피부의 질환이나 손상, 결손 및 깊은 상처를 말하며, 궤양, 화상, 수술상처, 만성 피부병 변 인지를 확인한다.

● 암성통증 및 그에 준하는 통증

- 통증은 질환의 경중이나 심신의 상태를 알 수 있는 환자의 표현 수단이다. 때문에 질환의 급성, 만성을 판단하고 이에 대처를 할 수 있는 방법이 되기도 한다.
- 환자의 주관에 의해 표현되는 통증의 표현 방법은 30여 가지 이상이지만 자세히 살펴보면 통증이라 여길 수 없는 미각, 촉각 및 시각적 표현이 포함되어 있다. 그러나 흔히 알려진 통증은 이성으로 제삼자가 납득하여야 한다. 특히 환자의 교육 정도나 병으로 자신의 통증감각의 표현이 곤란할 때가 많다. 따라서 통증 표현은 누구나가 이해할 수 있는 실제적인 것이 주가 되어야 한다. 만일 환자가 충분히 통증을 표현하지 못하는 상태라면 한의사는 氣血상태와 虛實寒熱의 원리를 이용하여 통증을 분류하여 수급 대상자의 질병예후에 의견을 주어야 한다.

통증에 대한 일상생활 장애를 질문하고 한의사의 검진 결과를 종합하여 평가한다.

3. 의료적 처치유무 및 필요항목

대부분의 장기 요양 환자 신체검사시 기관지절개, 도뇨관, 욕창, 장루(인공항문 등 각종 stoma), 경관 영양(비위관삽관술에 의한 비강내영양 등 tube feeding), 당뇨발 및 그에 준하는 피부질환(장기적인 관리가 필요한 피부질환), 암성통증 및 그에 준하는 통증이 있는 경우에 각각 '있음'으로 표시할 항목이다.

기관지절개	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	도뇨관	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
욕창	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	장루	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
경관영양	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음	당뇨발 및 그에 준하는 피부질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음
암성통증 및 그에 준하는 통증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음		
비고			

※ 해당항목의 중증도 등 상세하게 기록

(예 : •통증 부위, 통증조절방법, 원인 •욕창·피부질환: 부위, 경과 등)

● 기관지절개

- 기관지절개술은 입이나 코를 통해서 기도를 확보할 수 없을 때 목의 피부와 기관을 절개해 산소를 공급하는 방법을 말한다. 기관이 절개된 대상자에 대하여 내관의 교환, 소독, 가래흡인 등이 제공되는지 확인한다.

과거 한방에서는 自縊死 나 溺水死의 경우에 현대의 심폐소생술과 유사한 처치를 하였으며 기도확보를 통한 호흡소통을 위해 竹管, 蘆管, 蔥葉 등을 이용한 시도나 약물투여 방법이 문헌에 기록되어 있다. 이는 현재의 기관지절개나 경관영양과 유사한 방법으로 생각할 수 있다.

● 도뇨관

- 자연배뇨가 불가능한 중환자의 장기간 도뇨(導尿)를 위해 시행하는 유치도뇨(foley catheterization)시 요도에 삽입하는 관으로써, 요도구로 도뇨관을 삽입하여 요도를 통해 방광까지 삽입하여 도뇨를 한다.

소변배출이 어려운 환자의 경우 도뇨관의 소독, 교환, 감염여부를 주의해서 확인한다.

● 욕창

- 욕창은 着褥生瘡인데 急病, 久病, 大病 등으로 기혈이 허약한데다가 着床부위에 오랫동안 압박을 받아 기혈의 순환이 순조롭지 못하여 기부가 영양을 잃게 되고 결국 국부적인 缺血壞死가 야기되는 것으로 주로 脊背, 尾骶, 坐骨結節, 足跟의 부위에 잘 생긴다. 문진과 함께 반드시 신체를 직접 확인한다. (척추와 배부, 엉덩이, 고관절부위, 발뒤꿈치)

● 장루

- 직장이나 대장, 소장 등의 질병으로 인하여 대변 배설의 어려움이 있을 때, 복벽을 통해 체외로 배설시키기 위하여 만든 구멍을 지칭하며, 인공항문이라고도 한다.
- 항문의 괄약근과 같은 조절 능력이 없어 대변이 수시로 배출되므로 부착물을 이용하여 관리한다.
- 장루를 통해 배변이 원활한지를 확인한다.

● 경관영양

- 환자가 음식을 구강으로 섭취 할 수 없을 때, 비강으로부터 위까지 경비위관(Levin tube)을 삽입하여 영양공급을 시행하는 것이다. 관을 통해 음식을 주입하고 기체통과를 돕는다.
- 영양공급이 원활한지 살펴서 영양장애나 탈수여부를 확인하고 경관이외의 방법으로 영양공급이 되는지 확인한다.

● 당뇨병 및 그에 준하는 피부질환

- 당뇨병(Diabetic Foot) : 당뇨병을 오래 앓고 있는 환자의 발에 생기는 여러 문제들을 통틀어서 당뇨병이라고 하며, 감각이 둔화되거나 피부가 건조해 지며, 상처의 회복이 더디고, 염증과 궤양이 생긴다.
- 장기간의 관리가 필요한 피부질환 인지를 확인한다.
- 방치하여도 수일 내에 아물 수 있는 단순 상처는 제외한다. 장기적인 관리가 필요한 피부의 질환이나 손상, 결손 및 깊은 상처를 말하며, 궤양, 화상, 수술상처, 만성 피부병변 인지를 확인한다.

● 암성통증 및 그에 준하는 통증

- 통증은 질환의 경중이나 심신의 상태를 알 수 있는 환자의 표현 수단이다. 때문에 질환의 급성, 만성을 판단하고 이에 대처를 할 수 있는 방법이 되기도 한다.
- 환자의 주관에 의해 표현되는 통증의 표현 방법은 30여 가지 이상이지만 자세히 살펴보면 통증이라 여길 수 없는 미각, 촉각 및 시각적 표현이 포함되어 있다. 그러나 흔히 알려진 통증은 이성으로 제삼자가 납득하여야 한다. 특히 환자의 교육 정도나 병으로 자신의 통증감각의 표현이 곤란할 때가 많다. 따라서 통증 표현은 누구나가 이해할 수 있는 실제적인 것이 주가 되어야 한다. 만일 환자가 충분히 통증을 표현하지 못하는 상태라면 한의사는 氣血상태와 虛實寒熱의 원리를 이용하여 통증을 분류하여 수급 대상자의 질병예후에 의견을 주어야 한다.

통증에 대한 일상생활 장애를 질문하고 한의사의 검진 결과를 종합하여 평가한다.

노출되어 감염으로 인해 위급한 상황이 발생할 수 있으므로 확인한다.

● 탈수·영양장애

- 신체검사, 영양장애(체질량지수), 이노제 복용, 거동불능 등을 확인하여 평가한다.

나. 가장 적절한 장기요양서비스(특히 필요성이 높은 것에 체크)

기능의 상태와 신체의 이상정도, 간호욕구에 따라 방문간병수발, 주간보호, 단기보호, 방문간호, 시설보호의 필요성에 대한 의견을 제시하기 위한 항목이다.

● 방문요양

- 장기요양요원이 가정을 방문하여 각종 도우미 서비스를 제공하는 것으로, 식사보조, 경관 영양투여, 배변처리, 목욕이나 양치질 등의 개인위생관리, 체위변경, 흡인(suction), 병원방문 동행, 각종 가사일 도움, 말벗 등의 역할이 요구된다고 판단되는 경우에 표시

● 방문목욕

- 방문요양이 필요한 대상자 중 특히 거동이 어려운 경우 신체 위생을 위한 목욕이 필요할 때 시행한다. 횟수는 대상자의 체력과 조건을 참고하여 의사로부터 의학적 조언을 받는다.

● 방문간호

- 간호사가 가정을 방문하여 일반적인 간병수준보다 높은 의료적 간호처치 등을 제공하는 서비스를 말하며, 각종 수액주사 관리, 각종 튜브(비위관, 기관절개관, 유치도뇨관, 방광루, 배액관 등) 교환 및 드레싱, 수술 후 환자의 상태관찰과 소독처치, 인공장 루나 요루, 욕창 등의 소독, 뇌졸중, 당뇨, 척추손상 등의 만성질환 관리(혈압, 혈당, 인슐린 사교육 등), 환자 및 보호자에 대한 간호방법 교육 등이 이루어질 수 있다.

● 주간 또는 야간보호

- 낮 시간 동안 노인환자를 돌봐주는 서비스를 말하며, 치매나 뇌졸중 환자로서 보호 인력이 직장이나 기타 문제로 낮동안 환자관리를 해 줄 수 없거나, 보호자가 지친 경우, 환자에게 단순재활이나 집단활동이 권장되는 경우에 표시한다.

(주간보호시설에서는 시설마다 차이가 있으나 간단한 재활요법, 치료레크리에이션, 음악 및 미술치료, 식사제공 등이 이루어짐을 참고할 것)

- 야간인 경우 기본적인 생리현상에 문제가 있는 경우와 의학적인 관찰이 필요할 경우 시행한다.

● 단기보호

- 보호자의 질병, 휴가, 출장 등의 사유에 의해 치매나 뇌졸중 환자를 돌볼 수 없는 경우에 사회복지시설이나 요양시설에서 가족을 대신하여 일정기간(대개 3개월까지) 환자를 돌봐주는 서비스를 말하며, 식사제공, 투약, 기본적 활력징후 측정, 욕창관리 등이 이루어 질 수 있다.

● 복지용구

- 대상자의 요양기간 중 질병치료는 물론 일상생활 능력개선과 재활을 위한 복지용구가 필요한 경우 시행한다.
용구의 종류와 용도는 의사의 조언을 참고하여 결정한다.

● 시설서비스

- 중증 외상상태로 판단되고, 전적으로 남의 도움이 없으면 기능 및 생명유지에 심각한 문제의 발생가능성이 높은 경우, 요양원 입소보호가 필요할 것으로 판단되는 대상자에 해당한다.

다. 의학적 치료의 필요성 여부

● 장기요양서비스 이전에 의학적 치료가 필요함

- 급성 감염이나 요양대상 질환이 악화된 경우 의학적 치료로 호전이 가능한 경우나 장기요양에 필요한 한의학적 처치가 필요한 경우가 해당한다.

● 장기요양서비스와 의학적 치료가 병행되어야 함

- 지속적인 유지와 관리가 필요한 만성질환의 경우 투약 및 재활 등이 필요한 경우, 체력저하나 심신의 불균형으로 지속적인 투병이 어려운 경우 이를 보완하는 한약, 침구 및 한방재활요법 등의 병행 치료가 필요한 경우가 해당된다.

● 의학적 치료가 반드시 필요하지는 않음

- 수발만으로 현 상태를 유지할 수 있는 경우에 해당한다.

5. 기타 ■기사항

장기요양인정과 표준장기요양이용계획 작성 시 필요한 의학적 의견 등을 적고, 또한 전문의 등에게 별도로 의견을 요청한 경우는 그 내용 및 결과도 적습니다.

환자상태에 대한 의료 전문가로서 환자의 영양서비스 제공 계획에 참고가 되거나 유의할 추가사항을 기록하여 의견을 제시할 것.

흔히 발생하는 경우를 참고하여 활용할 것.

● 기혈허약, 亡津液 등의 전신허약의 경우

- 상기 환자는 중풍후유장애, 소갈(당뇨), 심화항염(고혈압) 등의 질환을 앓고 있는 경우로 식이부족과 거처부정으로 인해 기혈이 크게 허손되고 진액이 부족하여 수족불온, 안색무화, 소화장애, 거동불능, 少氣賴言, 기와, 정신불청 등의 소견이 있어 기본적인 영양서비스 이외에 의사의 진찰과 직접적인 영양공급 및 수일이상의 안정치료가 필요한 환자로 사료된다.
- 상기 환자는 단순 진전증상을 주소증으로 호소하나, 전형적인 진전(파킨슨씨병)과 달리 원인이 장기간의 노권상(과도한 노동)과 식이부족(음식섭취 부족)으로 발생된 것으로 사료되므로 과도한 노동을 삼가시키고 충분한 식이공급이 우선되며 적절한 치료(사상체질중 소음인에 해당)가 요한다.

● 합병증 및 병발증에 대한 경우

- 상기 환자는 중풍후유장애로 현재 천증(만성기관지염), 룽폐(전립선비대)증상이 있고, 반복적인 폐렴, 기관지염, 요로기감염으로 인한 발열, 해수, 오한 등의 증상을 호소하는데 이는 기혈허약으로 인해 나타나는 증상으로 기혈을 보강하여 면역력을 증가시키면, 증상의 완화 및 개선이 가능할 것으로 사료된다.

● 정의 고갈로 형체유지에 어려움이 있는 경우

- 상기환자는 현재 중풍후유장애로 인해 외상상태로 둔부와 족과부에 욕창이 발생되었으나, 환자가 장기간 영양상태로 영양공급이 부족하고 자발적인 일상생활이 이루어지지 않아 근력이 쇠퇴하여 정의 고갈이 원인이 되어 욕창 개선이 쉽게 이루어지지 않으므로 이에 대한 치료가 우선시 되어야 할 것으로 사료된다.

● 기의 고갈로 일상생활 능력이 현저히 저하된 경우

- 상기 환자는 평소 기단핍력, 음식무미, 면색창백 소견이 있고, 만성적인 노인성질환으로 고통을 받던 환자로 최근 중풍으로 인해 거동이 불편하고 일상생활능력이 현저히 저하되어, 중풍후유장애에 대한 치료뿐 아니라 기의 고갈로 인한 제반증상을 참고하여 영양하여야 할 것으로 사료된다.

(관리요령)

- 충분한 수분공급과 영양섭취 및 수면이 이루어지도록 한다. 보행이 가능하면 골절과 어지럼증에 주의하면서 보행을 시키되, 실외에서 보행을 할 때는 급격한 체온변화에 주의하면서 운동을 한다. 이외 관절이 굳어지지 않도록 관절운동도 하도록 한다.

● 신의 망동으로 정상적인 사고가 어려운 경우

(관리요령)

- 환자의 방은 조용하고 넓은 창이 있는 곳이 좋으며, 밤에는 약한 실내등을 켜놓아야 한다. 가족과의 지속적인 유대관계가 있어야 한다. 밤, 낮, 날짜, 시간, 장소, 상황 등에 대해 알 수 있도록 제시해 둔다(달력 시계 등). 환자 주변에 칼과 같이 위험한 것이 있는지를 살펴 돌발적인 안전사고에 주의한다. 특히, 복약을 하는 환자의 경우는 약물을 정해진 시간에 복용했는지를 반드시 확인한다. 인지기능에 도움을 주기 위한 다양한 활동을 시킨다.

● 양생 관련 내용

- 少言語 養內氣
- 戒色慾 養精氣
- 薄滋味 養血氣
- 嚙精液 養臟氣
- 莫嗔怒 養肝氣
- 美飲食 養胃氣
- 少思慮 養心氣 『太乙真人 七禁文』

각각 말을 많이 하는 것과 큰소리를 내는 것을 금하고, 색욕을 금하고, 담백한 음식을 섭취하고, 진액을 헛되이 쏟지 말고, 화를 내지 말고, 편식이나 과식을 하지 말고, 너무 많은 생각을 하지 말아야 한다.

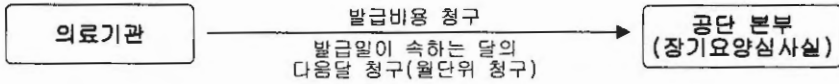
6. 의사소견서 발급비용과 관련된 정보

발급일:	년 월 일
의사·한의사 성명:	(서명 또는 인)
의사·한의사 면허번호:	제 호
의료기관명(건강보험요양기관기호):	전화번호:
의료기관 주소:	

1. 의사소견서 발급비용 청구방법

1. 의사소견서 발급비용 청구

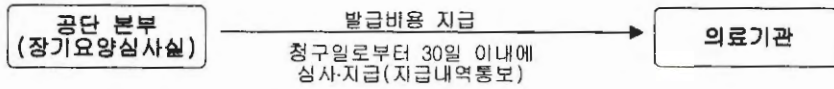
○ 청구절차



- 의료기관은 발급의뢰서를 지참한 경우에만 공단부담금을 청구
 - 신청인 내원 시 의사소견서발급의뢰서에 기재된 본인부담금만 수납 후 나머지 공단부담금은 노인장기요양보험법 시행규칙 제4조 제2항에 따라 공단에 청구함
- 청구시기 : 월단위로 청구하되 발급일이 속하는 달의 익월까지
- 청구방법 : 포털(전자문서 교환방식) 청구
 - 공단 홈페이지 <요양기관> 접속하여 발급비용 청구내역 입력 및 저장
 - ※ 공단 홈페이지(www.nhic.or.kr) → 요양기관 정보마당(medi.nhic.or.kr) → 회원서비스 → 노인장기요양보험 → 의사소견서 발급비용 청구
- 구비서류
 - 의사소견서 발급비용 청구서 및 청구내역 【별지4호 서식】에 의함
 - 청구인은 의료기관 대표자로 하며, 청구내역은 의료기관 종사자가 직접 작성하고 청구서에는 의료기관대표자가 서명·날인
- 의사소견서 청구시효 기간 및 의사소견서 보존기간 : 3년

2. 의사소견서 발급비용 지급

○ 지급절차



- 공단은 지급할 의사소견서 발급비용에 대하여 청구를 받은 날로부터 30일 이내에 이를 심사하여 지체없이 비용을 지급
- “의사소견서 발급비용 지급내역서”를 포털로 송부
- 의사소견서 발급비용은 건강보험 요양급여비를 지급하는 의료기관의 대표계좌로만 입금

◆ 공단으로부터 의사소견서발급의뢰서를 발급받지 아니하고 의사소견서를 발급요청 하는 경우 그 비용은 전액 본인이 부담

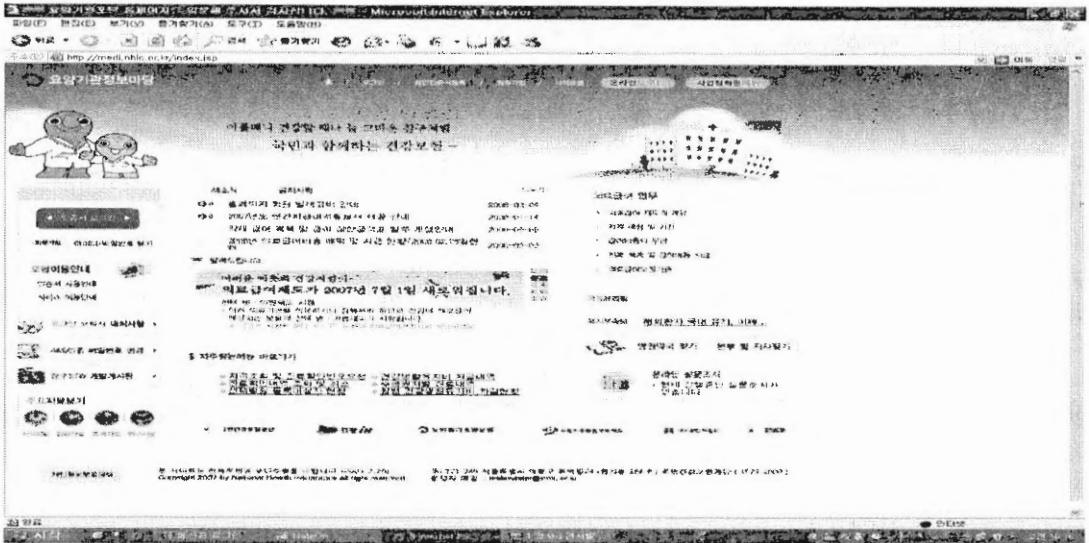
☞ 아래의 사유에 해당될 경우 공단에서 환급금지급통보 후 수급자에게 비용환급

- (1) 장기요양급여를 받을 자(수급자)로 결정되거나 장기요양등급이 변경된 경우
- (2) 최초로 장기요양인정을 신청하거나 법 제20조에 따라 장기요양인정의 갱신을 신청한 경우

의사소견서 인터넷 신청방법 안내

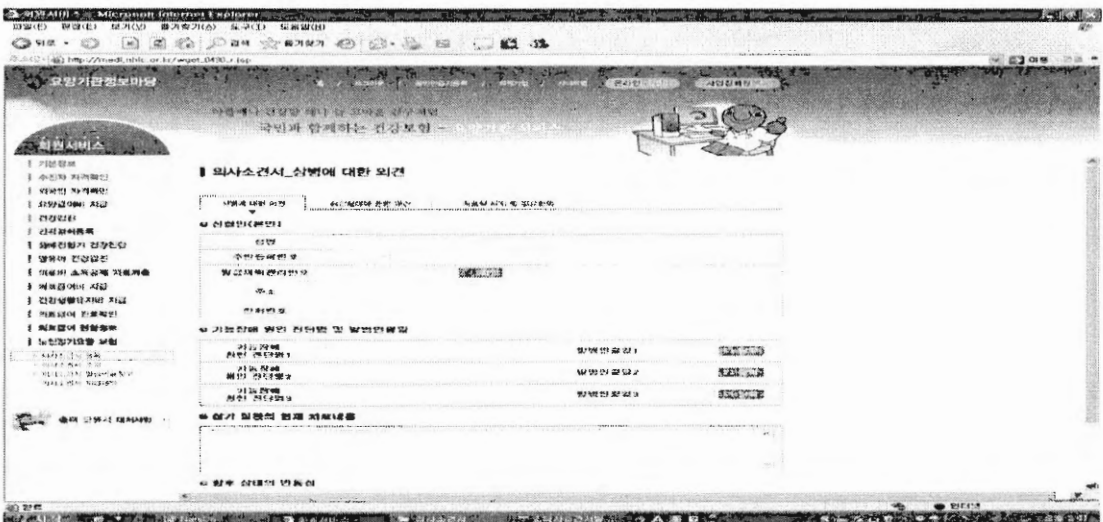
☐ 의사소견서 발급비용 청구

○ <http://medi.nhic.or.kr> 접속 후 로그인



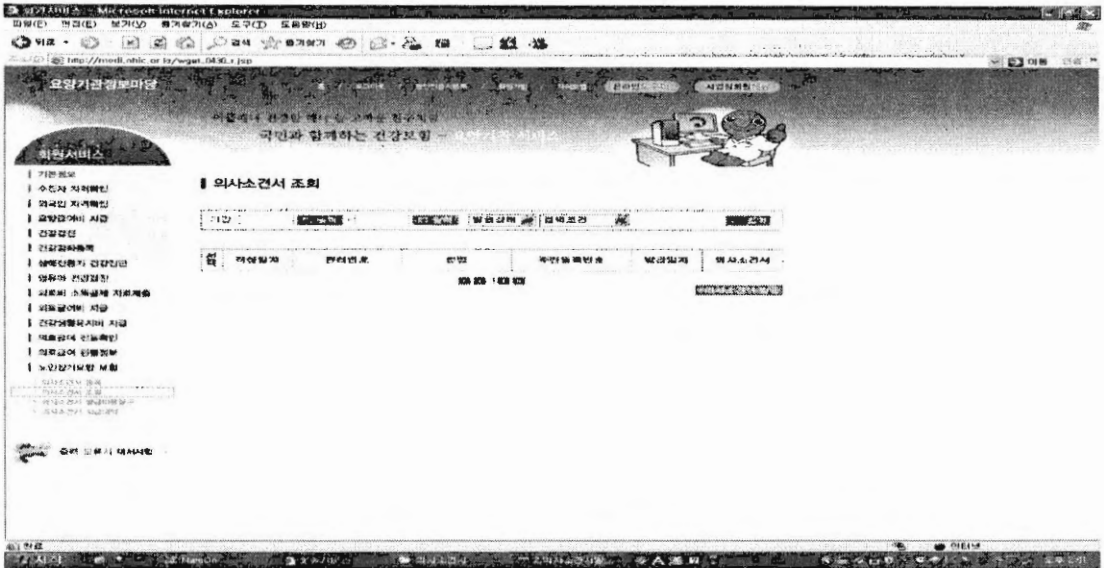
○ 의사소견서 등록

- 상병에 대한 의견 → 심신 상태에 대한 의견 → 의료적 처치에 및 필요항목 → 등록 후



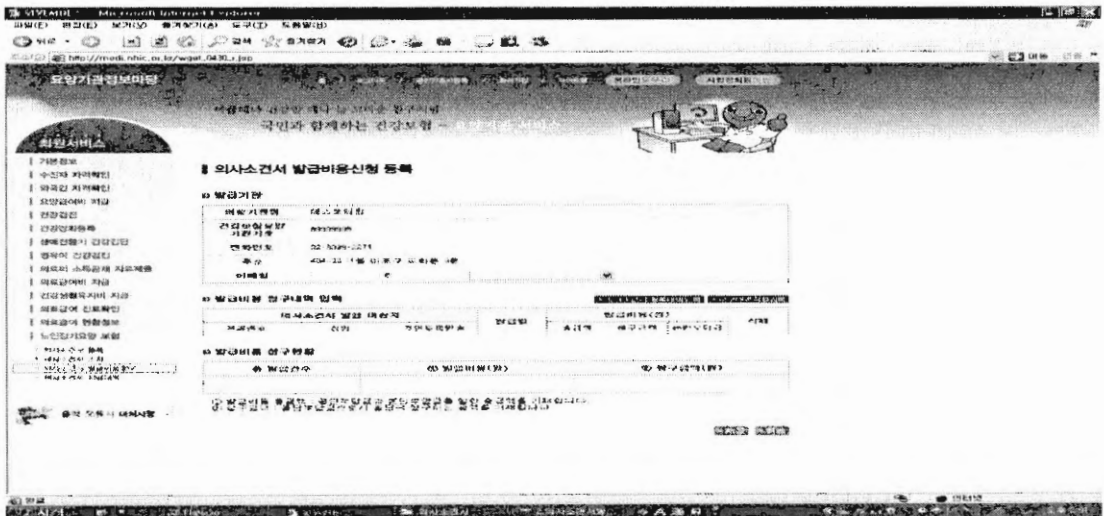
○ 의사소견서 조회

- 등록된 의사소견서 조회 및 발급



○ 의사소견서 발급비용 청구

- 발급한 의사소견서 비용 청구



○ 의사소견서 청구 지급내역 확인



주) 의사소견서 발급후 발급비용 청구시 인터넷 또는 서면으로 청구할 수 있으며, 인터넷 청구시 의사소견서 등록(page 53)은 필수사항이 아님(향후 의사소견서 발급방법 확대를 고려하여 설계된 화면임)

참고1 FAQ 모음

<Q1> 의사소견서 발급비용 청구 시 인터넷을 이용하여 청구 할 수 없는 경우 다른 청구 방법이 있습니까?

○ 의사소견서는 공단 홈페이지(<http://www.nhic.or.kr>)나 요양기관 정보 마당 (medi.nhic.or.kr)에서 해당 서식 발급 및 급여비용 청구·심사·지급결정통보가 모두 이루어질 수 있도록 하였습니다.

- 다만 부득하게 건강보험 홈페이지의 인터넷 포털 이용이 불가능한 경우 서면으로 청구를 할 수 있으며, 서면으로 청구할 경우에는 의사소견서 발급 비용 청구서 및 의사소견서 발급비용 청구내역(노인장기요양보험법 시행규칙 【별지4호 서식】)을 작성하여 공단 본부(장기요양심사실)로 우편 접수하여야 합니다.

◆ 접수처

서울시 마포구 독막길 24(염리동 168-9) 국민건강보험공단 장기요양심사실
우편번호 : 121-749 ☎ 02) 3270-6806 FAX : 02) 3270-6898~6899

- 의사소견서 발급비용 청구서의 청구인은 의료기관 대표자로 하며, 청구서 및 청구내역은 의료기관 종사자가 직접 작성하고 청구서에는 의료기관 대표자가 반드시 서명·날인하여야 합니다.
- 의사소견서 발급비용 청구서는 일반대상자와 의료급여수급권자를 각각 구분하여 청구하여야 하며, 청구는 월 단위로 청구합니다.

(별지 제3호 서식)

<p>의사소견서 발급의뢰서</p>			
<p>관리번호:</p>			
발급대상자		주민등록번호	
주 소			
본인일부 부담금	<input type="checkbox"/> 일반(20%) <input type="checkbox"/> 의료급여 수급권자(10%) <input type="checkbox"/> 저소득층·생계곤란자 경감대상자(10%) <input type="checkbox"/> 국민기초생활보장 수급권자(면제)		
<p>「노인장기요양보험법 시행규칙」 제2조에 따라 위와 같이 의사소견서 발급을 의뢰합니다.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">국민건강보험공단 이사장 (인)</p>			
<p>※ 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제4조제4항에 따라 의료기관에서는 상기 발급의뢰서를 지참한 분에 대하여 의사소견서 발급비용 중 본인이 부담하여야 하는 비용을 본인에게 받고, 나머지 비용은 국민건강보험공단에 청구하여야 합니다.</p>			

210mm×297mm[일반용지60g/m'(재활용품)]

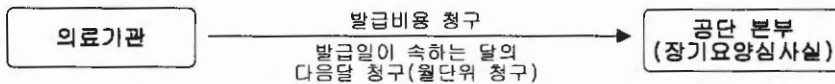
II. 방문간호지시서 발급비용 청구방법

1. 방문간호지시서(별지 제22호 서식) 발급비용

환자내원시	의사방문시	비고
15,000원	48,300원	보건기관 미확정

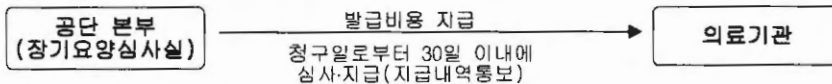
주) 방문간호지시서 진찰료 별도 산정 불가

2. 방문간호지시서 발급비용 청구절차



- 청구주기 : 월단위로 청구하되 발급일이 속하는 달의 익월까지
- 청구방법 : 포털(전자문서 교환방식)청구
 - 공단 홈페이지 <요양기관> 접속하여 발급비용 청구내역 입력 및 저장
 - ※ 공단 홈페이지(www.nhic.or.kr) → 요양기관정보마당(medi.nhic.or.kr) → 회원서비스 → 노인장기요양보험 → 방문간호지시서 발급비용 청구
- 구비서류 ... 별지 23호 서식
 - 방문간호지시서 발급비용 청구서 및 방문간호지시서 발급비용 청구명세서
- 방문간호지시서 유효기간 : 발급일로부터 180일

3. 방문간호지시서 발급비용 지급절차



- 공단은 지급할 방문간호지시서 발급비용에 대하여 청구를 받은 날로부터 30일 이내에 이를 심사하여 지체없이 비용을 지급
- “장기요양급여비용심사·지급결정통보서”를 포털로 송부
- 방문간호지시서 발급비용은 건강보험 요양급여비를 지급하는 의료기관의 대표계좌로만 입금

◆ 방문간호 급여는 본사업 시작일인 '08.7.1부터 시작되므로 방문간호지시서 산정지침 등을 보완하여 추후 안내 예정이오니 참고하시기 바랍니다.
(노인장기요양보험 3차시범사업 지역제외)

[별지 제22호서식]

※ 발급번호 : 방문간호지시서(의사·한의사용)		수급자	성명	
본인 일부 부담 금	<input type="checkbox"/> 일반(20%) <input type="checkbox"/> 의료급여 수급권자(10%) <input type="checkbox"/> 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%) <input type="checkbox"/> 국민기초생활보장 수급권자(면제)		주민등록번호	
		방문 여부	장기요양인정번호	
			장기요양등급	
			<input type="checkbox"/> 환자내원	
			<input type="checkbox"/> 의사방문	
질병명				
수급자 상태 및 주 호소 내용				
필요처치처방	※ 방문간격: 주 회		필요처치검사	
주사·투약 처방			교육, 상담, 의뢰 유의사항 등	
투여중인 약제의 용량·용법				
현재 장착· 사용의 료기기 등에 ✓ 표시	영양관리 <input type="checkbox"/> 일반식 <input type="checkbox"/> 특별식 _____ <input type="checkbox"/> 중심정맥영양 <input type="checkbox"/> 경관영양 : _____ cc/일, 열량 : _____ cal/일 <input type="checkbox"/> L-tube <input type="checkbox"/> Gastrostomy tube(튜브사이즈 , 일에 1회 교환) 배뇨관리 <input type="checkbox"/> (Foley/Cystostomy/CIC)(사이즈 , 일에 1회 교환) <input type="checkbox"/> 방광세척 <input type="checkbox"/> 방광훈련 <input type="checkbox"/> 요루관리 <input type="checkbox"/> 인공항문 <input type="checkbox"/> 인공방광 호흡관리 <input type="checkbox"/> 산소 ___ ℓ/min <input type="checkbox"/> 기관지절개관(사이즈 , 일에 1에 교환) <input type="checkbox"/> 인공호흡기 <input type="checkbox"/> 흡인(① oro & nasal ② intra-tracheal) 상처관리 <input type="checkbox"/> 외과적 상처 Dressing (부위 빈도 ___회/주) <input type="checkbox"/> 봉합사제거 ___월 ___일 욕창 Dressing (부위 빈도) 기타 ()			
	상기와 같이 지시합니다.			
의사성명		(서명 또는 인)		
의사면허번호 :				
의료기관명(건강보험요양기관기호) :		전화번호 :		
의료기관 주소 :		팩스번호 :		
※ 발급번호 : 요양기관기호-연도번호-일련번호 순으로 기재하시기 바랍니다. 예) 00000000-0101-0001				

210mm×297mm(일반용지60g/m²(재활용품))

노인장기요양보험제도의 주요쟁점

조남범 (마포 재가노인복지센터장)

노인장기요양보험제도의 주요쟁점

조남범 회장 (한국재가노인복지협회)

- 노인장기요양보험제도는 신체적 및 정신적 장애로 인하여 장기간 일상 생활에 필요한 기능을 스스로 수행할 수 없는 노인 등에게 보험의 원리에 따라 보건·복지서비스를 제공하며
- 이를 통해 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고
- 가족의 부담을 경감시켜 국민의 삶의 질을 향상시킨다는 점에서 볼 때 매우 필요한 제도라 여겨짐.
- 우리나라에서는 지난 2007년 4월 2일 노인장기요양법이 국회 본회의를 통과한 후 2008년 7월부터 시행될 예정인데 지난 6월2일 보건복지가족부의 노인장기요양보험 자문위원회에서 논의된 제도의 주요쟁점들을 살펴보고자 함

1. 대상자 범위의 제한

- : 전 국민이 보험료 납부, 혜택은 노인인구의 3% (약 17만명)
(지난 6월6일 SBS 8시 뉴스에 보도됨)

2. 등급판정 결과에 대한 불만

- : 등급판정 내용이 너무 까다로워 등급탈락자들의 불만이 표출되고 있음.
(특히 치매노인에 대한 판정결과에 대한 불만이 많음)

3. 등급판정 절차의 복잡성

- : 신청 → 방문조사 → 의사소견서 발급 → 등급판정위원회 심사 → 판정 결과 통보 → 서비스계약 → 서비스 수급

(의사소견서 발급시 오래 기다려야 하는 불만표출과 형식적인 절차에 의한 소견서 발급, 일반 병·의원과 한방병원과의 차별성에 대한 논의도 있을 수 있음)

4. 본인부담 과중

: 시설입소시 20%+비급여, 재가급여서비스 이용시 15%+비급여, 서비스 질에 대한 불만

5. 인프라(시설) 부족 및 지역별 불균형

: 5월28일 현재 장기요양기관 지정신청 현황
(1,260개소 : 요양시설 434개소, 재가시설 826개소)

6. 요양보호사 교육기관 난립과 질 낮은 요양보호사 양성 문제

: 현재 필요한 숫자는 7만명(파트타임 포함) 5월21일 현재 2만7천명 양성, 12만 5천명 교육중
→ 5월10일 현재 교육기관의 수는 750여개소
(향후 문을 닫는 기관 속출한 것으로 예상됨)

7. 수가가 낮고 정액제 체계의 문제

: 신체적 등급에 따른 단순 정액 수가체계 적용으로 행위별, 서비스 단위별, 수발의 난이도 등에 따른 수가 제도가 이루어지고 있지 못함.
또한 저수가로 인해 종사자 감원, 계약직 증가 및 서비스 질 저하가 우려됨.
→ 신규진입 사업자들에게는 문제없을 수 있으나 기존 시설들은 운영의 어려움이 예상됨.

고령화사회, 그리고 한의계와 정부의 역할

하재규 (한의신문 편집국장)

제가 이 자리서 말씀드리고 싶은 것은 노인요양보험제도 그 자체 보다 앞으로 다가올 고령화 사회입니다. 한의계와 정부가 어떻게 우리 어르신들의 건강한 삶을 위해 기여할 수 있을 것인가에 대해 초점을 맞춰 보았습니다.

지난 해 4월2일 ‘노인장기요양보험법’ 이 국회 본회의를 통과했습니다. 하지만 이 법안만큼 우여곡절이 많았던 법안도 드물 것입니다.

‘노인장기요양보험법’ 이라는 법안의 명칭 하나만 가지고도 7개의 명칭이 대립했습니다.

정부의 ‘노인수발보험법’ 을 시작으로 정형근 의원의 ‘국민장기요양보험법’, 안명옥 의원의 ‘국민요양보장법’, 김춘진 의원의 ‘국민장기요양보험법’ 을 비롯 ‘장기요양보장법안’ (발의:현애자 의원), ‘장기요양보험법안’ (발의:장항숙 의원), ‘노인수발보험법 제정에 관한 청원’ (소개:고경화 의원)등이 그것입니다.

명칭뿐만이 아니었습니다. 법안의 내용도 충돌과 조정을 거듭했습니다.

본인부담금 비율, 관리감독권, 지자체 요양시설 인프라 기준 등 노인들에게 인기 있는 법안이다 보니 국회의원 마다 자신의 법안을 통과시키려 물밑 경쟁이 치열했던 법안입니다.

하지만 이 법안이 통과하기까지 가장 어려움을 겪었던 것은 바로 한의계일 것입니다. 법안 초기만 해도 ‘한의사’ 란 문구는 그 어디에도 없었습니다.

의사협회는 아예 성명서까지 발표하며 ‘한의사’ 는 소견서를 작성할 수 있는 전문가가 아니라며 한의사 완전 배제를 주장했습니다. 법안을 마련한 관계자들도 한의사의 참여에 고개를 갸웃거리기는 마찬가지였습니다.

그럼에도 불구하고 한의사협회는 주도적으로 나섰고, 마침내는 소견서 작성 권한과 장기요양등급판정위원회에 한의사가 참여할 수 있는 결과를 얻어냈습니다. 이는 향후 이 제도로 인해 크게 증대될 노인의료시장 진입에 중요한 전환점을 만들었다고 평가할 수 있을 것입니다.

노인장기요양보험법 한방노인의료시장 진입 중요한 의미

많은 부분이 그렇습니다만 특히 제도와 법령이 첫 시행될 때 주도적으로 참여하느냐, 못하느냐는 훗날 엄청난 차이로 그 결과가 나타납니다.

한 예로 지난 2003년 ‘한의약육성법’ 이 제정됐습니다. 당시 한의계 일각에서는 한의학 육성을 위한 각론은 없고 총론만 있는 빈껍데기 법안이라고 비난한 바 있습니다. 그러나 지금은 어떻습니까. ‘한의약육성법’ 이 있고, 없고의 차이는 하늘과 땅 차이입니다.

지난 4월21일 정부는 ‘한의약 R&D 육성 발전계획’ 을 발표하며 향후 10년간 5396억 원을 투입하겠다고 했습니다. 이 계획안은 바로 ‘한의약육성법’ 을 근거로 하고 있습니다.

이처럼 어떤 제도와 법률의 제정 및 시행 초기에 높은 관심과 적극성을 갖고 참여하

는 문제는 매우 중요합니다.

이에 비춰볼 때 오는 7월부터 시행되는 노인장기요양보험 제도에 대한 한의사 회원들의 관심은 절대적으로 필요합니다. 다행히 시도지부 보수교육은 물론 각종 모임을 통해 소견서 작성 지침 등 관련 교육에 적극 나서고 있는 것은 매우 바람직하다고 생각합니다.

이 제도의 중요성은 단지 한의사가 소견서를 작성해 발급 비용을 청구할 수 있는 것에만 그치지 않습니다.

소견서를 발급받기 위해 한방의료기관을 찾는 노인들 그 대상 자체가 향후 한방의료 시장의 중요한 고객이자, 잠재적 자산이라는 점이 핵심입니다.

각종 정부 통계에서도 드러나듯 우리나라는 지난 2000년에 이미 고령화 사회(65세 이상 노인인구의 비율이 7% 이상)에 접어들었습니다. 2018년에는 고령 사회(14% 이상), 2026년에는 초고령 사회(20% 이상)로 진입 할 전망입니다.

이 같은 우리 사회의 고령화 추세는 곧 고령친화산업의 비약적인 발전으로 나타날 것 입니다. 정부의 '고령친화산업 활성화 전략' 보고에 따르면 요양, 항노화, 실버타운, 한방의료기기, 노인성질환 한약제제, 노인용 한방화장품 등 고령친화산업 시장이 2020년에 약 2조원 규모로 증대될 것으로 내다보고 있습니다.

또한 국민건강보험공단 발표에 따르면 지난 해 우리나라 노인의료비 지출은 총 7조 3900억 원에 이릅니다. 2001년 노인의료비 총계가 3조1681억 원이었던 것과 비교하면 엄청난 증가 속도가 아닐 수 없습니다.

고령화로 인한 새로운 시장이 국내 중심 시장으로 부상

이런 현상은 향후 의료비 지출의 중심 세대가 노령층과 저출산 풍조에 따른 베이비(BABY)와 키즈(KIDS) 세대로 대별될 수 있음을 예고하고 있습니다.

따라서 한의계는 이 같은 시대의 급변하는 흐름을 예의주시할 필요가 있습니다. 개원 한의사는 물론 한의사협회와 한의학회의 역할이 중요합니다. 이제와는 다른 역할이 요구되고 있고, 그 역할의 핵심은 저출산, 고령화에 따른 한의학 미래 비전을 정립해야 한다는 것입니다.

예를 들어 지난 4월 발표된 '한의약 R&D 육성 발전계획' 을 살펴볼 필요가 있습니다. 10년간 투입되는 예산 5396억 원입니다. 이 가운데 '노인' 을 주제로 한 연구사업과 예산은 어떻게 짜여져 있을까요.

△노인성질환 및 중풍진단기술 개발(수행기간 9년) 45억 원 △노인성질환 및 중풍치료기술 개발(수행기간 6년) 30억 원 △만성·난치성질환 한약제제 개발(수행기간 9년) 130억 원 등이 주요 사업입니다. 물론 각종 진단기기 및 치료기기 개발 사업도 넓은 범주에서 볼 때 노인성질환 관련 사업과 무관하지는 않을 것입니다.

하지만 아무리 많은 예산과 주요 사업이 기획돼 있어도 이를 효율적으로 수행하지 못하면 훗날 연구를 위한 연구에 그칠 수 있는 소지가 많습니다. 따라서 이 같은 R&D

를 조정·지휘할 수 있는 컨트롤 타워가 협회와 학회의 유기적 연계아래 운영돼야 할 것입니다.

또한 한의협의 각종 위원회 구성도 다시 한 번 살펴 볼 필요가 있습니다. 의무, 약무, 법제, 정책기획, 홍보 등 주로 ‘협회 회무’ 중심으로 편제돼 있습니다. 이는 오랜 관습이기도 합니다. 하지만 이제는 미래 지향적 시각으로 새로운 필요와 요구를 이끌어 내야 할 것입니다.

가령 고령화로 인한 새로운 시장이 국내 보건의료산업의 중심 시장으로 부상한다면 협회에도 이에 대비하고 정책을 제시할 수 있는 위원회와 의료분야를 선도할 수 있는 한의학 고유의 방안 등을 마련해 미래시장을 예측하고 통제할 수 있는 준비에 나서야 할 때라고 판단합니다.

이는 학회 역시도 마찬가지입니다. 30개의 정회원 학회 중 ‘저출산’, ‘고령’, ‘노인’을 학회 명칭으로 사용했거나, 이 부분을 전문적으로 연구하는 학회가 존재하지 못하고 있고 2000년 시작한 한국노년의학회의 활동도 미비한 실정입니다.

정부 차원 ‘전통노인건강증진연구원’ (가칭) 설립 필요

이에 반해 양방에서는 이미 ‘대한노인병학회’, ‘대한노인정신의학회’ 등이 운영되며, 관련 분야의 전문적 연구에 나서고 있습니다.

그렇다고 한의과대학, 산업체, 연구소 등에서 이 역할을 대신하여 주지도 않습니다. 노인성질환에 대한 한방의료 중요성은 인정하면서도 정작 전문적인 연구와 접근은 부족합니다.

다만, 여기 계신 이철완 부회장님께서 지난 1997년 개소한 ‘한국노인병연구소’가 운영되고 있습니다만, 이 역시도 한의계의 무관심과 정부의 지원 미비로 인해 사비 지출에 의존하는 형태로 어렵게 운영되고 있을 따름입니다.

이 부분은 정부에서도 관심을 가져야 할 것입니다. 장기적으로는 정부 차원의 ‘전통노인건강증진연구원’ (가칭) 설립이 필요하다는 생각입니다.

다시 한 번 강조하고 싶은 것은 노인장기요양보험의 시행은 한의학 도약의 새로운 전환점이 돼야한다는 것입니다.

이 제도를 계기로 한의계는 ‘노인’ 관련 정책의 전반적인 재점검에 나서야 할 것입니다.

협회의 역할, 학회의 역할, 협회와 학회의 연계, 한의계와 정부의 협력 등 현재 진행형인 ‘저출산’ 과 ‘고령화’ 를 새로운 상상력을 갖고 볼 때 그 상상력은 현실이 될 수 있을 것입니다.

노인장기요양보험제도와 한의학의 역할

이철완 (대한한의학회 수석부회장, 한국노인병연구소장)

우리나라도 고령사회에 접어들고 있다. 나라에서도 금년 7월부터 노인장기요양보험제도를 시행한다. 그 취지는 복지사회에 부합되지만 돈을 내는 국민이나 이를 시행하는 나라에서도 준비가 미흡하다. 그 이유는 아직 노인성질환에 대한 확실한 이해가 없기 때문이다.

노인성질환은 인류 역사상 최초로 겪는 질환이다. 그래서 연구와 많은 노력이 필요하다. 진단도 어렵지만 치료 또한 쉽지 않다. 시범사업에 선정된 노망(매병), 중풍(중풍후유증), 진전 등은 이미 오랫동안 노인층을 괴롭혀온 질환이다. 그래서 그런 병들이 잘 낫지 않고 고생하다가 결국 사망하는 현실도 잘 알고 있다. 그 과정 중 겪는 가족이나 국가의 부담은 보건복지의 과제가 된다.

한의학의 장점은 변증시치이다. 변증시치는 증상에 따라 치료방법을 선정하여 치료하는 방법이다. 한 가지 질병이라도 증상에 따라 다른 치료를 한다. 노인성질환이 노화가 전제된 다양한 임상증상이 포함된 증후군이고 그래서 치료가 까다롭고 잘 낫지 않는다는 점을 고려하면 한의학은 노인의학의 큰 메리트가 된다.

한의학의 장점을 살리려면 몇 가지의 문제를 해결해야 한다. 기존 진단방법이외에 기혈의 총량이나 흐름 상태를 체크하고, 심신의 균형과 체질에 따른 이론을 도입해야만 복잡하고 까다로운 노년층의 질병을 해결하는 좋은 방법이 된다. 그리고 건강한 노년층을 위한 프로그램을 만들기 위해 동양의학의 많은 문헌 중 長壽에 대한 자료를 검토하고 집중적이고 체계적인 연구를 해야 한다.

7월 시행을 앞둔 노인장기요양의 대상이 되는 노인성질환의 범위와 관리 방법을 고려한다면 이에 따른 확실한 국가의 의지가 있어야 한다. 노인층에 대한 보건정책의 방향은 국가의 미래를 점칠 중요한 사항이기 때문이다. 노인장기요양보험제도의 근간이 되는 보험법을 중심으로 효율적인 운영에 필요한 한의계의 의견과 역할을 을 제시하고자 한다.

- 노인성질환의 명칭은 이 법의 수급자, 가족, 관리자 및 (한)의사 모두 쉽게 알 수 있는 일상생활 용어(질환 장애)를 사용하는 것이 편리하다.
- 노인성질환의 선정은 보호와 간호가 필요한 질환이 우선이므로 우리나라 실정에 맞는 일상생활 유지능력 평가 방법을 만들어야 한다.
- 장애별 질환분류를 신설하고 이 분류에 속한 동서의학 질병(증상)을 배속시켜 동서의학 각각 고유의 용어로 질환 명(名)을 함께 기술하여 용어 혼동으로 인한 혼란을 방지한다.

상기 내용을 종합적으로 검토하고 운영할 수 있는 국가차원의 연구기관이 필요하며 미래지향적인 틀과 독자적인 고유 장점을 부각시키기 위해 한의계가 주도적인 역할을 담당해야 한다.

- 수급대상자의 연령을 50세 이상으로 정하는 것이 본 법안의 명칭에 부합되며 이를 관리하는 면에서도 여러 장점이 있다.
- 본 법안은 노인복지에 근거한 건강보험의 일종으로 수급자에 대한 효율적인 운영이 중요하므로 동서의학에서 사용하고 있는 질병분류코드의 혼용보다는 자체의 보험코드를 만들어 사용하는 것이 보다 효과적일 것으로 생각된다.
- 노인성질환의 정의, 원인, 증상, 진단, 치료원칙 및 예후 등의 한의학 기본 지식은 본 법안의 의도하는 목적에 따라 세분되어 연구되어야 한다. 또한 추후 노인복지정책 방향에 따른 한의계의 발 빠른 대처가 필요하며 이에 대한 심도 있는 논의가 요구된다.

건강한 노후생활을 위한 국가의 정책에 발맞추어 협회에서는 고령층 건강을 위한 위원회 설치와 전문의제도 도입을 적극 추진해 이 분야에 대한 협회의 능동적 대처능력을 보여주어야 하고, 11개 전국한의과대학과 1개 전문대학원에서는 관련 학과목의 개설을 통한 임상교육을 조속히 실시해 이 분야에 대한 전문 의료인 양성에 기틀을 마련해야 하며, 학회에서는 이론적 배경과 학문적 뒷받침을 위한 분위기 조성(관련 학회의 활성화 및 연구 방향)을 마련해야 한다. 또한 대학 내 연구기관이나 개인 및 관련 단체 연구소 등에 대한 범 한의계의 지원을 통해 고령층에 대한 합리적 관리 방안을 마련해 한의계의 위상을 높인다.