Korea Institute for Health and Social Affairs

연구보고서 2014-22-1-3

초저출산·초고령사회의 위험과 대응전략
: 초고령사회와 노인복지서비스

강은나 · 박세경 · 배혜원 · 이민홍
박은정 · 오세웅 · 홍이진

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】
강은나 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요저서】
성별 생애주기별 노후준비지표 개발 연구
보건복지부·한국보건사회연구원, 2013(공저)
복지전달체계 효율성 및 효과성 제고방안: 민간 사회복지시설을 중심으로
경제·인문사회연구회, 2013(공저)

【공동연구진】
박세경 한국보건사회연구원 연구위원
배혜원 한국보건사회연구원 연구원
이민홍 동의대학교 사회복지학과 부교수
박은정 독일 보훔대학교 사회학과 박사과정
오세웅 일본 토키와대학 커뮤니티진흥학부 조교수
홍이진 성신여자대학교 사회복지학과 교수

연구보고서 2014-22-1-3

초고령사회와 노인복지서비스

발 행 일	2014년 12월 31일
저 자	강 은 나
발 행 인	최 병 호
발 행 처	한국보건사회연구원
주 소	(339-007)세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
전 화	대표전화: 044)287-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등 록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처	한디자인
정 가	7,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2014
ISBN 978-89-6827-175-5 93330

발간사

2000년 이후 급속한 노인인구 증가율은 경제, 사회, 문화, 산업, 금융 등 우리 사회의 전반에 걸쳐 변화와 적응을 요구하고 있다. 고령사회에 대비하기 위해 우리나라는 사회보험방식의 노인장기요양보험을 도입하고 노인들의 경제활동 참여지원 정책을 확대하는 등 지난 10년간 새로운 제도 도입과 정책 개발이 이루어지고 있다. 그러나 이러한 노력들이 미래의 위험을 전망하고 예방하기 위한 거시적이고 장기적인 설계 하에 작동되고 있다고 보기에는 한계가 있다. 그동안 노인빈곤 문제와 노인돌봄 문제를 중심으로 노인복지서비스가 확대되어왔다면, 이제는 노인의 삶 전체를 조망하고 현재가 아닌 미래 노인과 가족이 경험하게 될 사회적 위험에 대한 진단과 이에 대한 선제적인 대응정책이 요구되고 있다.

이제 곧 고령사회 진입과 함께 노인인구비율이 20%인 초고령사회를 10여년 앞두고 있는 시점에서 본 연구는 현재 노인복지정책의 중심축이 어디에 있고, 앞으로 어떠한 방향으로 재설계되어야 할지에 대한 함의를 제시해주고 있다. 본 연구에서 분석하고 제안한 결과가 다양한 정책과 실천현장에 반영되어 건강하고 활기찬 노년기를 영위하는 노인들이 증가하고, 사회정책의 성과를 높이는데 이바지하기를 바란다. 또한, 노인 세대뿐만 아니라 전 세대를 포괄하는 유연한 사회시스템 구축에 기여하고, 향후 관련된 후속연구가 많이 이루어지기를 기대해 본다.

본 보고서는 강은나 부연구위원의 책임 하에 원내의 박세경 연구위원과 배혜원 연구원, 원외의 동의대학교 사회복지학과 이민홍 교수, 그리고 해외 사례를 집필해 주신 성신여자대학교 사회복지학과 홍이진 교수, 일

본 토키와대학교 오세웅 교수, 독일 보훔대학교 박사과정 박은정 선생에 의해 작성되었다. 그리고 바쁘신 중에도 본 보고서를 검독해 주신 본 원의 오영희 연구위원과 강남대학교 실버산업학부 박영란 교수, 그리고 인천대학교 사회복지학과 전용호 교수에게 감사의 마음을 전한다. 또한, 본 연구를 위해 많은 아이디어와 자문을 제공해 주신 학계 및 사회복지 실천 현장의 모든 분들께 깊은 감사를 드린다.

2014년 12월

한국보건사회연구원장

최 병 호

목 차

Abstract ····· 1
요 약 ····· 3

제1장 서론 ····· 9
제1절 연구의 배경 및 목적 ····· 11
제2절 연구내용 및 방법 ····· 14
제3절 연구의 개념적 및 구조적 논의 ····· 19

제2장 노인복지서비스 발달과정과 현황 ····· 27
제1절 노인복지서비스 내용 ····· 29
제2절 노인복지서비스 인프라 ····· 33
제3절 노인복지서비스 이용자 ····· 53
제4절 노인복지서비스 예산 ····· 66
제5절 노인복지서비스 변화진단 ····· 69

제3장 초고령사회 노인의 사회적 위험 진단과 서비스 수요전망 ····· 75
제1절 불안정한 소득보장과 경제활동 ····· 77
제2절 사회적 고립과 사회참여 ····· 84
제3절 불건강노인과 돌봄 ····· 91
제4절 불안전한 생활환경과 지역사회 거주 ····· 102
제5절 소결 ····· 107

제4장 해외 초고령 국가의 노인복지서비스 ····· 111
제1절 일본 ····· 113
제2절 독일 ····· 136
제3절 이탈리아 ····· 164
제4절 시사점 ····· 180

제5장 결론 ····· 185
제1절 노인복지서비스 대응 방향 ····· 187
제2절 노인복지서비스 정책과제 ····· 189

참고문헌 ····· 199

표 목차

〈표 1- 1〉 노인복지서비스 관련 법률 검토 ····· 21
〈표 1- 2〉 EU의 활동적 노화 및 세대 간 연대의 핵심 원칙 ····· 25
〈표 2- 1〉 노인보건복지서비스 변화양상(2001-2014) ····· 32
〈표 2- 2〉 노인복지법 제·개정에 따른 노인복지시설 변화과정 ····· 34
〈표 2- 3〉 연도별 노인복지시설 유형별 현황(2002-2013) ····· 36
〈표 2- 4〉 노인복지시설(경로당 제외) 변화 추이(2002-2013) ····· 37
〈표 2- 5〉 노인인구 및 노인복지시설 변화 분석 ····· 39
〈표 2- 6〉 연도별 노인주거복지시설 현황(2000-2013) ····· 41
〈표 2- 7〉 연도별 장기요양기관 현황(2008-2013) ····· 42
〈표 2- 8〉 재가복지서비스 제공기관 현황(노인장기요양보험 재가급여 제외) ····· 43
〈표 2- 9〉 연도별 노인일자리사업 수행기관 현황(2007-2013) ····· 43
〈표 2-10〉 연도별 노인여가복지시설 현황(2002-2013) ····· 44
〈표 2-11〉 노인인구 및 노인여가복지시설 변화 분석 ····· 45
〈표 2-12〉 시도별 노인복지시설 변화 추이(2002, 2008, 2013) ····· 46
〈표 2-13〉 시도별 노인주거복지시설 변화 추이(2002, 2008, 2013) ····· 47
〈표 2-14〉 시도별 장기요양기관 변화 추이(2008, 2013) ····· 48
〈표 2-15〉 시도별 노인여가복지시설 변화 추이(2002, 2008, 2013) ····· 50
〈표 2-16〉 연도별 노인복지시설별 종사자 현황(2002-2013) ····· 51
〈표 2-17〉 장기요양기관 근무 인력 현황(2009-2013) ····· 53
〈표 2-18〉 노인복지서비스 이용자 선정기준(이용자격) ····· 55
〈표 2-19〉 노인장기요양보험 급여종류별 이용자 현황(2009-2013) ····· 59
〈표 2-20〉 재가복지서비스 이용자 변화(노인장기요양보험 재가급여 수급자 제외) ····· 60
〈표 2-21〉 경로당 및 노인복지관 이용자 현황(1998, 2004, 2011) ····· 62
〈표 2-22〉 연도별 노인학대 신고접수 현황(2005-2013) ····· 63
〈표 2-23〉 노인복지서비스 이용자 현황 ····· 65
〈표 2-24〉 연도별 노인복지예산 현황(2002-2014) ····· 66

〈표 2-25〉 노인복지예산 유형별 변화추이(2002-2014) ····· 68
〈표 3- 1〉 한국과 OECD의 중고령자 경제활동 현황(2001-2012) ····· 79
〈표 3- 2〉 노인의 고용률 전망(2000-2050) ····· 81
〈표 3- 3〉 중고령인구의 산업별·직업별 경제활동 특성(2005, 2010, 2014) ····· 83
〈표 3- 4〉 우리나라 노인인구의 기대수명 및 노년기 변화추이 ····· 85
〈표 3- 5〉 OECD국가 65세 이상 노인인구의 여가시간 비율(2006) ····· 86
〈표 3- 6〉 65세 이상 노인인구의 여가 종류별 생활시간: 한국, 일본, 핀란드, 노르웨이 ··· 87
〈표 3- 7〉 60세 이상 노인인구의 여가시간 변화 추이(2006, 2010, 2012) ····· 88
〈표 3- 8〉 60세 이상 노인인구의 여가비용 변화 추이(2006, 2010, 2012) ····· 88
〈표 3- 9〉 주요국의 중고령층 자원봉사참여율: 호주, 캐나다, 영국, 미국 ····· 89
〈표 3-10〉 자원봉사자의 비율 추이(1999-2011) ····· 89
〈표 3-11〉 전국 지역자원봉사센터 연령별 자원봉사자 현황(2007, 2010, 2013) ····· 90
〈표 3-12〉 돌봄서비스 대상자 현황(2006-2012) ····· 95
〈표 3-13〉 돌봄수요 노인비율 및 노인인구 전망(2010-2050) ····· 97
〈표 3-14〉 65세 이상 노인 진료비 추이(2005-2013) ····· 100
〈표 3-15〉 연령대별 노인 1인당 월평균 진료비 추이(2003-2011) ····· 100
〈표 3-16〉 65세 이상 노인인구의 안전사고 사망원인(2012) ····· 103
〈표 3-17〉 65세 이상 노인인구의 교통사고 및 운전면허 소지자 현황 ····· 104
〈표 3-18〉 65세 이상 노인인구의 안전사고 발생장소 현황 ····· 105
〈표 4- 1〉 고령화율의 변화와 주요 노인복지 관련정책 ····· 114
〈표 4- 2〉 개호보험제도의 급여내용 ····· 127
〈표 4- 3〉 지역밀착형 서비스의 종류와 내용 ····· 129
〈표 4- 4〉 오사카시의 고령자 복지서비스 개요 ····· 131
〈표 4- 5〉 연대별 주요 노인 관련 정책 변화 ····· 138
〈표 4- 6〉 재가수발서비스 종류 및 내용 ····· 155
〈표 4- 7〉 부분시설 수발 관련 규정 ····· 156
〈표 4- 8〉 시설수발 관련 규정 ····· 157
〈표 4- 9〉 노인복지 서비스 제도의 정책적인 변화의 배경 ····· 166

〈표 4-10〉 이탈리아와 15개국 유럽의 55-64세 인구의 학력별 고용율(1997, 2005) … 169
〈표 4-11〉 이탈리아 노인복지서비스 종류 …… 176
〈표 4-12〉 초고령사회의 노인복지서비스 현황과 시사점 …… 183

그림 목차

[그림 1-1] 연구내용 및 방법 …… 16
[그림 2-1] 노인복지시설 종류별 비중 변화(2002-2013, 경로당 제외 시설) …… 38
[그림 2-2] 노인복지서비스 제공기관 유형 …… 40
[그림 2-3] 노인복지시설 유형별 종사자 변화추이(2002-2013) …… 52
[그림 2-4] 연도별 노인주거복지시설 이용자 현황(2000-2013) …… 57
[그림 2-5] 연도별 노인장기요양보험 이용자 현황(2008-2013) …… 58
[그림 2-6] 연도별 노인일자리사업 참여자 현황(2004-2013) …… 61
[그림 2-7] 노인복지예산 유형별 변화추이(2002-2014) …… 68
[그림 2-8] 2014년도 노인복지예산 구성 …… 69
[그림 3-1] 노인의 고용률 전망(2000-2050) …… 82
[그림 3-2] 65세 이상 노인의 치매노인환자수 및 치매유병률 추이(2010-2050) …… 93
[그림 3-3] 돌봄수요 노인 비율 및 노인인구 전망(2010-2050) …… 98
[그림 4-1] 지역포괄케어시스템의 전체구조 …… 134
[그림 4-2] 수발보험법의 서비스 …… 154
[그림 4-3] 지역 노인복지서비스 구조 …… 158
[그림 4-4] 초고령화 대응 기본 틀 …… 175

Abstract

Super-aged Society and Social Services for the Elderly

South Korea is experiencing population aging that is unprecedented in the world, and it is predicted that Korea will enter the super-aged society in 2026. Therefore, aging is a major research theme in all social and economic aspects. However, most research is concentrated on negative effects of economics, and researchers do not concern about social services for the elderly to prepare the super-aged society in Korea. Therefore, this study aims to identify the social risks emerging in super-aged society and to suggest the political implications for preparing the population aging. To achieve these research goals, literature review, secondary data analysis, in-depth face-to-face interviews and focused-group interviews are taken.

This study consists of four parts. The first part reviews and evaluates the changes of social policies for the elderly, especially conducted by central government. The second part presents the changes of older people's demands or needs according to four categories which are employment, social participation, social care, and safe environment. The third part examines the emerging problems of the elderly and social policies to respond

to these problems in three super-aged countries which are Japan, German, and Italy, and discuss the implication to our society. Based on the findings, the last part makes suggestions for the basic policy directions and main political parts, which interventions are needed before turning into the super-aged society.

요 약

1. 연구배경 및 목적

□ 우리나라는 세계적으로 유례가 없는 빠른 속도로 고령사회로 향해 가고 있으며, 고령사회 진입 후 약 10년 후에는 초고령 사회에 도달할 것으로 예측됨.

○ 그러나 우리사회는 아직까지 고령사회를 대비하기 위한 사회경제적인 시스템 변화가 더딘 상태이며, 증가하는 노인인구와 노인집단의 다양성을 포괄할 수 있는 노인복지서비스의 구조와 내용에 대한 논의가 부족한 실정임.

○ 기존 연구는 주로 노동생산성과 경제성장, 복지재정 등과 같은 고령화로 인한 경제적 위험 예측과 대안 마련에 초점을 두고 있으며, 노인인구의 수요변화나 노인복지서비스의 개편방안에 관한 종합적인 연구는 찾아보기 힘듦.

○ 이에 다가오는 초고령 사회를 대비하여 노인복지서비스에 대한 다차원적인 진단과 개선방안에 대한 필요성이 제기됨.

□ 본 연구는 초고령 사회 진입에 앞서 노인인구 및 복지환경 변화를 전망하고, 노인복지서비스 발전 방향성을 제시하는 것을 목적으로 함. 이를 위해 과거와 현재까지의 노인복지서비스 변화 양상을 분석하고, 노인복지서비스의 수요변화와 고령화로 인한 사회적 위험을 진단하고자 함. 이와 함께 초고령사회에 진입한 국가에서 발생하는

노인문제와 이를 해결하기 위한 정부차원의 해법을 종합적으로 검토하여 우리 사회에 주는 함의를 도출고자 함.

2. 주요 연구결과

가. 노인복지서비스 발달과정과 현황

□ 노인복지서비스는 2000년대 초반 재가복지서비스 중심에서 경제활동, 여가활동, 노인학대예방과 같은 권익증진 등으로 서비스 영역과 내용이 다양화되는 양상을 보임.

○ 그러나 노인요양서비스와 노인일자리사업의 비중이 타 영역에 비해 매우 높은 것으로 나타남.

□ 노인복지서비스 이용노인의 규모는 2000년 154,597명(4.6%)에서 2013년 1,509,702명(24.2%)으로 급증함.

○ 빈곤노인 중심의 제한적·소극적 서비스 제공에서 저소득·일반노인 대상으로 확대되면서 포괄적 및 적극적 서비스 제공으로 발전해옴.

□ 노인복지시설은 지난 10년간 양적으로 확대되어 왔으나, 노인인구 증가율에 비해서 노인복지시설 증가율은 낮은 수준임. 그러나 노인복지시설 이외에 노인복지서비스를 제공하는 시설이 증가하고 있으며, 지방자치단체 단위의 노인복지 특화시설도 신설되고 있어 노인복지서비스 공급주체의 다양화가 발견됨.

□ 노인복지예산은 주로 현금지원으로 지출되며, 2014년 현재 노인복지서비스에 해당하는 예산은 16.4%인 것으로 나타남.

○ 노인복지서비스 예산의 약 70%는 장기요양과 돌봄서비스에 지출되고, 나머지 30% 정도는 노인일자리사업으로 사용되고 있어 실질적으로 노인여가활동이나 권익향상 등에 사용가능한 예산은 매우 적음.

나. 노인의 사회적 위험진단과 노인복지서비스 수요전망

□ 불안정한 소득보장과 경제활동

○ 노인의 사적이전소득 감소와 불안정한 노후준비는 노인빈곤율을 높이고 있으며, 이에 대한 대응으로 우리나라 노인의 경제활동참여율은 높아지고 있음.

○ 2000년 이후 연도별 노인 고용율을 기반으로 노인고용율 변화를 전망한 결과, 우리나라 노인 고용율은 2010년 33.1%에서 2030년 36.8%, 2050년에는 40.8%로 증가할 것으로 예측됨.

○ 이에 반해 노인을 위한 양질의 일자리와 근로환경 조성은 미흡한 실정임.

□ 사회적 고립과 사회참여

○ 건강수명의 연장으로 인해 노인의 사회참여 욕구와 필요성은 높아지고 있으나, 실질적인 여가활동, 자원봉사, 평생교육 참여율은 매우 낮음.

○ 노인인구의 여가시간은 매년 조금씩 증가하고 있으나, 여가비용은 감소하고 있음. 노인 자원봉사참여율과 참여인원 역시 선진국과 비교할 때 매우 저조한 수준이지만 참여자수는 매년 증가하고 있음.

□ 불건강 노인과 돌봄

○ 신체적 건강문제보다는 치매나 우울증과 같은 인지 및 정신건강 문제를 지닌 노인이 증가될 것으로 예측됨. 이는 노인의 정신건강에 대한 개입과 요양 및 돌봄서비스 욕구를 증대시킴.

○ 신체적 및 인지적 건강상태 변화를 기반으로 노인돌봄수요를 예측한 결과, 2030년에는 노인인구의 16.5%~26.3%, 2050년에는 10.5%~33.4%가 노인돌봄서비스를 필요로 할 것으로 전망됨.

○ 돌봄서비스 수요의 증가는 필연적으로 돌봄서비스 제공인력 수요 증가를 가져옴. 그러나 돌봄인력에 대한 열악한 처우, 불안정한 고용지위, 감정노동 및 육체적 노동으로 인한 건강악화 등은 해결해야 할 과제로 남아있음.

□ 불안전한 생활환경과 지역사회 거주

○ 노인 생활안전사고, 노인운전자 교통사고, 가정 및 시설내 노인학대, 노인근로자 차별과 인권침해 등은 매년 증가하고 있음.

○ 노인보호구역 지정, 노인안전 관련 법령, 노인복지서비스 제공인력의 교육 규정 등은 매우 낮은 수준으로 노인안전에 대한 정책적 관심과 지원은 미흡한 수준임.

다. 초고령국가의 사회적 변화와 노인복지서비스

□ 국가간 사회문화적, 경제적 차이에도 불구하고 초고령사회는 빈곤노인, 독거노인, 치매노인의 증가와 이로 인한 노인의 경제활동참여, 돌봄수요, 사회참여 증대와 같은 공통적인 문제와 사회변화를

가져옴. 그리고 노인돌봄으로 인한 돌봄제공자의 경제활동 중단, 개호살인이나 개호자살, 노인범죄, 노인돌봄 제공인력 수급 등과 같은 새로운 문제를 야기하고 있음.

□ 이를 해결하기 위해 노인의 고용촉진정책, 사회참여 및 평생교육시스템 강화, 지역사회내 돌봄시스템 구축, 직장-노인돌봄 양립정책 실행, 노인주거의 다양화 정책 등이 실시되고 있음.

3. 결론 및 시사점

□ 초고령사회에 대비하기 위한 정책의 대응 방향은 노인복지서비스 및 인프라의 확대와 질적 개선, 그리고 지역친화적인 서비스 제공시스템 구축으로 제시하였음.

□ 경제활동, 사회참여, 노인돌봄, 그리고 주거환경 및 안전 영역별 개선방안은 고용환경의 고령 적합화, 생애주기적 사회참여의 기반 마련, 노인돌봄 부담의 사회적 공유, 안전한 생활환경 조성, 그리고 지속가능한 사회시스템 구축을 도출함.

□ 고용환경의 고령 적합화를 위해서는 노인의 노동역량 감소를 고려한 근무조건의 다양화와 노인근로자를 위한 물리적 환경 개선 노력, 노인고용의 사회적 차별 해소 및 노인근로자에 대한 사회적 인식 개선이 요구됨.

□ 생애주기적 사회참여 기반 마련을 위해서는 청·중년기부터 여가문화 활동의 생활화, 노인의 다양한 사회적 욕구를 충족시키기 위한

사회참여 복합모델 개발, 그리고 노인여가복지시설의 수급 조절과 기능을 강화할 필요가 있음.

□ 노인돌봄 부담의 사회적 공유를 위한 방안으로는 일과 노부모 돌봄을 병행할 수 있는 일-돌봄 양립 정책 마련, 노인이 요보호노인을 돌보는 노노케어의 증가에 따른 노인 돌봄 제공자에 대한 지원, 돌봄제공 인력의 처우개선을 위한 지속적인 노력, 노인돌봄 제공인력의 전문성 강화, 노인상담센터 설치·운영 및 전문상담인력 확보, 지역사회 내 노인돌봄공동체를 구현 등을 제안함.

□ 안전한 생활환경 조성을 위해서는 안전하고 불편함 없는 거주환경 및 노인주거형태의 다양화 대비, 지역사회내 안전한 생활환경 구축에 대한 체계적인 접근, 노인복지서비스 제공기관 및 인력에 대한 노인인권 및 학대예방 교육을 강화할 필요가 있음.

□ 지속가능한 사회시스템 구축을 위해서는 지역간 노인복지서비스 격차 및 공백에 대한 대응 장치 마련, 생애주기적 관점에서 전 연령계층을 위한 사회서비스 설계, 노인에 대한 긍정적 이미지 개선의 필요성을 제시함.

*주요용어: 초고령사회, 노인복지서비스, 사회적 위험, 수요전망

제1장
서론

제1절 연구의 배경 및 목적
제2절 연구 내용 및 방법
제3절 연구의 개념 및 구조적 논의

1 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

한국은 급격한 노인인구 증가와 출산율 저하로 대표되는 인구구조 변화에 충분한 대비 없이 고령화 사회에 진입하였으며, 인구고령화 속도는 여타 국가들과 비교하기 힘들 정도로 빠르게 진행되어 고령사회 진입을 눈앞에 두고 있다. 이와 같은 속도로 고령화가 진행된다면 향후 10여년 후면 우리 사회는 노인인구 비율이 20%가 넘는 초고령사회에 도달할 것으로 예측되고 있다.

인구고령화는 대부분의 사회구성원들에게 부정적으로 인식되고 있으며, 이에 따른 국가 차원의 대책마련이 요구되고 있다. 우리 국민의 약 91.1%는 고령화 현상이 심각한 것으로 인식하고 있었으며, 향후 10년 이후 저출산·고령화 문제가 현재보다 심각해질 것이라는 응답이 86.9%로 나타났다(보건복지부 2011a). '고령화 사회'와 관련한 사회복지 관련 문헌을 분석한 연구를 보면(정순둘, 김성원 2012), 1992년부터 2010년 사이 고령화 사회와 관련한 문헌의 약 91.6%는 고령화를 '기회'가 아닌 '위기'라는 전제로 접근하는 것을 볼 수 있다. 즉, 고령화는 개인적으로는 연장된 삶에 대한 적응의 어려움, 경제적 문제, 건강문제를 가져오며, 가족의 부양부담과 독거노인 증가, 사회적으로는 노인보호체계의 미흡과 복지재정 부족 등의 문제를 야기하는 것으로 보고되고 있다. 특히, 우리나라는 선진국과 비교하여 고령화 진전속도가 매우 빠르며, 앞으로도 노인소득에서 공적급여 비중이 낮아 노인빈곤층이 광범위할 것으로 예측되고

있다(민세진 2012).

우리나라보다 먼저 고령화 사회에 진입한 서구 사회에서는 이미 인구구조변화로 인한 사회적 위험과 갈등을 최소화하기 위한 노력을 기울여 왔다. 고령화 사회에 대비하기 위한 국제적인 노력으로 1991년 UN 총회에서 '노인을 위한 UN 원칙'을 채택하고, 1999년을 '세계 노인의 해'로 지정하여 전 세계적으로 20세기에 발생하고 있는 인구고령화로 인한 위험과 대응에 대한 관심을 가지게 하였다(선우덕 외 2012). 2002년에는 UN의 고령화에 대한 마드리드 국제행동계획(Madrid International Plan of Action on Ageing, MIPAA)을 발표하면서 전 지구적인 현상인 고령화에 대응하기 위한 국가별 정책틀과 과제들을 제시하였다(정경희 외 2012). 그리고 활동적 노화(active ageing)를 기반으로 MIPAA 채택과 이행전략을 실천한지 10주년을 맞이하여 EU(European Union)는 2012년을 '활동적 노화와 세대간 결속을 위한 해(The European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations, EY2012)'로 선언하였다. EY2012는 세대간 협력과 결속을 지원하고 활기찬 노후를 증진시키기 위해 정책결정자와 이해관계자들의 인식을 높이고, 우수 실천모델을 확산시키고, 사회적 인식을 증진시키기 위한 하나의 정책실천의 틀로 활용되고 있다. 이처럼 고령사회에 대응하는 전반적인 정책흐름은 고령사회가 노인들만을 위한 사회가 아닌 모든 연령이 함께 어려움을 극복하고 인구 변화가 가져오는 기회를 극대화해야 함을 강조하면서 모든 세대를 포함하는 사회전반에 걸친 변혁을 시도하고 있다.

우리나라는 고령화 사회에 진입한 2000년 이후 인구구조 변화에 대한 학계와 정부의 관심이 고조되어 저출산과 고령화에 대한 연구 및 저출산 고령사회 대응을 위한 법 제정과 이에 따른 다양한 정책들이 만들어지고 수행되어 왔다. 우리 정부는 2004년 고령화 및 미래사회위원회를 구성하

였으며, 2005년 저출산고령사회기본법을 제정하고 대통령을 위원장으로 하는 저출산고령사회위원회를 발족하였다. 그리고 각계각층의 다양한 논의를 거쳐 2006년 8월에 제1차 저출산·고령사회기본계획에 이어 2011년 제2차 저출산·고령사회기본계획을 수립하여 추진 중에 있다.

그러나 아직까지 초고령사회 진입과 함께 경험하게 될 사회 전반에 걸친 변화에 대한 구체적인 전망과 초고속 인구고령화를 대비하기 위한 정책적 대응은 미흡한 실정이다. 실례로 약 10년 전에 발표된 지역별 노인복지정책에 관한 연구(정경희 외 2003)에서 발견된 노인복지 문제점과 정책과제들이 현재 시점에도 거의 동일하게 발견되고 적용가능한 것을 볼 수 있다. 즉, 우리 사회가 고령사회 도달을 목전에 두고 있음에도 불구하고, 사회복지 혹은 사회서비스 차원에서 인구구조 변화에 적극적으로 대응하지 못하고 있음을 반증하고 있다.

고령사회의 위험 예측과 대응방안에 관한 연구들은 지난 10여간 축적되어왔다. 기존의 연구들은 경제성장, 노동생산성 변화와 경제적 파급효과, 연금고갈이나 고령화에 따른 복지재정의 지속가능성에 관한 연구(문형표 외 2006; 윤은기 2007; 한진희 외 2007; 최숙희 2008)가 주를 이루고 있는 것을 볼 수 있다. 그리고 고령사회 진입에 앞서 노인인구특성과 사회변화를 예측하고 개선방안을 제시한 연구는 김경혜 외(2010)의 연구가 대표적이라 할 수 있다.

인구고령화에 대한 연구에서 제시하고 있는 대응방안은 크게 두 가지 측면에서 제시되고 있다. 하나는 고령화가 초래하는 가장 큰 문제로서 국가의 재정건전성 확보를 강조하는 접근방식이다(문병근, 하종원 2009; 윤석완 2009; 윤은기 2007). 이 같은 관점에서 재정의 지속가능성을 극대화하기 위한 정책과제로 철저한 은퇴계획과 퇴직 이후의 소득의 다양화 등을 통한 노후소득보장, 고령자의 경제활동촉진, 국민연금과 건강보

험 등의 개혁, 의료비 지출 억제 등이 제시되고 있다. 다른 하나는 노인인구 증가에 따른 새로운 사회적 및 복지적 측면의 수요에 대응하기 위한 정책과제로 노인들의 사회참여 활성화, 새로운 문제를 가진 노인취약집단에 대한 개입, 주택수요 변화에 대한 대응, 고령친화산업의 육성 등이 보고되고 있다(김경혜 외 2010; 송재창 2013).

이와 같이 기존 연구들은 노인인구변화 및 수요변화에 대한 체계적인 분석과 논의가 미흡하고, 고령사회에 대한 대응책으로 경제, 복지재정, 노인빈곤 완화, 고령자 경제활동촉진 등과 같이 거시적이면서 단편적인 대안들이 주를 이루고 있다. 이에 본 연구는 초고령사회 진입에 앞서 노인인구 및 복지환경 변화를 전망하고 사회복지 영역에서 초고령사회에 대비한 정책 방향성을 제시하고 선제적인 대응책을 마련하는 것을 목적으로 한다. 구체적으로는 초고령사회에서 발생가능한 또는 심화될 것으로 예측되는 노인복지서비스 영역을 분류하고, 각 영역별 핵심위험을 제시함으로써 이에 대응하기 위한 방안을 도출하고자 한다.

제2절 연구내용 및 방법

1. 연구 내용

본 연구는 다음과 같은 내용으로 구성된다.

첫째, 우리나라 중앙정부 중심의 노인복지서비스 내용, 인프라, 이용자, 예산 차원에서 변화과정을 분석하였다. 그리고 고령화가 진전됨에 따라 우리나라 노인정책 변화를 고찰해 보고, 노인복지서비스의 취약 지점을 찾아내어 초고령사회에서 경험하게 될 사회적 위험을 최소화하고자 한다.

둘째, 본 연구의 핵심적인 부분으로 노인인구의 양적 및 질적인 변화

및 이와 관련한 고령사회의 사회환경을 분석하고, 이에 따라 예견되는 직적접 혹은 파생적 노인문제를 파악하였다. 노인복지 수요 및 특성은 경제활동, 사회참여, 노인돌봄, 생활환경 등의 네 개 영역을 중심으로 검토하였으며, 노인돌봄과 경제활동 수요변화에 대한 전망을 제시하였다.

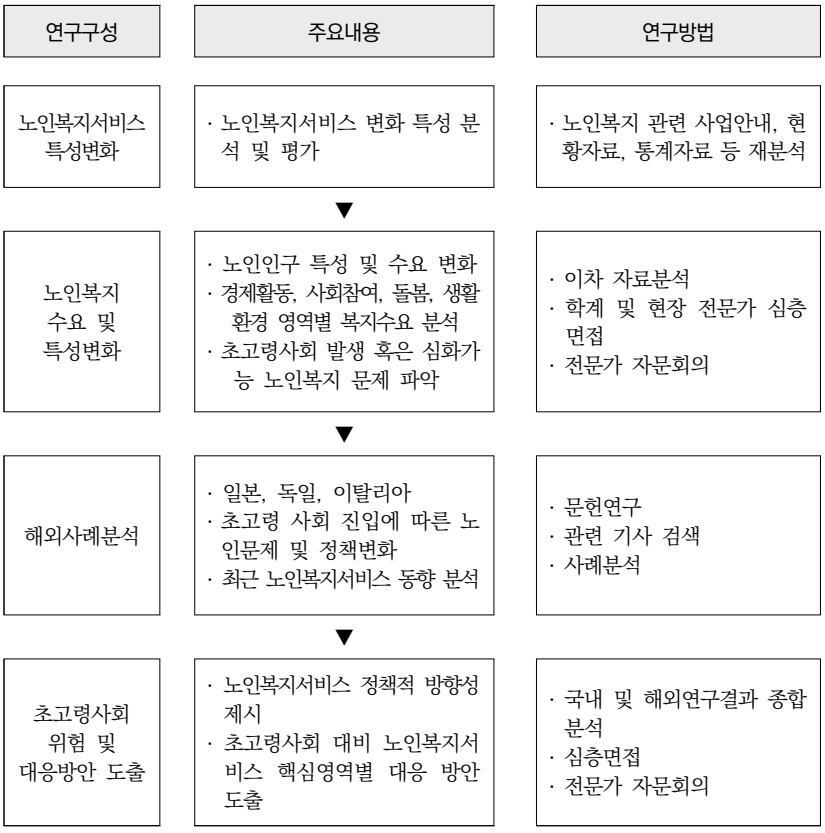
셋째, 한국보다 앞서 이미 초고령사회에 진입한 국가의 경험을 통해 우리 사회에 적용할 수 있는 정책적 함의를 도출하고자 하였다. 초고령사회에 진입한 국가 중 일본, 독일, 그리고 이탈리아의 사례를 분석하고자 한다.[1] 일본은 아시아 국가로서 우리나라와 상대적으로 유사한 사회제도 및 문화적 배경을 가지고 있는 반면, 독일과 이탈리아는 우리나라와는 다른 역사적 배경, 사회경제적 시스템을 가지고 있다. 즉, 우리나라와 유사성과 상이성을 가진 국가들의 경험을 통해 다차원적인 시사점을 도출하고자 한다. 특히, 일본과 독일은 우리나라와 마찬가지로 노인복지서비스에서 가장 큰 비중을 차지하고 있는 장기요양서비스를 보험방식으로 제공하는 국가로서 노인복지서비스를 논하는데 있어 반드시 검토할 필요성은 충분하다고 할 수 있다. 이에 초고령 국가에 해당되는 일본, 독일, 이탈리아에서 나타나는 사회변화양상과 위험요인을 파악하고, 이에 대응하기 위한 각 국가의 고령정책 및 노인복지서비스를 검토하여 연구 결과에 반영하였다.

마지막으로 앞서 논의된 노인복지서비스 정책분석, 인구특성변화, 수요변화 분석결과를 토대로 초고령 사회에 진입하기 앞서 사회복지 차원의 정책적 방향을 제시하였다. 이와 함께 인구고령화를 반영한 노인복지서비스 핵심영역을 개발하고 초고령 사회로의 유연한 진입을 위한 정책과제를 도출하였다.

---

1) 일본은 2005년, 이탈리아는 2006년, 그리고 독일은 2009년에 초고령 사회에 진입하였다.

[그림 1-1] 연구내용 및 방법



2. 연구 방법

연구목적을 달성하기 위해 관련 문헌 검토, 이차 자료 분석, 해외사례 분석, 현장 및 정부관계자 인터뷰, 전문가 간담회 등을 실시하였다.

가. 문헌 연구

인구고령화, 인구구조변화, 고령사회 등을 주제로 한 연구기관의 보고서, 학술논문, 기고문, 보도자료 등을 통해 인구고령화의 원인과 파급효과, 대응방안, 기존 연구의 한계 등에 관한 국내외 연구결과를 종합적으로 검토하였다.

나. 2차 자료 분석

노인인구의 특성 및 수요변화, 그리고 복지서비스의 양적 및 질적인 현황과 변화추이를 파악하기 위해 이차 데이터를 이용하여 분석하였다. 노인복지서비스의 변화양상과 특성을 파악하기 위해 연도별 노인보건복지서비스 안내자료, 연도별 노인복지시설현황, 연도별 보건복지부 소관 예산 및 기금운영계획 개요, 노인복지 세부사업별 자료 등을 활용하였다. 우리나라 노인인구 추이와 특성 변화를 파악하기 위해 통계청의 장래인구추계(2011)와 고령자통계(2013), 보건복지부와 한국보건사회연구원의 노인실태조사(1998, 2004, 2008, 2011) 자료, 고령화연구패널자료(2005, 2007, 2009, 2011) 등을 분석하였다. 해외 자료로는 본 연구와 관련 있는 주제의 OECD 및 해외 국가별 통계자료를 통해 우리나라 노인복지서비스의 국제적 및 상대적 수준을 가늠하는데 활용하였다. 이와 함께 노인복지

시설의 변화추이와 노년층의 대표적인 욕구인 노인돌봄과 경제활동참여 수요변화를 전망하여 정책과제 제시를 위한 기초자료로 활용하였다.

다. 해외사례분석

이미 초고령사회에 진입한 일본, 독일, 이탈리아가 경험하고 있는 초고령사회의 변화된 모습과 복지서비스에 대한 사례분석을 통해 향후 우리사회에 적용가능한 시사점을 도출하고자 하였다. 해당 국가의 학술논문, 보고서, 통계자료, 신문기사 등을 검토하였으며 세 국가별 특징과 시사점을 비교분석하여 연구에 반영하였다.

라. 심층면접

노인복지서비스의 영역이 광범위함에 따라 각 영역별 전문가를 대상으로 FGI 혹은 간담회 형식을 빌려 의견을 공유하고 정책적 시사점을 논의하는데 한계가 있다. 따라서 노인복지 영역별 대표적인 기관을 방문하여 중간관리자급 이상의 현장전문가들을 대상으로 심층면접을 실시하였다. 노인복지영역은 경제활동, 사회참여, 노인돌봄 등으로 설정하였으며, 노인복지서비스별 방문기관 선정시 도시지역과 농어촌지역의 차이를 반영하도록 하였다. 경제활동은 시니어클럽과 노인취업지원센터, 사회참여는 노인복지관과 지자체 베이비붐 세대 및 노인 대상 서비스 제공기관, 노인돌봄은 재가노인복지센터와 지역연계시범사업 수행기관, 군청 노인복지정책과 등을 방문하였다. 총 7개 기관, 10명과 인터뷰를 진행하였으며, 기관별로 1~3명의 담당자가 면접에 참여하였다. 심층면접 시간은 1시간 30분~2시간 정도 소요되었으며, 조사기간은 2014년 4월 20일부터 2014년 8월 26일 기간 동안 진행되었다.

마. 전문가 자문회의

초고령사회 대응하기 위한 노인복지서비스의 핵심영역과 우선순위, 그리고 정책방향에 관한 학계 및 현장전문가 자문회의를 실시하였다. 총 2회에 걸쳐 경제활동, 여가활동, 노인돌봄, 정신건강 등 영역별 노인복지 관련 전문가와 노인복지기관 시설장, 노인복지 정책분야 전문가, 지자체 연구기관 노인담당자 등의 의견을 수렴하였다.

제3절 연구의 개념적 및 구조적 논의

1. 노인복지서비스 개념

본 절에서는 사회복지 또는 노인복지와 관련 있는 법률 검토를 기반으로 노인복지서비스 개념과 범위의 변화를 살펴보고, 본 연구에서 상정하고자 하는 노인복지서비스의 개념에 대해 논의하고자 한다.

전통적으로 사회복지 정책적 대상은 주로 취약계층에 집중되어 있어 주로 '사회복지서비스'라는 용어가 폭넓게 사용되었으며, 대상층에 따라 노인복지서비스, 아동복지서비스, 장애인복지서비스 등으로 세분화되어 있다. 사회복지사업법[2]에서는 사회복지서비스와 보건의료서비스에 대한 정의를 제시하고 있으며, 사회복지서비스의 주요 내용은 상담, 재활, 직업소개 및 지도, 사회복지시설의 이용 등으로 이루어져있다.

---

2) 사회복지서비스란 '국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움이 필요한 모든 국민에게 상담, 재활, 직업소개 및 지도, 사회복지시설의 이용 등을 제공하여 정상적인 사회생활이 가능하도록 제도적으로 지원하는 것'을 말하며, 보건의료서비스는 '국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 보건의료인이 하는 모든 활동'을 의미한다(제2조의 6과 7).

노인복지법에서는 노인복지서비스에 대한 개념정의는 제시되어 있지 않으나, 노인복지시설을 통해 제공되는 서비스의 내용을 유추할 수 있다. 노인복지시설은 주거복지시설, 의료복지시설, 여가복지시설, 재가노인복지시설, 노인보호전문기관, 노인일자리지원기관 등으로 구분되며, 각 노인복지시설을 통해 서비스는 주거서비스, 돌봄서비스, 여가서비스, 재가서비스, 노인학대 예방 및 치료, 고용지원서비스 등이 제공되고 있다. 그리고 보건복지부의 노인복지정책은 노인복지법에 근거하여 건강보장, 노후소득보장(경제활동지원), 여가활동보장, 소외노인보호 등으로 구분하고 관련 서비스를 제공하고 있다.

그러나 최근 정책대상이 확대되고 서비스 수요도 다양화됨에 따라 서비스 영역이 사회복지에서 고용이나 교육, 보육 등으로 확장되고 있으며, 이에 따라 '사회복지서비스'보다는 '사회서비스'라는 용어가 폭넓게 통용되고 있다. 사회서비스는 사회보장기본법[3], 사회서비스이용및이용권관리에 관한 법률[4], 사회적기업육성법[5]에 명시되어 있으며, 사회서비스의 영역이 사회복지뿐만 아니라 교육, 보건, 환경, 문화 등으로 확대되고 있는 것을 볼 수 있다.

3) 사회보장기본법의 사회서비스는 '국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움이 필요한 모든 국민에게 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등의 분야에서 인간다운 생활을 보장하고 상담, 재활, 돌봄, 정보의 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참여 지원 등을 통하여 국민의 삶의 질이 향상되도록 지원하는 제도'라 정의하고 있다(제3조의 4).

4) "사회서비스"란 「사회복지사업법」 제2조제6호에 따른 사회복지서비스, 「보건의료기본법」 제3조제2호에 따른 보건의료서비스, 그 밖에 이에 준하는 서비스로서 대통령령으로 정하는 서비스를 말한다.

5) 사회적기업육성법에서의 사회서비스는 교육, 보건, 사회복지, 환경 및 문화 분야의 서비스, 그 밖에 이에 준하는 서비스로서 대통령령으로 정하는 분야의 서비스를 말한다(제2조의 3). 대통령령으로 정하는 분야의 서비스는 보육, 예술·관광·운동, 산림보전·관리, 간병·가사지원, 문화재보존, 청소 등 사업시설 관리서비스, 고용서비스 등을 포함한다(사회적기업육성법 시행령 제3조).

〈표 1-1〉 노인복지서비스 관련 법률 검토

구분	관련 법	분야	서비스 내용(종류)
사회서비스	사회보장기본법	복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등	상담, 재활, 정보제공, 시설 이용, 역량 개발, 사회참여 등
	사회서비스이용 및이용권관리에 관한 법률 및 시행령	사회복지서비스, 보건의료서비스 등	돌봄 및 일상생활지원, 가사지원 및 간병, 건강관리, 인지·인성발달지원, 사회적 응지원 및 상담·지도, 문화체험여행, 재활·보조용구대여 등
	사회적기업 육성법	교육, 보건, 사회복지, 환경 및 문화 등	-
사회복지 서비스	사회복지사업법	보호, 선도 또는 복지 관련 사업, 사회복지상담, 직업지원, 무료숙박, 지역사회복지, 의료복지, 재가복지, 사회복귀, 자원봉사활동 등	상담, 재활, 직업소개 및 지도, 사회복지시설 이용 등
노인복지	노인복지법	주거복지, 의료복지, 여가복지, 재가노인복지, 노인학대 예방, 일자리지원 등	노인요양서비스(시설 및 재가), 노인학대 예방, 여가, 경제활동(노인일자리) 등
고령사회 정책	저출산고령사회기본법	고용, 건강, 여가문화·사회활동, 평생교육과 정보화, 노후설계, 취약계층노인지원, 가족 및 세대간 이해증진, 경제와 산업, 고령친화산업 등	-

마지막으로 저출산·고령사회기본법은 고령사회 대응을 위한 노인복지 관련 정책범위를 제시하고 있다. 고령사회정책의 범위를 보면, 노년기 이전 베이비부머의 노후설계와 고용촉진에서부터 노년기의 고용, 건강, 물리적 환경, 문화여가, 평생교육 등을 포함하고 있다. 즉, 베이비부머와 노인의 개인단위에서부터 가족관계와 세대간 이해증진으로 정책의 단위가

확대되었으며, 더 나아가 고령친화산업과 경제·산업 구조 등을 포괄하고 있다.

위의 내용을 종합해 보면, 최근 사회복지를 둘러싼 환경 변화 속에서 선별적이고 제한된 서비스를 제공해왔던 '사회복지서비스'의 개념을 확장하여 보다 보편적이고 포괄적인 서비스를 의미하는 '사회서비스'가 일반적으로 통용되고 있는 것을 볼 수 있다. 그리고 노인복지서비스의 개념 역시 소외노인과 빈곤노인 중심의 서비스 제공에서 노인 전체 인구집단에 대한 서비스가 확대됨에 따라 노인복지서비스의 범위 역시 다양화되고 있다.

이러한 변화에 따라 노인복지서비스가 하나의 사회서비스로 개념화되고 있는 것을 볼 수 있다. 최성재와 장인협(2010)은 노인을 위한 사회서비스를 일상생활의 어려움이 있는 노인과 가족을 위한 신체적, 심리적, 사회적인 측면을 포괄하는 서비스로 정의하고 있다(권중돈 2012 재인용). 하미승과 이정순(2011)은 노인복지서비스를 노인의 심리적 및 사회적 욕구와 문제를 해결하기 위한 상담, 노인교육, 노인보호, 사회참여 활동 등의 비화폐적 그리고 비물질적 급여형태의 서비스로 제시하였다. 이와 함께 권중돈(2012)도 노인복지서비스를 노인을 위한 사회서비스로 정의하면서 "노인의 심리사회적 적응, 자아발달을 위한 욕구 충족 그리고 일상생활의 당면문제 해결을 위한 비화폐적인 서비스"로 개념화하고 있다.

본 연구에서는 노인복지서비스를 노인을 위한 사회서비스 개념으로 확장시키고, 초고령사회에 새롭게 발생가능한 혹은 심화가능한 노인의 일상생활의 어려움, 건강 및 심리사회적 문제, 자아실현의 문제, 생활환경 등에 포괄적으로 대응하기 위한 비화폐적인 사회서비스[6]로 정의하고자 한다.

---

6) 사회서비스는 광의의 사회서비스와 협의의 사회서비스로 구분 가능하다. 광의의 사회서비

2. 연구의 구조적 논의

유럽에서 고령사회 위기를 극복하고 경제발전 및 사회보장제도의 지속가능성을 담보할 수 있는 해법으로 채택한 것이 활동적 노화(active ageing) 패러다임이다. 활동적 노화의 접근방법은 노인 인권과 UN의 노인을 위한 5가지 원칙[7]을 근거로 과거의 욕구중심 전략에서 권리 중심 전략으로의 전환을 강조하고 있다(박영란 2011). 활동적 노화 패러다임은 2002년 WHO에서 발표한 경제활동 중심의 '생산적 모델'에서 점차 자원봉사, 평생학습, 건강증진, 고령친화산업 등과 같은 노년기의 여러 측면을 포괄하는 '통합적 모델'로 발전되어 가는 과정에 있다(박영란 2013).

EU의 활동적 노화 및 세대 간 연대를 위한 정책은 고용(employment), 사회참여(participation in society), 그리고 자립생활(independent living)의 세 영역으로 구성된다. 즉, 고령자의 고용문제, 사회적 배제의 문제, 그리고 의존성의 문제를 가장 기본적이고 핵심적인 노인문제로 상정하고 있다. 가이드라인에서는 각 영역별 핵심 원칙과 함께 EU, 중앙 및 지방정부, 연구자, NGO, 그리고 기업, 서비스제공자, 근로자 등의 각 부문별 역할과 책임에 대해 명시하고 각 주체들이 협력하여 다양한 사업을 수행하도록 격려하고 있다.

고용은 고령자들이 가능한 더 오래 일하고 너무 이른 시기에 은퇴하지

스는 주택, 보건, 사회보장, 고용, 교육, 여가, 대인사회서비스 등을 모두 포괄하며, 협의의 사회서비스는 주로 노인, 장애인과 같은 사회적 도움이 필요한 계층을 위한 사회적 돌봄 서비스(social care service)를 말한다(박세경 외 2013). 본 연구의 노인복지서비스는 광의의 사회서비스 개념을 의미한다.

7) 1991년에 발표된 노인을 위한 UN 원칙은 독립(의식주, 소득보장, 고용 등), 참여(사회통합, 복지정책형성에 참여, 지역사회 참여 등), 보호(가족, 지역사회의 보호, 적정수준의 시설보호, 신체적·정신적·정서적 안녕의 최저수준 유지 등), 자아실현(잠재력 개발을 위한 기회추구, 여가생활의 접근성 강화), 존엄성(학대로부터 자유, 존엄과 안전 속에서 거주, 공정한 대우 등)으로 구성된다.

않기 위해 직업교육, 고령근로자의 건강과 웰빙을 유지하기 위한 근로조건 강화, 고령자의 연령대를 고려한 근무시간이나 근무배치 조정, 채용과 고용유지 등에서의 연령차별 방지 등과 같은 과제들이 포함되어 있다.

사회참여는 적극적으로 지역사회에 참여하여 노인들의 사회적 배제(social exclusion)를 최소화하기 위한 정책으로 다양한 지역사회서비스, 자원봉사활동, 고령친화적 환경, 충분한 최저연금 보장, 고위험 빈곤 노인계층에 대한 지원 등으로 구성된다.

자립생활은 노인이 되었을 때 예상되는 의존성을 예방하기 위한 건강증진과 질병예방, 독립적인 생활이 가능한 주거환경과 서비스 제공, 이동권 증진 등에 대한 기본원칙과 함께 집, 시설, 그리고 사회에서의 존엄한 삶 영위, 모든 종류의 학대 예방, 돌봄제공자의 근로환경 개선 등을 강조하고 있다.

그러나 EU의 활동적 노화 및 세대 간 연대를 위한 정책 가이드라인은 초기 활동적 노화정책의 핵심 주제인 고령자의 경제활동참여를 강조했던 틀을 벗어나지 못하고 있으며, 세대통합의 개념이 모든 세대를 포함하지 못하고 여전히 고령자 집단을 위한 관점이며, 다소 막연하고 규범적인 개념에 머물러 있는 한계를 가지고 있다(박영란 2013).

위와 같은 비판에도 불구하고 EU의 '활동적 노화 및 세대 간 연대를 위한 정책 가이드라인'은 노인의 여러 가지 삶의 영역을 포괄하고 있으며, 고령사회를 노인만을 위한 사회가 아닌 전 연령 계층을 위한 사회로 정책적 전환을 요구하고 있다는 점에서 본 연구의 분석틀로 활용하고자 한다. 이에 본 연구에서는 EU의 '활동적 노화 및 세대 간 연대를 위한 정책 가이드라인'의 핵심원칙에 입각하여 우리나라에 다가올 초고령사회 노인의 삶과 사회적 위험을 진단하고 해결방안을 모색하고자 한다.

〈표 1-2〉 EU의 활동적 노화 및 세대 간 연대의 핵심 원칙

분야	EU 가이드라인 원칙	중앙 및 지방정부의 역할
고용	· 지속적인 직업교육과 훈련 · 건강한 근로조건 · 연령관리전략 · 고령 근로자를 위한 고용서비스 · 연령차별 방지 · 고용친화적인 세금혜택 시스템 · 경험의 전수 · 근로와 돌봄의 조화	· 고령근로자의 고용증진 · 일-생활 균형(work-life balance) 정책 증진 · 연령 및 다양한 차별 방지 · 정보 및 의사소통 기술 활용
사회참여	· 소득보장 · 사회적 통합 · 노인자원봉사 · 평생학습 · 의사결정에의 참여 · 비공식적 돌봄제공자 지원	· 사회적 배제 방지 · 정책 및 의사결정 참여 · 정책 및 서비스에 대한 접근성 강화 · 노인빈곤 예방 · 세대간 결속 증진
자립생활	· 건강증진과 질병예방 · 맞춤형 주거와 서비스 · 노인 이동권 확보 · 고령친화적 환경·상품·서비스 · 장기요양돌봄의 자율성 극대화	· 건강한 생활양식에 투자 · 건강불평등 해소 · 노인의 권리와 존엄성 보호 · 자립생활 증진

주: 1) EU 가이드라인의 고령근로자는 50세 이상 근로자를 의미하며, 이로 인해 본 연구대상인 65세 이상 노인을 위한 고용정책과 차이가 있는 원칙이나 정책이 상당부분 포함되어 있음

자료: 1) The Council of the European Union (2012). Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity
2) AGE in cooperation & EY2012 (2012). European Year for Active Ageing and Solidarity Between Generations

본 연구에서는 EU의 활동적 노화와 세대간 연대의 패러다임에서 제시하고 있는 원칙 중에서 자립생활 영역을 '돌봄과 생활환경'으로 세분하여 '경제활동, 사회참여[8], 노인돌봄, 그리고 생활환경' 의 네 개 영역을 초고

8) 일반적으로 사회참여는 경제활동, 여가활동, 자원봉사활동 등을 포괄하는 개념이지만, 본 연구에서는 'EU의 활동적 노화 및 세대간 연대'의 개념틀을 활용하여 경제활동과 사회참여를 별개의 영역으로 구분하고자 한다.

령 사회에 발생할 핵심적인 사회적 위험으로 설정하였다. 그리고 네 개 영역을 중심으로 노인 수요와 위험 등을 분석하고, 초고령 사회의 사회적 위험을 예방하고 최소화하기 위한 방안을 영역별로 도출하고자 한다.

제2장
노인복지서비스 발달과정과 현황

제1절 노인복지서비스 내용
제2절 노인복지서비스 인프라
제3절 노인복지서비스 이용자
제4절 노인복지서비스 예산
제5절 노인복지서비스 변화진단

2 노인복지서비스 발달과정과 현황

우리나라는 노인복지법을 기반으로 중앙정부에서 노인복지정책을 수행해왔으나, 2005년 일부 노인복지사업의 지방이양을 기점으로 지역의 특수성을 반영한 노인복지서비스의 개발과 운영을 도모하고 있다. 이로 인해 다양한 형태의 노인돌봄이나 여가서비스 등을 자체적으로 개발하여 제공하는 지자체가 점차 늘어나고 있다. 그러나 아직까지는 지역간 특수성이나 다양성을 포괄하기 보다는 중앙정부 사업 중심으로 노인복지서비스가 운영되고 있어 본 연구에서는 중앙정부 중심의 노인복지서비스로 연구 범위를 제한하여 발달과정과 현황을 분석하고자 한다.

제1절 노인복지서비스 내용

우리나라 노인복지정책이 제도화되어 발전하기 시작한 때는 1981년 노인복지법이 제정된 이후이다. 법 제정 당시 노인문제에 대하여 국가, 사회, 가족이 함께 책임지는 것을 기본방향으로 하였으나, 1차적 책임은 가정에게 있으며 국가는 무의탁, 저소득층 노인을 주된 정책대상으로 하였다. 이에 따라 이 시기의 노인복지서비스는 보완적인 것으로 1987년 재가노인복지 시범사업이 실시되기 전까지는 노인양로 및 요양시설을 중심으로 서비스가 제공되었다. 1989년에 모든 노인들이 의료보장의 혜택을 받게 되었고, 주거복지 시설이 다양화되었으며, 노인여가 시설제도가 도입됨으로써 지역사회 기반의 서비스가 제공되기 시작했다. 이러한 노

인복지법과 관련 제도의 정비를 기반으로 1900년대에는 노인복지의 대상층이 지역사회 거주노인으로 보다 폭 넓어졌다. 1991년에 노령수당지급, 경로식당 설치, 주간 보호 및 단기보호사업이 실시되기 시작했고 1998년에는 경로연금제도가 도입되었다.

2000년대는 우리나라 노인복지서비스가 급변한 시기로 재가복지서비스, 노인의 사회참여, 소외노인 지원, 시설보호서비스, 그리고 건강 예방과 증진을 위한 보건의료서비스 등의 구조 안에서 새로운 서비스가 개발되고, 기존의 서비스가 폐지되기도 하는 등의 변화와 발전을 이루어왔다.

2000년도 초반의 재가복지사업은 가정봉사원 파견사업, 주간보호, 그리고 일시보호서비스를 중심으로 제공되어 왔으나, 2008년 노인장기요양보험이 도입되면서 재가복지서비스의 상당부분이 노인장기요양보험의 재가급여 지원으로 흡수되었으며, 장기요양보험의 급여대상에서 제외된 경증노인을 위한 노인돌봄종합서비스와 지역사회 내 독거노인지원서비스[9] 등이 새롭게 운영되고 있다.

노인의 사회참여를 증진시키기 위한 노인복지서비스로는 경제활동지원과 여가활동이 있으며, 2000년 이후 유사한 사업구조와 내용을 유지해 오고 있다. 경제활동은 공공부문의 일자리 창출과 민간부문 취업지원을 중심축으로 진행해 왔으며, 여가활동은 경로당과 노인복지관 설치운영, 그리고 노인자원봉사 활성화라는 인프라 구축과 서비스 개선을 중심으로 진행해 왔다. 노인의 사회참여 영역에서는 2004년부터 노인일자리사업이 시작되어 지금까지 관련 사업을 확장해 온 것이 노인 사회참여 영역에서의 가장 큰 변화라고 할 수 있다.

2001년 이후 노인복지서비스의 긍정적인 변화 중 하나는 경제적으로

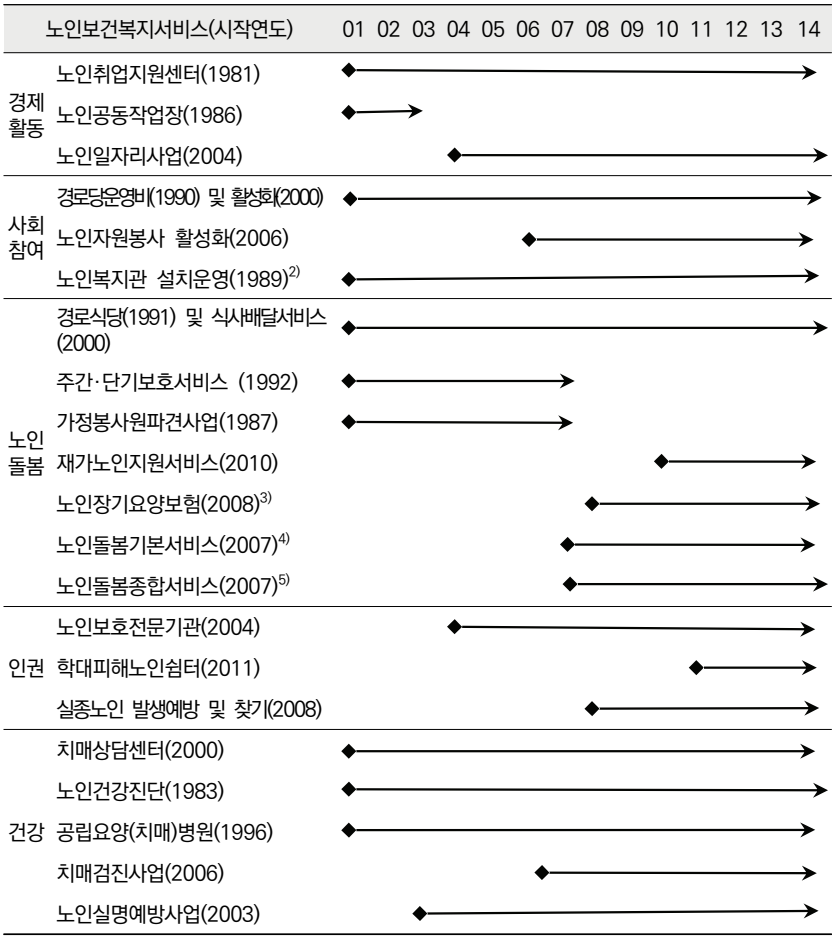
9) 노인돌봄기본서비스, 독거노인응급안전돌보미서비스, 독거노인사랑잇기서비스, 무연고독거노인장례지원서비스 등이 있다.

취약한 빈곤노인 중심의 서비스에서 사회적으로 취약한 소외노인에 대한 서비스로의 전환이라고 할 수 있다. 노인학대에 전문적이고 체계적으로 대응하고, 노인학대예방과 피해노인의 삶의 질 향상을 위해 2004년부터 전국 시·도에 노인학대예방센터(현, 노인보호전문기관)를 설치·운영하기 시작했으며, 2011년부터 16개 시·도에 학대피해노인쉼터를 운영하고 있다. 그러나 아직까지는 노인학대예방이나 권익증진 영역은 타 노인복지서비스 영역에 비해 사회적 관심과 지원이 낮은 수준이라 할 수 있다.

노인건강증진과 관련하여 2000년부터 치매상담지원센터 운영과 노인건강검진사업을 통해 노년기 건강을 예방하고 치매노인과 가족에 대한 지원을 실시하였으며, 인프라 확대 차원에서 치매요양병원 건립을 지원하였다. 이들 사업은 사업내용과 규모가 일부 바뀌었지만 2014년 현재까지 유지되어 운영되고 있다. 2006년 이후 치매검진사업과 치매관리지원사업이 새롭게 도입되었으며, 노인실명예방을 위한 안검진과 개안수술비를 지원해주고 있다.

최근 10여년간 노인복지서비스의 변화흐름을 보면, 빈곤노인 중심의 소극적·제한적 지원에서 사회적 취약노인에 대한 적극적·포괄적 지원으로 패러다임이 변화하는 경향을 발견할 수 있다. 즉, 가족관계에서의 독거노인과 학대피해노인, 건강상태에서의 치매노인과 불건강노인(장기요양등급자) 등과 같이 문제나 욕구기반의 정책과 서비스로 전환되고 있다. 그러나 노인계층의 여가활동 및 노인인권 영역은 정책적 우선순위에서 상대적으로 낮은 수준을 유지해왔다.

〈표 2-1〉 노인보건복지서비스 변화양상(2001-2014)[1]



주: 1) 노인복지서비스 관련 사업 및 통계자료의 한계로 인해 2000년부터의 발달과정을 검토함
2) 최초의 노인복지관은 1971년 인천광역시 노인복지회관이나, 노인복지법 내 여가시설 규정을 신설한 것은 1989년부터임
3) 기존에 제공되었던 재가복지서비스(주간보호서비스, 단기보호서비스, 가정봉사원파견사업) 제공기관의 상당수가 2008년 도입된 노인장기요양기관(재가급여)으로 전환됨
4) 2007년 독거노인생활지도사 파견사업으로 시작되었으며, 2009년 노인돌봄서비스로 통합되어 노인돌봄기본서비스로 명칭이 변경되었음
5) 2007년 노인돌보미바우처 사업으로 처음 도입되었으며, 2009년 노인돌봄서비스로 통합되어 노인돌봄종합서비스로 명칭이 변경됨

제2절 노인복지서비스 인프라

1. 노인복지시설 변화 개관

우리나라 노인복지시설은 종교 또는 복지기관에서 자선적인 목적으로 무의탁·무연고 노인을 위한 수용 및 보호 중심의 시설에서 시작하였으며, 1981년 노인복지법 제정과 함께 노인복지시설이 제도화되어 운영되어 왔다. 1981년 노인복지법에 명시된 노인복지시설은 양로시설, 노인요양시설, 유료요양시설, 노인복지회관에 불과하였다. 즉, 1981년 노인복지법 제정 당시의 노인복지시설은 생활시설 중심의 주거 및 의료복지시설과 지금의 여가복지시설인 노인복지회관으로 시작하였으며, 재가복지에 대한 인식과 지원은 미비했던 것을 알 수 있다.

1987년 재가노인복지사업이 시범적으로 실시되고, 1989년 경로당에 대한 운영비 지원이 시작되면서 노인복지서비스의 범위가 확대되고 이를 수행하기 위한 재가복지시설과 여가복지시설이 생겨나기 시작하였다. 1989년 노인복지법 개정에서는 실비양로원, 유료노인요양시설, 실비 및 유료노인복지주택이 노인복지시설에 포함되었다. 이후 몇 차례 노인복지법 개정을 통해 개인이나 민간의 일부 노인복지시설 운영이 허용되고 노인복지시설이 다양화되었다.

1997년 노인복지법 개정을 통해 노인복지시설 유형을 노인주거복지시설, 노인의료복지시설, 재가노인복지시설, 노인여가복지시설로 구분하였으며, 2004년에는 노인학대 예방과 방지를 위한 노인보호전문기관 설치가 법제화되어 모두 다섯 가지 유형의 노인복지시설이 설치·운영되고 있다. 2008년 노인장기요양보험제도 시행과 함께 노인주거복지시설, 노인의료복지시설, 그리고 재가노인복지시설에 대한 통폐합이나 신설이 이루

어졌다. 노인주거복지시설은 노인양로시설과 노인공동생활가정, 노인복지주택으로, 노인의료복지시설은 노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 노인전문병원으로, 노인여가복지시설은 노인복지관, 경로당, 노인교실, 노인휴양소, 그리고 재가노인복지시설은 장기요양보험의 재가급여서비스 중심으로 개편되었다. 2011년 노인복지법 개정을 통해 노인여가복지시설의 노인휴양소가 노인복지시설에서 제외되었으며, 노인전문병원은 의료복지시설에서 제외되고 의료법의 요양시설로 일원화되었다.

〈표 2-2〉 노인복지법 제·개정에 따른 노인복지시설 변화과정

1981년 법 제정	양로시설, 노인요양시설, 유료양로시설, 노인복지회관[1)]
▼	
1997년 개정	○ 노인주거복지시설: 노인양로시설, 실비양로시설, 유료양로시설, 실비노인복지주택, 유료노인복지주택 ○ 노인의료복지시설: 노인요양시설, 실비노인요양시설, 유료노인복지시설, 노인전문요양시설, 유료노인전문요양시설, 노인전문병원 ○ 노인여가복지시설: 노인복지회관, 경로당, 노인교실, 노인휴양소[2)] ○ 재가노인복지시설: 가정봉사원파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설
▼	
2008년 개정	○ 노인주거복지시설: 노인양로시설, 노인공동생활가정, 노인복지주택 ○ 노인의료복지시설: 노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 노인전문병원 ○ 노인여가복지시설: 노인복지관, 경로당, 노인교실, 노인휴양소 ○ 재가노인복지시설: 방문요양서비스, 주야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스 ○ 노인보호전문기관
▼	
2014년 현재	○ 노인주거복지시설: 양로시설, 노인공동생활가정, 노인복지주택 ○ 노인의료복지시설: 노인요양시설, 노인요양공동생활가정 ○ 노인여가복지시설: 노인복지관, 경로당, 노인교실 ○ 재가노인복지시설: 방문요양서비스, 주야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스, 재가노인지원서비스 ○ 노인보호전문기관

주: 1) 무료로 또는 저렴한 요금으로 노인에 대하여 각종 상담에 응하고 건강의 증진·교양·오락 기타 노인의 복지증진에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설
2) 노인들에 대하여 심신의 휴양과 관련한 위생시설·여가시설 기타 편의시설을 단기간 제공함을 목적으로 하는 시설

2. 노인복지시설 양적 변화

2000년 이후 노인복지시설 변화는 양적 증가와 다양화로 대표될 수 있다. 노인복지시설은 2000년 48,008개소에서 지속적으로 증가하여 2013년 현재 72,860개 기관이 운영되고 있고 이 중 여가복지시설이 전체 노인복지시설의 89.2%를 차지하고 있으며, 다음으로 노인의료복지시설이 6.3%, 재가복지시설이 3.9%, 주거복지시설이 0.6% 등인 것으로 나타났다.

전반적으로 노인주거복지시설은 전체 노인복지시설 중 가장 낮은 비중을 차지하고 있으며, 의료복지시설은 노인장기요양보험의 도입으로 2008년과 2010년 사이에 급증한 것을 볼 수 있다. 노인복지시설 중 노인여가복지시설이 차지하는 비중은 2002년 98.6%로 절대적으로 높았으나 이후 점진적으로 감소하여 2013년에는 전체 시설 대비 89.2%인 것으로 나타났다. 재가복지시설 역시 장기요양보험 도입으로 인해 가정봉사원파견시설 등과 같은 기존의 재가복지시설이 장기요양급여 제공기관으로 등록하는 등의 변화를 겪으면서 2000년대 중반 이후 일시적으로 증가한 것을 볼 수 있다.

〈표 2-3〉 연도별 노인복지시설 유형별 현황(2002-2013)

(단위: 개소, %)

구분	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013
주거	124 (0.3)	139 (0.3)	366 (0.6)	347 (0.5)	397 (0.6)	416 (0.6)	435 (0.6)
의료	168 (0.3)	379 (0.7)	898 (1.5)	1,832 (2.9)	3,852 (5.6)	4,352 (6.1)	4,585 (6.3)
여가	47,358 (98.6)	52,261 (97.8)	56,789 (96.1)	59,422 (93.0)	62,469 (90.3)	64,077 (89.2)	64,983 (89.2)
재가	358 (0.7)	660 (1.2)	1,045 (1.8)	2,298 (3.6)	2,496 (3.6)	3,003 (4.2)	2,832 (3.9)
노인보호	-	-	19 (0.0)	20 (0.0)	24 (0.0)	25 (0.0)	25 (0.0)
계	48,008 (100.0)	53,439 (100.0)	59,117 (100.0)	63,919 (100.0)	69,237 (100.0)	71,873 (100.0)	72,860 (100.0)

주: 재가노인복지시설은 노인복지법 제38조에 따른 재가노인복지시설로 장기요양보험의 재가급여 및 재가노인지원서비스 제공기관을 의미함
자료: 보건복지부, 노인복지시설현황. 각 년도

노인복지시설에서 경로당이 차지하는 비중이 절대적으로 크기 때문에 경로당을 제외한 노인복지시설의 변화추이를 보면 다음과 같다.

2002년 기준 노인복지시설(경로당 제외)은 1,419개소에서 2013년 9,584개소로 6.8배가량 증가하였다. 전체 노인복지시설 대비 시설종류별 변화 추이를 보면, 노인주거복지시설과 노인여가복지시설 비율은 지난 10여 년간 감소한 반면, 노인의료복지시설과 노인재가복지시설 비중은 증가한 것을 볼 수 있다. 노인의료복지시설은 2002년 168개소에서 2013년 4,585개소로 약 27.3배 증가하였으며, 재가노인복지시설은 2002년 358개소에서 2013년 2,832개소로 7.9배 증가한 것으로 나타났다. 노인의료복지시설과 재가노인복지지설의 증가는 2008년 장기요양보험제도 도입으로 인해 노인요양시설과 재가복지서비스 제공기관의 급증에서 기인한 것으로 해석할 수 있다.

〈표 2-4〉 노인복지시설(경로당 제외) 변화 추이(2002-2013)

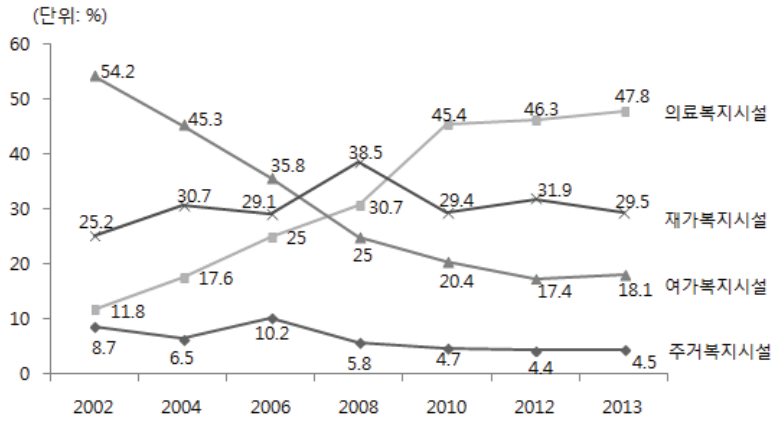
(단위: 개소, %)

구분	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013
주거	124 (8.7)	139 (6.5)	366 (10.2)	347 (5.8)	397 (4.7)	416 (4.4)	435 (4.5)
의료	168 (11.8)	379 (17.6)	898 (25.0)	1,832 (30.7)	3,852 (45.4)	4,352 (46.3)	4,585 (47.8)
여가	769 (54.2)	974 (45.3)	1,285 (35.8)	1,492 (25.0)	1,732 (20.4)	1,635 (17.4)	1,732 (18.1)
재가	358 (25.2)	660 (30.7)	1,045 (29.1)	2,298 (38.5)	2,496 (29.4)	3,003 (31.9)	2,832 (29.5)
계	1,419 (100.0)	2,152 (100.0)	3,594 (100.0)	5,969 (100.0)	8,477 (100.0)	9,406 (100.0)	9,584 (100.0)

자료: 보건복지부, 노인복지시설현황. 각 년도

노인복지시설의 유형별 비중을 분석하면, 노인주거복지시설은 2002년 전체 노인복지시설의 8.7%를 차지하였으나, 2013년에는 4.5%로 절반 가량 감소한 것으로 나타났다. 노인여가복지시설은 2002년에는 노인복지시설 대비 54.2%로 절반 이상을 차지하였으나, 2013년에는 18.1%로 감소하였다. 이에 반해 의료복지시설은 2002년 11.8%에서 2013년 47.8%로 4배 이상 증가하였으며, 재가노인복지시설은 2002년 25.2%에서 2013년 29.5%로 증가한 것으로 나타났다.

〔그림 2-1〕 노인복지시설 종류별 비중 변화(2002-2013, 경로당 제외 시설)



2002년과 2013년을 기준으로 노인인구 및 노인복지시설 변화를 분석한 결과, 노인인구는 2002년 이후 2013년에 1.7배 증가한 반면 노인복지시설은 약 1.5배 증가하였으며, 경로당을 제외한 노인복지시설은 약 6.8배 증가한 것으로 나타났다. 즉, 경로당 개소수 증가보다는 경로당을 제외한 노인복지시설이 급증한 것을 볼 수 있다. 노인인구 만 명당 노인복지시설은 2002년 130개소에서 2013년에는 117개소로 감소한 것으로 나타났지만, 경로당을 제외한 노인복지시설은 2002년 3.8개소에서 2013년 13.8개소로 3.6배가량 증가한 것을 볼 수 있다.

〈표 2-5〉 노인인구 및 노인복지시설 변화 분석

구 분		2002년	2013년	증감
65세 이상 노인인구수(명)		3,712,626	6,250,986	1.7배
노인복지 시설수	경로당 포함	48,008	72,860	1.5배
	경로당 제외	1,419	9,609	6.8배
노인 만명당 시설수	경로당 포함	129.3	116.6	0.9배
	경로당 제외	3.8	13.8	3.6배

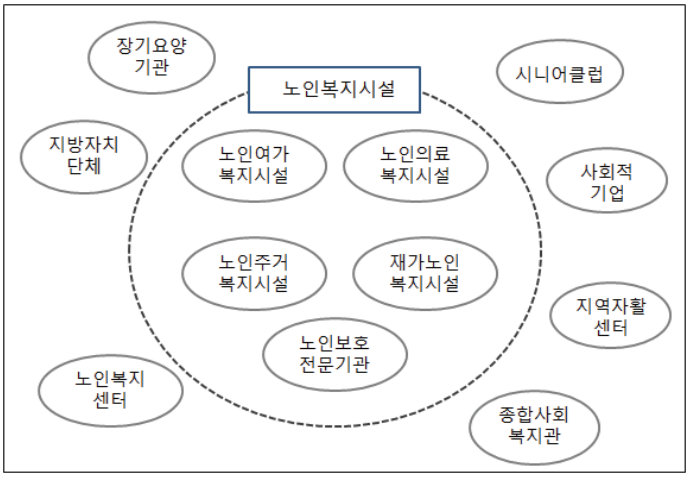
자료: 보건복지부, 노인복지시설현황(각 년도 12월 기준)
통계청. 주민등록 인구현황(각 년도 12월 기준)

노인복지시설 이외에 노인복지서비스를 제공하는 기관은 노인일자리사업을 운영하는 시니어클럽, 종합사회복지관, 노인복지센터 등과 노인돌봄서비스제공기관으로 노인복지센터, 종합사회복지관, 지역자활센터, 사회적기업, 지자체 등이 있다. 또한, 일부 지방자치단체에서는 자체적으로 노인문화센터, 노인복지센터 등의 형태로 노인여가복지시설을 설립·운영하고 있다. 그러므로 실질적으로 노인복지서비스를 제공하는 기관의 정확한 통계치를 산출하기는 어렵지만 노인복지시설보다는 많은 것으로 판단할 수 있다.

노인복지서비스 제공기관의 다양화는 노인복지서비스 제공을 위해 신규 노인복지기관을 설치·운영하거나 기존의 유사 기관을 활용하여 노인복지서비스를 제공하는 방식으로 이루어졌다. 새로운 노인복지서비스 제공을 위해 2000년 이후 한국노인인력개발원과 독거노인지원센터 등과 같은 중간지원기관과 시니어클럽, 노인보호전문기관[10], 노인학대쉼터 등과 같은 직접 서비스 제공기관 등이 신설되어 운영되고 있다.

10) 노인보호전문기관은 2004년 17개소를 시작으로 2006년 19개소, 2008년 20개소, 2010년 23개소, 그리고 2013년 현재 전국에 25개소가 운영되고 있다.

〔그림 2-2〕 노인복지서비스 제공기관 유형



그리고 노인일자리사업의 경우, 시니어클럽, 노인복지관, 대한노인회, 노인복지센터 등과 같이 노인 특화된 복지기관 뿐만 아니라 종합사회복지관, 지역자활센터, 노인보호전문기관 등과 같이 노인대상 서비스 제공기관이나 유사한 사업을 수행하는 기관들도 노인일자리사업에 참여하고 있다. 위에서도 언급했듯이, 노인돌봄서비스 제공기관 역시 노인복지시설 이외에 종합사회복지관, 노인복지센터, 지역자활센터, 사회적기업, 사회서비스센터 등 다양한 기관들이 노인복지 서비스 공급주체로 역할을 하고 있다.

3. 노인복지시설 유형별 특성

노인주거복지시설은 2000년 122개소에서 2013년 435개소로 4배가량 증가하였다. 전반적인 변화양상으로는 10인 이상 주거시설인 양로시설은 2008년 이후 점차 감소하는 추세에 있는 반면, 공동생활가정은 증가하고 있는 것을 볼 수 있다.

〈표 2-6〉 연도별 노인주거복지시설 현황(2000-2013)

(단위: 개소)

구분	2000	2002	2004	2006		2008	2010	2012	2013
무료양로	93	89	78	145	양로시설[1]	306	300	285	285
실비양로	4	3	12	132	공동생활가정[2]	21	75	108	125
유료양로	22	28	41	74	노인복지주택[3]	20	22	23	25
유료주택	3	4	8	15					
총계	122	124	139	366		347	397	416	435

주: 1) 입소정원 10명 이상인 시설
2) 입소정원 5-9명인 시설. 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식 등 필요한 편의 제공
3) 노인에게 주거시설을 분양 또는 임대하여 주거의 편의, 생활지도, 상담, 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공

자료: 보건복지부, 노인복지시설현황. 각 년도

장기요양 기관수는 2008년 8,318개소에서 2013년 15,704개소로 2배 가량 증가한 것을 볼 수 있다. 장기요양보험 기관 중 재가기관은 2008년 79.6%, 입소시설은 20.4%이었으나 2013년 현재 재가기관은 70.4%, 입소시설은 29.6%로 변화하였다. 즉, 재가급여 이용자가 65%로 감소하고 시설급여 이용자가 35% 수준으로 증가하는 것과 유사한 패턴으로 재가급여 제공기관은 감소한 반면 시설급여 제공시설은 증가하였다. 이러한 장기요양 입소시설의 증가는 노인요양공동생활가정이나 소규모 입소시설의 증가에서 기인한다고 볼 수 있다.

〈표 2-7〉 연도별 장기요양기관 현황(2008-2013)

(단위: 개소, %)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013
재가급여 제공기관	6,618 (79.6)	11,931 (81.9)	11,228 (75.0)	10,857 (72.8)	10,730 (71.3)	11,056 (70.4)
시설급여 제공기관	1,700 (20.4)	2,629 (18.1)	3,751 (25.0)	4,061 (27.2)	4,326 (28.7)	4,648 (29.6)
전체	8,318 (100.0)	14,560 (100.0)	14,979 (100.0)	14,918 (100.0)	15,056 (100.0)	15,704 (100.0)

주: 재가급여 제공기관은 ① 노인복지법 제38조에 따른 재가노인복지시설로 노인장기요양보험법 제31조에 따라 지정을 받은 장기요양기관, ② 노인장기요양보험법 제32조에 따라 설치한 재가장기요양기관을 포함함. 즉, 재가노인복지시설 이외에 법인, 영리, 지자체 등에서 운영하고 있는 장기요양기관을 모두 포함하고 있음

자료: 국민건강보험공단, 장기요양보험통계연보(2008~2013)

장기요양서비스를 제공하는 재가복지시설을 제외한 재가복지서비스 제공기관은 2002년 238개소에서 2013년 1,948개소로 급격히 증가하였다. 장기요양보험의 재가서비스 제공기관을 제외하였음에도 불구하고 재가복지 제공기관이 급증한 원인 중의 하나는 노인돌봄종합서비스가 바우처 사업으로 도입되면서 종합사회복지관, 지역자활센터, 영리기관 등이 서비스 제공기관으로 유입된 것과 관련하여 해석될 수 있다. 그 밖에 독거노인 대상의 노인돌봄기본서비스 제공기관과 함께 2010년부터 재가지원서비스센터도 설치·운영되면서 장기요양서비스 이외의 재가복지 서비스 제공기관의 양적 확대가 이루어졌다.

〈표 2-8〉 재가복지서비스 제공기관 현황(노인장기요양보험 재가급여 제외)

(단위: 개소)

구분	2000년		구분	2013년
가정봉사원 파견사업	105		노인돌봄 기본서비스	252
주간보호	97	➡	노인돌봄 종합서비스	1,467
단기보호	36		재가노인 지원서비스센터	229
총계	238		총계	1,948

주: 1) 주야간보호서비스와 단기보호서비스는 노인장기요양보험의 재가급여에 해당함
자료: 1) 보건복지부, 노인복지시설현황. 각 년도
2) 정순둘, 이민홍(2013). 2013년 독거노인지원사업 연구성과 보고
3) 사회서비스전자바우처 홈페이지:http://www.socialservice.or.kr

다음으로 노인여가복지 및 노인일자리사업 수행기관의 변화 추이를 살펴보면, 먼저 노인일자리사업 수행기관은 2007년 915개소에서 2013년 1,221개소로 약 300개소가 증가했다. 그러나 기관당 참여노인 수는 2007년에 약 91명이었으나 2013년에는 기관당 평균 239명을 담당하는 것으로 나타나 참여노인 증가에 비해 노인일자리사업 수행기관의 증가율은 저조한 것을 볼 수 있다.

〈표 2-9〉 연도별 노인일자리사업 수행기관 현황(2007-2013)

(단위: 개소, 명)

구분	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
사업기관수	915	976	1,115	1,136	1,214	1,219	1,221
참여자수	83,038	112,542	151,566	271,793	249,207	246,782	291,918
기관 대비 참여자수	91	115	136	239	205	202	239

자료: 한국노인인력개발원(2014). 2013 노인일자리 통계 동향

노인여가복지시설은 2014년 현재 노인복지관, 경로당, 그리고 노인교실이 운영되고 있다. 노인복지관은 2002년 123개소에서 2013년 319개소, 노인교실은 2002년 642개소에서 2013년 1,413개소, 경로당은 2002년 46천여 개에서 2013년 63천여 개로 증가하였다. 지난 10년간 노인복지관, 경로당, 그리고 노인교실은 눈에 띄게 증가하였으나, 2010년 이후의 시설 증가율은 상대적으로 크지 않은 것을 볼 수 있다.

〈표 2-10〉 연도별 노인여가복지시설 현황(2002-2013)

(단위: 개소)

구분	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013
노인복지관	123	152	183	228	259	300	319
경로당	46,589	51,287	55,504	57,930	60,737	62,442	63,251
노인교실	642	819	1,099	1,260	1,464	1,335	1,413
노인휴양소	4	3	3	4	9	-	-
총계	47,358	52,261	56,789	59,422	62,469	64,077	64,983

자료: 보건복지부, 노인복지시설현황. 각 년도

노인인구 대비 노인복지관과 경로당의 변화를 살펴보면, 2002년과 2013년 사이의 노인인구수는 약 1.7배 증가한 반면, 노인복지관은 2.6배, 경로당은 1.4배 증가한 것을 볼 수 있다. 이로 인해 노인 십만명당 노인복지관 수는 2002년 3.3개소에서 2013년 5.1개소로 증가하였으나, 노인인구 만명당 경로당 수는 2002년 125.5개소에서 2013년 101.2개소로 감소한 것을 볼 수 있다.

〈표 2-11〉 노인인구 및 노인여가복지시설 변화 분석

(단위: 명, 개소)

구 분		2002년	2013년	증가율
65세 이상 노인인구수		3,712,626	6,250,986	1.7배
노인복지관	개소수	123	319	2.6배
	노인인구 십만명당 개소수	3.3	5.1	-
경로당	개소수	46,589	63,251	1.4배
	노인인구 만명당 개소수	125.5	101.2	-

자료: 보건복지부, 노인복지시설현황(각 년도 12월 기준)
통계청. 주민등록 인구현황(각 년도 12월 기준)

4. 노인복지시설의 지역별 분포

지역별 노인복지시설 분포의 변화는 2002년을 시작으로 노인장기요양보험이 도입된 2008년, 그리고 2013년을 중심으로 살펴보고자 한다. 노인복지시설 유형별 변화 및 시도별 분포의 노인주거복지시설과 노인여가복지시설은 노인복지법을 기반으로 하는 시설 수의 변화를 분석하였다. 그리고 2008년 노인장기요양보험 도입 이후 노인의료복지시설과 노인재가복지시설의 대부분이 노인장기요양기관에 포함됨에 따라 노인의료복지시설과 재가복지시설은 노인장기요양기관(입소시설과 재가기관)의 변화를 중심으로 시·도간 분포를 살펴보았다.

먼저, 전반적인 노인복지시설 변화 추이를 살펴보면, 2002년 48,021개소이던 노인복지시설은 2013년 72,860개소로 1.5배가량 증가하였다. 그러나 노인인구의 절대적인 규모 증가로 인해 노인 만 명당 개소수는 131.1개소에서 116.6개소로 감소한 것으로 나타났다. 지역적으로 살펴보면, 특히 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남지역에 노인복지시설이 집

중되어 있는 것을 볼 수 있는데, 이는 이 지역에 상대적으로 고령인구가 많고 노인여가복지시설인 경로당 수가 많아 노인인구 대비 전체 노인복지시설 수가 많은 것으로 해석할 수 있다.

〈표 2-12〉 시도별 노인복지시설 변화 추이(2002, 2008, 2013)

(단위: 개소)

시도	2002년		2008년		2013년	
	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수
합계	48,021	131.1	63,919	126.1	72,860	116.6
서울	2,778	46.0	3,761	42.3	4,645	40.0
부산	1,905	75.6	2,333	64.2	2,590	55.4
대구	1,154	70.4	1,488	64.0	1,869	64.6
인천	1,137	75.4	1,567	72.6	1,901	67.3
광주	914	109.2	1,379	116.4	1,632	107.5
대전	665	79.5	861	72.2	1,019	67.6
울산	599	128.0	809	115.6	869	95.0
세종	-	-	-	-	419	233.3
경기	6,839	112.8	9,337	101.5	11,166	93.4
강원	2,101	134.0	2,992	142.5	3,397	136.1
충북	3,390	230.8	4,067	211.2	4,388	197.5
충남	4,589	198.7	5,756	196.0	6,014	187.8
전북	4,781	219.1	6,423	235.9	6,988	223.4
전남	5,962	220.7	8,500	251.2	9,404	251.1
경북	5,691	178.1	7,305	181.5	8,287	183.2
경남	5,153	182.2	6,876	187.6	7,714	178.7
제주	363	77.3	465	72.4	556	70.1

주: 통계청. 주민등록인구현황(각 년도 12월 기준)
자료: 보건복지부. 노인복지시설 현황. 각 년도

노인주거복지시설은 2002년 124개소에서 435개소로 3.5배가량 증가하였으며, 노인 만 명당 개소수는 0.3에서 0.7개소로 증가하였으나, 전체 노인복지시설 중에는 가장 미흡한 수준인 것으로 나타났다. 지역별로 살펴보면, 특히 전체 노인주거복지시설의 1/3정도가 경기도 지역에 치중되어 있는 것을 알 수 있는데, 이는 서울의 노인인구가 인근의 경기도 지역 주거시설로 이동하기 때문으로 보인다.

〈표 2-13〉 시도별 노인주거복지시설 변화 추이(2002, 2008, 2013)

(단위: 개소)

시도	2002년		2008년		2013년	
	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수
합계	124	0.3	347	0.7	435	0.7
서울	10	0.2	36	0.4	28	0.2
부산	7	0.3	10	0.3	7	0.1
대구	5	0.3	5	0.2	5	0.2
인천	3	0.2	20	0.9	26	0.9
광주	5	0.6	3	0.3	3	0.2
대전	2	0.2	8	0.7	10	0.7
울산	1	0.2	1	0.1	1	0.1
세종	-	-	-	-	4	2.2
경기	23	0.4	107	1.2	148	1.2
강원	6	0.4	23	1.1	30	1.2
충북	5	0.3	33	1.7	38	1.7
충남	12	0.5	28	1.0	27	0.8
전북	11	0.5	16	0.6	21	0.7
전남	8	0.3	22	0.7	39	1.0
경북	13	0.4	20	0.5	27	0.6
경남	9	0.3	13	0.4	19	0.4
제주	4	0.9	2	0.3	2	0.3

주: 통계청. 주민등록인구현황(각 년도 12월 기준)
자료: 보건복지부. 연도별 노인복지시설 현황. 각 년도

다음으로 시도별 장기요양기관의 변화추이를 살펴보면, 입소시설은 2008년 1,700개소에서 2013년 4,648개소로 증가했으며, 노인 만 명당 개소수도 3.4개소에서 7.4개소로 2배가량 증가하였다. 반면, 재가시설은 시설급여보다 완만한 증가세를 보이고 있다. 전체 재가급여기관은 8,318개소에서 11,056개소로 노인 만 명당 개소수는 16.4개소에서 17.7개소로 증가하였다. 2008년 입소시설과 재가기관의 비율은 1.7대 8.3 수준이었으나, 2013년 3.0대 7.0 수준으로 입소시설수가 증가하고 있는 추이를 보이고 있다. 노인인구 대비 재가기관은 도 지역보다는 광역시 지역에 밀집되어 있고, 지역적으로는 경기와 서울을 중심으로 한 수도권 지역에 집중되어있는 것으로 나타났다.

〈표 2-14〉 시도별 장기요양기관 변화 추이(2008, 2013)

(단위: 개소)

시도	입소시설(시설급여)				재가기관(재가급여)			
	2008년		2013년		2008년		2013년	
	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수
합계	1,700	3.4	4,648	7.4	8,318	16.4	11,056	17.7
서울	123	1.4	521	4.5	1,067	12.0	1,913	16.5
부산	71	2.0	134	2.9	582	16.0	712	15.2
대구	41	1.8	251	8.7	405	17.4	601	20.8
인천	71	3.3	282	10.0	348	16.1	609	21.6
광주	46	3.9	100	6.6	313	26.4	418	27.5
대전	40	3.4	102	6.8	265	22.2	421	27.9
울산	29	4.1	40	4.4	151	21.6	156	17.0
세종	-	-	11	-	-	-	23	12.8
경기	464	5.0	1,366	11.4	1,711	18.6	2,245	18.8
강원	107	5.1	238	9.5	357	17.0	364	14.6

〈표 2-14〉 계속

(단위: 개소)

시도	입소시설(시설급여)				재가기관(재가급여)			
	2008년		2013년		2008년		2013년	
	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수
충북	107	5.6	243	10.9	302	15.7	298	13.4
충남	92	3.1	251	7.8	406	13.8	519	16.2
전북	142	5.2	221	7.1	561	20.6	597	19.1
전남	127	3.8	284	7.6	627	18.5	596	15.9
경북	111	2.8	321	7.1	588	14.6	749	16.6
경남	101	2.8	221	5.1	518	14.1	704	16.3
제주	28	4.4	62	7.8	117	18.2	131	16.5

주: 통계청. 주민등록인구현황(각 년도 12월 기준)
자료: 건강보험공단. 노인장기요양보험 통계연보. 각 년도

노인여가복지시설은 2002년 47,358개소에서 2013년 64,983개소로 1.5배가량 증가하였으나, 노인인구의 절대적인 규모 증가로 인해 노인 만명당 개소 수는 129.2개소에서 104.0개소로 감소한 것으로 나타났다. 또한, 노인여가복지시설 또한 고령인구가 많은 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남 지역에 집중되어 있으며, 세부적으로는 도 지역에 소규모의 경로당 수가 월등히 높아 노인여가복지시설이 많은 것으로 집계되고 있다.[11]

11) 같은 기간, 경로당은 전 지역에서 증가하였으며 노인 만명당 경로당 수는 전남을 제외하고 감소하였다. 또한 노인복지관은 절대적인 수와 노인 만명당 개소수 모두 증가하였으나, 노인 만명당 노인복지관의 수는 울산(1.1개소)을 제외하고는 1개소 미만인 것으로 나타났다.

〈표 2-15〉 시도별 노인여가복지시설 변화 추이(2002, 2008, 2013)

(단위: 개소)

시도	2002년		2008년		2013년	
	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수	개소	노인 만명당 개소수
합계	47,358	129.2	59,422	117.2	64,983	104.0
서울	2,666	44.1	3,322	37.3	3,687	31.7
부산	1,844	73.1	2,111	58.1	2,314	49.5
대구	1,118	68.2	1,341	57.7	1,477	51.1
인천	1,108	73.4	1,335	61.8	1,483	52.5
광주	890	106.3	1,146	96.7	1,313	86.5
대전	646	77.2	752	63.1	826	54.8
울산	589	125.8	732	104.6	785	85.8
세종	-	-	-	-	399	222.2
경기	6,753	111.4	8,369	91.0	9,264	77.5
강원	2,066	131.8	2,747	130.9	3,019	121.0
충북	3,370	229.4	3,842	199.5	4,025	181.2
충남	4,555	197.2	5,536	188.5	5,610	175.2
전북	4,720	216.3	6,103	224.2	6,562	209.8
전남	5,926	219.3	8,086	238.9	8,760	233.9
경북	5,643	176.6	7,022	174.5	7,764	171.6
경남	5,117	181.0	6,582	179.6	7,258	168.1
제주	347	73.9	396	61.7	437	55.1

주: 통계청. 주민등록인구현황(각 년도 12월 기준)
자료: 보건복지부. 노인복지시설 현황. 각 년도

5. 노인복지서비스 종사자

2002년부터 2013년까지 노인복지시설 유형별 종사자 변화추이를 분석하였다. 노인복지시설 종사사자는 2002년 18,065명에서 2013년

114,000명으로 6배 이상 증가하였으며, 2013년 기준으로 의료복지시설 종사자가 전체의 65.0%를 차지하고 있으며, 다음으로 재가노인복지시설 종사자가 27.5%으로 나타났다.

이 밖에 노인일자리 전담인력 1,987명(2013년 기준), 노인돌봄기본서비스 제공인력 5,755명(서비스관리자 255명, 노인돌보미 5,500명), 그리고 노인돌봄종합서비스 제공인력 13,100명(2013년 기준)을 더하면 전국적으로 약 13만 명이 노인복지서비스를 제공하고 있다고 할 수 있다.

〈표 2-16〉 연도별 노인복지시설별 종사자 현황(2002-2013)

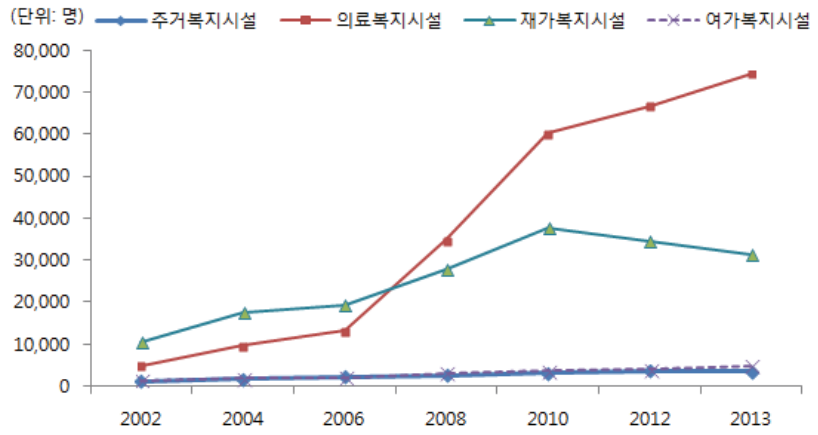
(단위: 명)

구분	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013
주거복지	1,272	1,695	2,294	2,665	3,106	3,634	3,456
의료복지	4,832	9,721	13,206	34,749	60,216	66,741	74,397
재가복지	10,525	17,424	19,422	27,866	37,653	34,494	31,375
여가복지	1,436	1,818	2,132	2,977	3,597	4,000	4,772
총계	18,065	30,658	37,054	68,257	104,572	108,869	114,000

주: 여가복지시설은 노인복지관 종사자 현황임
자료: 보건복지부, 노인복지시설현황. 각 년도

주거복지시설과 여가복지시설 종사자는 지난 10여 년간 점진적으로 증가하여 2002년에 비해 약 3배 증가한 것으로 나타났다. 그러나 장기요양보험제도의 도입과 함께 의료복지시설(노인요양시설 등)은 2002년 4,832명에서 2013년 74,397명으로 15.4배 증가하였으며, 재가복지시설 종사자는 2002년 10,525명에서 2013년 31,375명으로 3.0배 가량 증가하였다.

[그림 2-3] 노인복지시설 유형별 종사자 변화추이(2002-2013)



노인장기요양시설에서 근무하고 있는 인력은 사회복지사, 의사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사, 요양보호사, 영양사 등이 있으며, 2013년 말 기준으로 274,243명이며, 이 중 92.1%인 252,663명은 요양보호사인 것을 볼 수 있다. 2009년부터 2013년까지 직종별 변화 추이를 보면, 사회복지사(2.7%), 물리(작업)치료사(0.6%), 요양보호사(92.1%), 영양사(0.3%)의 비중은 큰 변동없이 없이 일정 수준을 유지하고 있는 것으로 나타났다. 간호사는 2009년 1.7%에서 2013년 1.0%로 감소하고 있는 반면, 간호조무사는 2009년 2.1%에서 2013년 2.8%로 증가하는 양상을 보이고 있다. 또한, 장기요양기관(재가)에서 근무하고 있는 치과위생사는 극히 드문 것으로 나타났다.

〈표 2-17〉 장기요양기관 근무 인력 현황(2009-2013)

(단위: 명, %)

구분	2009	2010	2011	2012	2013
사회복지사	4,944 (2.6)	5,862 (2.4)	6,133 (2.4)	6,751 (2.7)	7,506 (2.7)
의사 (촉탁 포함)	852 (0.5)	997 (0.4)	1,081 (0.4)	1,142 (0.5)	1,233 (0.4)
간호사	3,096 (1.7)	2,986 (1.2)	2,838 (1.1)	2,735 (1.1)	2,627 (1.0)
간호조무사	3,873 (2.1)	5,069 (2.1)	5,859 (2.3)	6,560 (2.6)	7,552 (2.8)
치과위생사	19 (0.0)	17 (0.0)	7 (0.0)	7 (0.0)	4 (0.0)
물리(작업) 치료사	1,207 (0.6)	1,412 (0.6)	1,530 (0.6)	1,626 (0.6)	1,740 (0.6)
요양보호사	172,889 (92.2)	228,955 (93.1)	232,639 (92.7)	233,459 (92.2)	252,663 (92.1)
영양사	660 (0.4)	719 (0.3)	776 (0.3)	835 (0.3)	918 (0.3)
합계	187,540 (100.0)	246,017 (100.0)	250,863 (100.0)	253115 (100.0)	274,243 (100.0)

자료: 국민건강보험(2014). 2013 노인장기요양보험통계연보

제3절 노인복지서비스 이용자

1. 서비스 대상범위 및 선정기준

2000년 이후 노인복지서비스 이용자와 관련한 변화는 다음과 같이 제시할 수 있다. 먼저, 서비스대상자 선정기준이 소득 중심에서 욕구나 필요도 중심으로 전환되고 있다. 2000년 초반까지는 주로 65세 이상이면서 빈곤 노인을 중심으로 선별적인 복지서비스를 제공하였다. 그러나 서비스

의 성격에 따라 이용대상을 빈곤노인에서 차상위 계층까지 완화하거나(개안수술비 지원), 소득수준과 욕구수준을 동시에 적용하거나(노인돌봄서비스), 서비스 필요도만을 적용하는 사업(장기요양보험, 노인학대, 사회참여) 등 선정기준이 다양화되고 세분화되는 경향이 발견되었다.

둘째, 이용자 기준의 저연령화 현상을 일부 발견할 수 있다. 2001년의 정부지원 노인보건복지사업의 대상자는 기본적으로 65세 이상인 노인이 주를 이루고 있다. 그러나 2014년 기준에는 실명예방이나 치매와 같은 조기발견이나 예방이 중요한 사업의 경우, 서비스 이용기준을 만 60세 이상 노인으로 규정하고 있다. 또한, 경제활동이나 여가복지서비스처럼 건강이 보장되어 활동이 가능한 서비스의 경우 서비스 이용연령이 만 60세로 노인복지법상 노인의 연령기준인 만 65세보다 낮아 이용 연령의 폭을 확대하고 예비노인들의 서비스 접근성을 보장하고 있다. 그러나 실제로 60-64세 연령집단 중 노인복지서비스 이용자 비중은 높지 않다고 할 수 있다.

셋째, 노인장기요양보험의 도입과 함께 노인돌봄서비스나 노인재가지원서비스의 자격요건이 장기요양등급판정 수준에 연동되어 있음을 볼 수 있다. 재가복지서비스가 노인장기요양제도의 재가급여에 해당됨에 따라 장기요양인정등급이 서비스 이용의 절대적인 요건이 되고 있다. 그러나 장기요양서비스 이외의 노인돌봄종합서비스와 재가노인지원서비스 등도 장기요양등급 외 A, B인 자 또는 장기요양급여수급자로 제한하고 있어 돌봄과 관련된 재가노인복지서비스 이용에 있어서 소득요건과 함께 건강상의 기능수준도 중요한 요인으로 작용하고 있다.

전반적으로 노인복지서비스 이용의 자격요건은 노인들의 복지서비스 이용기회를 높이는 방향으로 변화해 왔으며, 이는 노인복지서비스 수혜대상의 확대와 연관된다고 할 수 있다.

〈표 2-18〉 노인복지서비스 이용자 선정기준(이용자격)

서비스영역	2001년	2014년
경제활동 (노후소득보장)	○노인취업알선센터 : 60세 이상	○노인취업지원센터: 60세 이상 ○노인일자리사업: 65세 이상 (부분적 60세 이상 가능)
여가활동	○65세 이상	○노인복지관 및 노인교실: 60세 이상 ○경로당: 65세 이상
재가복지	○65세 이상 ○기초수급노인 ○부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자	○장기요양보험 재가급여 및 재가노인지원서비스 - 장기요양급여수급자 - 기초수급권자 및 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 재가서비스의 제공이 필요한 자 ○노인돌봄종합서비스 - 만 65세 이상 - (건강) 노인장기요양 등급 외 A, B - (소득) 전국가구 평균소득의 150% 이하 ○노인돌봄기본서비스 - 만 65세 이상 요양서비스 불필요 독거노인 - 소득, 건강, 주거, 사회적 접촉 등 평가 ○독거노인응급안전돌보미서비스 - 만65세 이상 독거노인 중 기초·차상위노인 ○독거노인사랑잇기서비스 - 기본서비스 예비대상자 중 서비스에 동의한 독거노인 ○재가노인지원서비스 - 장기요양수급자 및 장기요양수급 이외 자 중 기초수급권자 및 혼자 일상생활 수행의 어려운 자 등
노인건강검진	○65세 이상 기초수급자	65세 이상 의료급여수급자
치매지원센터 및 치매검진사업	○저소득 치매노인과 가족	60세 이상 치매노인과 가족
안검진	-	60세 이상 모든 노인(저소득층 우선)
개안수술비 지원	-	60세 이상 모든 노인이면서 전국 가구평균소득 50% 이하
노인학대예방	-	학대 피해노인

자료: 1) 보건복지부(2001). 2001년도 노인보건복지 국고보조사업 안내
2) 보건복지부(2014a). 2014년도 노인보건복지 사업안내

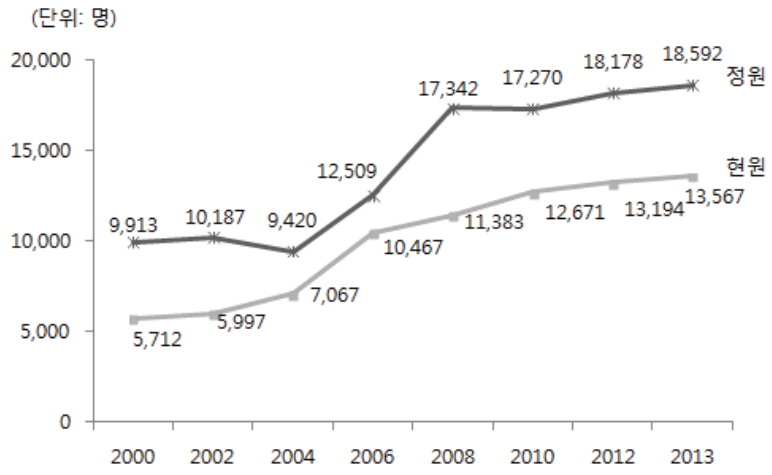
2. 노인복지서비스 이용자 규모

노인복지서비스 영역별로 노인주거복지시설, 노인장기요양보험, 재가복지서비스, 노인일자리사업, 노인여가복지시설 이용자를 중심으로 각 사업이 도입된 이후 현재까지 이용자 규모 변화를 살펴보았다.

2000년 초반까지 노인주거복지시설은 양로시설(무료, 실비, 유료)과 유료주택으로 이루어졌으며, 2008년 노인복지법 개정으로 양로시설[12], 노인공동생활가정[13], 노인복지주택[14]으로 변경되었다. 이후 또 다시 법 개정을 통해 노인복지주택이 노인주거복지시설에서 제외되어 2014년 현재 노인주거복지시설은 양로시설과 노인공동생활가정으로 구성되어 있다. 2000년 노인주거복지시설 정원은 9,913명이었으나 2013년에는 18,592명으로 약 2배 증가한 반면, 실제 노인주거복지시설 이용자 수(현원)는 2000년 5,712명에서 지속적으로 증가하여 2013년에는 13,567명이 주거복지시설을 이용하고 있는 것으로 나타났다. 노인주거복지시설의 정원은 2004년과 2008년 사이에 급속한 증가를 보이고 있다. 2004년과 2006년에는 노인유료시설 정원이 2배 가량 증가하였으며, 노인주택은 2004년과 2008년 사이 약 4.5배 가량 증가한 것으로 나타났다. 그러나 2008년 이후 노인주거복지시설 정원 및 현원의 수는 크게 증가하지 않는 것을 볼 수 있다. 노인주거복지시설의 정원에 비해 실제 이용노인 수가 2004년과 2006년을 제외하고 평균 4천여명이 적은 것을 볼 수 있으며, 2013년 기준으로 시설 이용율은 73.0%에 불과하였다.

12) 양로시설은 입소정원이 10명 이상인 시설이다.
13) 노인공동생활가정은 입소정원 5-9명인 시설로 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식 등 필요한 편의를 제공한다.
14) 노인복지주택은 노인에게 주거시설을 분양 또는 임대하여 주거의 편의, 생활지도, 상담, 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공한다.

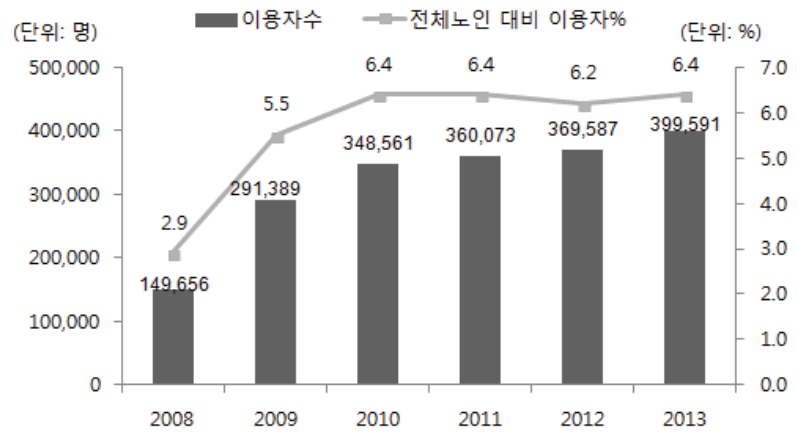
[그림 2-4] 연도별 노인주거복지시설 이용자 현황(2000-2013)



주: 2000년부터 2006년의 노인주거복지시설은 무료양로, 실비양로, 유료양로, 유료주택의 정원과 현원을 의미하며, 2008년 이후 노인주거복지시설은 양로시설, 공동생활가정, 노인복지주택의 정원과 현원을 의미함
자료: 보건복지부, 노인복지시설현황. 각 년도

2008년 장기요양보험제도가 도입된 이후 장기요양보험을 이용하고 있는 노인수는 2008년 149,656명에서 2013년 399,591명으로 2.7배 가량 증가하였으며, 65세 이상 노인 대비 요양보험 급여 이용자 비율은 2008년 2.9%에서 2013년 6.4%로 약 2.2배 증가하였다. 노인장기요양 급여를 받는 수급노인의 수는 매년 증가하고 있으나, 급격한 노인인구의 증가로 인해 전체 노인대비 수급자 비율은 6.5%에 미치지 못하는 것을 볼 수 있다.

[그림 2-5] 연도별 노인장기요양보험 이용자 현황(2008-2013)



주: 급여종류별, 인정등급별 중복을 제외한 실인원임
자료: 국민건강보험공단, 장기요양보험통계연보. 각 년도

노인장기요양보험 급여별 이용자 현황을 보면, 2009년 시설급여 이용자는 24.9%에서 2013년 37.0%로 증가한 반면, 재가급여 이용자는 2009년 75.1%에서 2013년 63.0%로 감소한 것을 볼 수 있다. 2011년 이후 시설급여 이용자는 35% 수준으로, 재가급여 이용자는 65% 수준으로 유지되는 것을 볼 수 있다.[15] 그러나 노인인구의 증가, 특히 요양이 필요한 후기노인인구의 급증은 노인장기요양보험 수급노인의 지속적인 확대를 가져올 것으로 예측되고 있다.

15) [그림 2-5]의 장기요양보험 이용자 수(예, 2013년 이용자수 399,591명)와 〈표 2-19〉의 장기요양보험 급여별 이용자수(예, 2013년 527,722명)의 차이가 발견된다. [그림 2-5]의 장기요양보험 이용자수는 급여종류별, 인정등급별 중복을 제외한 이용자수를 의미하며, 〈표 2-19〉의 급여별 이용자수는 당해년도에 1인이 방문요양서비스 이용한 후, 주간서비스를 이용하고, 이후에 시설서비스를 이용한 경우를 각 세부 서비스별 실적으로 중복 집계한 수치이다. 그러므로 전체 이용자 수가 급여종류별 이용자 수에 비해 적게 산출되게 된다.

〈표 2-19〉 노인장기요양보험 급여종류별 이용자 현황(2009-2013)

(단위: 명, %)

구분	2009	2010	2011	2012	2013
시설급여	93,108 (24.9)	129,161 (27.4)	144,698 (30.5)	157,753 (33.4)	195,031 (37.0)
재가급여[1)]	280,974 (75.1)	342,654 (72.6)	329,493 (69.5)	314,290 (66.6)	332,691 (63.0)
총계	374,082 (100.0)	471,815 (100.0)	474,191 (100.0)	472,043 (100.0)	527,722 (100.0)

주: 1) 재가급여: 방문요양, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호, 방문간호 포함 . 복지용구 이용실적은 제외
자료: 국민건강보험공단, 장기요양보험통계연보. 각 년도

2000년 재가노인복지서비스는 가정봉사원파견사업, 주간보호서비스, 단기보호서비스 등이 제공되었으며, 2008년부터는 노인장기요양보험의 재가급여 서비스, 노인돌봄서비스 등으로 전환되었다. 2000년도 재가복지서비스 이용노인은 12,963명으로 전체노인의 약 0.4%에 불과하였다. 그러나 2013년 노인장기요양보험의 재가급여를 제외한 노인돌봄서비스와 재가지원서비스 이용자는 241,120명으로 전체노인의 4.0%에 이르는 것으로 나타났다. 즉, 과거에 비해 재가노인복지 공급규모가 큰 폭으로 확대된 것을 볼 수 있다.

〈표 2-20〉 재가복지서비스 이용자 변화(노인장기요양보험 재가급여 수급자 제외)

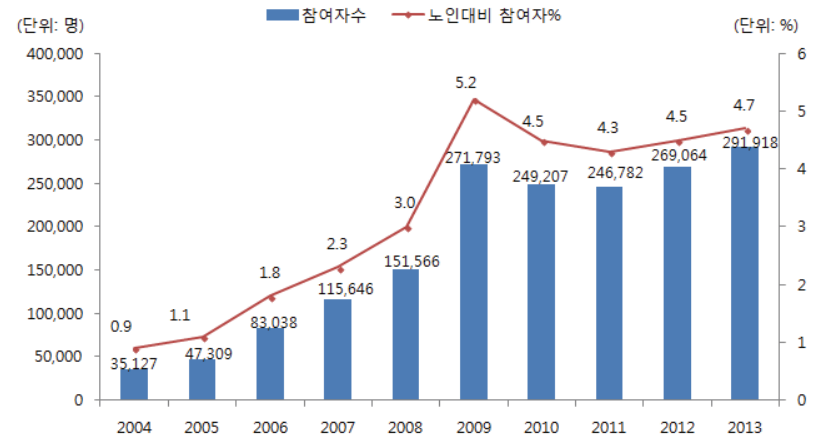
(단위: 명)

구분	2000년[1)]		구분	2013년[1)]
가정봉사원 파견사업	10,848		노인돌봄 기본서비스[2)]	190,024
주간보호	1,812	➡	노인돌봄 종합서비스	32,200
단기보호	303		재가노인 지원서비스	18,896
총계	12,963		총계	241,120

자료: 1) 보건복지부, 노인복지시설현황, 사업안내, 예산 및 기금운용계획. 각 년도
2) 정순둘, 이민홍(2013). 2013년 독거노인지원사업 연구성과 보고. 보건복지부·독거노인지원센터

노인일자리사업은 노인의 사회참여, 소득보충, 건강증진 등을 목적으로 2004년부터 운영되고 있다. 노인일자리사업은 2004년 35,127명을 시작으로 2013년 291,918명이 참여한 것으로 나타났다. 65세 이상 노인 대비 노인일자리사업 참여자 비율은 2004년에 0.9%에 불과하였으나 2009년 5.2%까지 증가한 이후 5%를 밑돌고 있는 것을 볼 수 있다. 즉, 2004년 이후 5년간 노인일자리사업의 급속한 확장이 이루어졌으며, 이후 5년간은 안정화 단계로 접어들면서 증가폭은 다소 줄어든 것으로 나타났다.

[그림 2-6] 연도별 노인일자리사업 참여자 현황(2004-2013)



자료: 한국노인인력개발원(2014). 2013년 노인일자리 통계 동향

노인여가활동의 대표적인 기관인 경로당과 노인복지관 이용자수 변화를 살펴보면, 1998년 경로당 이용률은 노인인구의 47.6%로 약 144만명이 이용하였으며, 노인복지관은 약 99천명(이용률 3.3%)이 이용한 것으로 나타났다. 그러나 1998년 이후 경로당 이용률은 감소하여 2004년과 2011년 모두 전체 노인 대비 약 34%를 유지하고 있는 반면, 노인복지관 이용률은 2004년 4.8%에서 2011년 8.8%로 증가한 것을 볼 수 있다. 이를 통해 우리나라 노인인구의 약 40%가 노인여가복지시설을 이용하고 있는 것으로 추정할 수 있다.[16] 장기요양급여 수급노인이 약 6%인 점을 감안할 때 우리나라 노인의 절반가량은 노인여가복지시설을 이용하고 있지 않은 것으로 볼 수 있다.

16) 경로당 이용 노인 34.2%와 노인복지관 이용노인 8.8% 중 약 3.3%는 경로당과 노인복지관 모두 이용하는 것으로 나타났다. 그러므로 노인교실을 제외한 경로당과 노인복지관을 이용하는 실인원은 전체노인의 약 40%이라 할 수 있다.

〈표 2-21〉 경로당 및 노인복지관 이용자 현황(1998, 2004, 2011)

(단위: 명, %)

구 분		1998년	2004년	2011년
경로당	이용률	47.6	34.4	34.2
	이용자수	1,440,624	1,418,981	1,949,732
노인복지관	이용률	3.3	4.8	8.8
	이용자수	99,875	197,997	501,686

주: 1) 경로당 및 노인복지관 이용자 통계자료의 부재로 1998년, 2004년, 2011년 노인실태조사를 토대로 경로당 및 노인복지관 이용자수를 추정함. 각각의 이용률은 현재(조사 당시) 경로당 및 노인복지관 이용자 비율을 의미함
2) 2008년 노인실태조사에서는 현재 경로당이나 노인복지관 이용경험에 대한 자료는 없으며, 현재 및 과거 이용경험(경로당 46.9%, 복지관 15.7%)을 질문함. 이로 인해 2008년도와 타 년도 조사결과와 비교는 불가능하여 2008년 조사결과는 반영하지 않음

자료: 1) 정경희 외(1998). 1998년도 노인생활실태 및 복지욕구조사, 한국보건사회연구원
2) 정경희 외(2004). 2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사. 한국보건사회연구원·보건복지부
3) 정경희 외(2011a). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원

노인보호전문기관에(2004년 도입) 접수된 노인학대 신고접수 현황을 보면, 2005년에 3,549건이 접수되었으며 이중 노인학대 사례는 2,038건으로 나타났다. 2013년 노인학대 신고접수는 10,162건으로 증가하였으며 노인학대 사례는 3,520건으로 약 1.7배 증가하였다. 그러나 노인학대사례로 보기 어려운 일반사례 접수 건수는 매년 가파르게 증가하여 2005년 1,511건에서 2013년 6,642건으로 4.4배가량 증가하였다. 이는 노인권익증진상담사업(노인사기, 자살, 성, 실종 등)과 같은 지역노인보호전문기관의 활발한 교육 및 홍보활동의 결과로 노인학대가 아닌 인권이나 일반문제 상담 사례가 늘어났기 때문으로 볼 수 있다(보건복지부, 중앙노인보호전문기관 2014). 이와 같은 현상은 노인들의 종합적인 심리정서적인 문제와 일상생활 상담을 할 수 있는 노인전문상담기관 및 인력양성의 필요성을 보여주고 있다.

〈표 2-22〉 연도별 노인학대 신고접수 현황(2005-2013)

(단위: 건, %)

구분	2005	2007	2009	2011	2012	2013
일반 사례[1)]	1,511 (42.6)	2,418 (51.1)	3,485 (56.6)	5,162 (60.0)	5,916 (63.3)	6,642 (65.4)
학대 사례	2,038 (57.4)	2,312 (48.9)	2,674 (43.4)	3,441 (40.0)	3,424 (36.7)	3,520 (34.6)
총계	3,549 (100.0)	4,730 (100.0)	6,159 (100.0)	8,603 (100.0)	9,340 (100.0)	10,162 (100.0)

주: 1) 신고 접수된 사례 중 학대의심사례로 보기 어려운 사례와 노인학대가 의심되지만 정보부족으로 현장조사를 실시할 수 없는 경우
자료: 보건복지부, 중앙노인보호전문기관(2014). 2013 노인학대 현황 보고서

2000년 이후 노인복지서비스의 변화양상을 요약하면, 재가복지서비스는 허약노인 및 독거노인에 대한 돌봄의 사회화와 지역사회 돌봄기능이 강화되어 왔다고 할 수 있다. 65세 이상 노인을 대상으로 한 고용지원서비스로 노인일자리사업을 주도적으로 수행해 오면서 노인들의 소득보장과 사회참여에 부분적으로 기여해왔다. 그러나 노인일자리사업 이외의 민간영역에서 근로활동을 하고 있는 노인이나 구직노인에 대한 지원은 상대적으로 미흡한 것으로 보인다.

여가서비스는 노인복지관과 경로당을 중심으로 사업을 수행해 왔으며, 주로 노인복지관 프로그램이 노인여가활동을 주도하고 있고 경로당 공간을 활용한 노인여가프로그램을 확장하고자 하는 노력이 지속되고 있다. 노인계층의 특성변화에 부응하기 위한 여가서비스의 양적 및 질적 확대에 대한 공감대가 형성되어 있으나, 정책 형성과정에서 중요성이 부각되지는 못하고 있다. 2004년 이후에 노인권익증진의 차원에 학대피해노인에 대한 전문적인 지원과 보호사업이 도입되어 학대피해노인의 안전망

역할을 하고 있으나 노인의 인권보호를 위한 조사연구나 지원대책 마련의 속도는 상대적으로 저조하다고 할 수 있다.

지난 10여 년간 노인복지서비스는 내용 면에서 다양화 되었을 뿐만 아니라 이용자의 규모 또한 증가하였다. 지난 2000년 노인주거복지시설, 의료복지서비스, 재가복지서비스, 무료 급식배달, 노인복지관의 다섯 영역으로 대표되던 노인복지서비스는 2013년 현재 장기요양보험, 노인돌봄서비스, 노인일자리사업, 노인보호전문기관이 추가되면서 보다 더 세분화되었다. 서비스 이용자수는 15만 명에서 150만 명으로 10배가량 증가하였으며, 전체 노인 중에서 노인복지서비스를 이용하는 비율 또한 4.6%에서 24.2%로 6배가량 증가하였다. 기존에 노인복지관(49.9%)과 무료급식(32.7%)으로 치우치던 서비스 이용도 현재는 서비스 세분화와 함께 장기요양보험(26.6%), 노인돌봄기본서비스(12.7%), 노인일자리사업(19.5%), 노인복지관(36.7%) 서비스로 보다 다양하게 이용되고 있는 것으로 나타났다. 전반적으로 노년기 건강과 돌봄을 위한 장기요양보험, 노인여가복지시설 이용, 그리고 노인일자리사업의 도입 및 확대가 노인복지서비스 이용자 증대를 주도해 왔다고 할 수 있다.

〈표 2-23〉 노인복지서비스 이용자 현황[1)]

(단위: 명, %)

2000년(12월 기준)				2013년(12월 기준)			
구분	이용자수	전체서비스 이용노인대비	전체노인 대비	구분	이용자수	전체서비스 이용노인 대비	전체노인 대비
노인주거복지시설	6,061	3.9	0.2	노인주거복지시설	13,567	0.9	0.2
노인의료복지서비스	7,864	5.1	0.2	노인장기요양보험	399,591	26.6	6.4
재가복지서비스[2)]	12,963	8.4	0.4	재가노인지원서비스	18,896	1.3	0.3
무료급식·식사배달	50,530	32.7	1.5	노인돌봄기본서비스	190,024	12.7	3.0
노인복지관[3)]	77,179	49.9	2.3	노인돌봄종합서비스	32,200	2.1	0.7
-	-	-	-	노인일자리사업	291,918	19.5	4.7
				노인복지관[3)]	550,087	36.7	8.8
				노인보호전문기관	3,319	0.2	0.1
총계	154,597	100	4.6	총계[4)]	1,499,602	100.0	24.2

주: 1) 자료의 한계로 경로당 및 노인교실 이용자 등은 분석에 포함하지 못함. 이로 인해 본 표에서의 노인여가복지서비스 이용자는 과소 집계되었으며, 해석상의 주의가 필요함.

2) 가정봉사원 파견사업, 주간보호서비스, 단기보호서비스 포함.

3) 노인복지관 이용자수는 관련 통계자료의 부재로 인해 노인실태조사(1998,2011) 결과를 토대로 이용자수를 추계함. 노인실태조사에 의하면, 1998년 노인복지관 이용률은 2.3%로 2000년 12월 노인인구(3,355,614명)을 기준으로 산출함. 2011년 노인복지관 이용률은 8.8%로 2013년 12월 노인인구(6,250,986명)를 기준으로 산출함.

4) 노인복지서비스별 이용자가 중복될 수 있음(예: 노인복지관을 이용하면서 노인돌봄기본서비스 이용 또는 노인일자리사업과 노인복지관을 동시에 이용 가능)

제4절 노인복지서비스 예산

2002년부터 2014년까지 보건복지부 소관 예산변화를 살펴보면, 2002년 보건복지부 예산은 약 8조 639억원이며 이 중에서 노인복지예산은 3,787억원으로 4.7%를 차지하고 있다. 이후 보건복지부 예산 및 노인복지예산은 매년 증가하여 2014년의 보건복지부 예산은 약 30조원으로 급증하였으며, 노인복지예산 역시 6조 3,662억여 원으로 복지부 예산의 21.4%에 이르고 있다. 노인복지예산 증가는은 2008년 이후 급증한 것을 볼 수 있는데, 이는 기초노령연금과 노인장기요양보험 도입으로 관련 예산이 증가한 결과라 할 수 있다.

〈표 2-24〉 연도별 노인복지예산 현황(2002-2014)

(단위: 백만원, %)

연 도	복지부예산(A)[1)]	노인복지예산(B)	B/A(%)
2002	8,063,948	378,726	4.7
2003	8,731,067	390,353	4.5
2004	9,606,619	481,936	5.0
2005	9,473,082	340,373	3.6
2006	10,414,426	403,336	3.9
2007	11,936,900	565,474	4.7
2008	16,011,476	2,061,878	12.9
2009	18,605,936	3,125,696	16.8
2010	19,816,635	3,499,161	17.7
2011	20,940,663	3,712,566	17.7
2012	22,455,602	3,896,107	17.4
2013	25,714,466	4,277,093	16.6
2014	29,737,100	6,366,280	21.4

주: 1) 복지부 예산= 세출예산(일반회계+특별회계)
자료: 보건복지부 소관 예산 및 기금운용 계획 개요. 각 년도

노인복지예산을 현금지원, 노인복지시설 및 단체지원, 노인복지서비스, 기타 영역으로 분류하여 예산 활용의 특성을 살펴보았다. 현금지원은 기초노령연금(구, 경로연금)과 사할린한인특별지원금이 해당되며, 노인시설 및 단체지원은 경로당 지원금, 노인민간단체지원, 노인요양시설확충, 장사시설 등과 같이 노인시설 설치나 운영, 노인단체지원이 포함된다. 노인복지서비스는 노인돌봄서비스, 장기요양서비스, 여가 및 일자리 지원 등과 같은 사업을 의미한다. 기타 영역은 노인복지사업관리, 실태조사나 포럼 등과 같은 사업관리나 연구조사에 해당하는 예산이 해당된다.

우리나라 노인복지예산 중 현금지원이 차지하는 비중은 2002년 65.3%에서 매년 증가하여 2014년 81.8%에 이르는 것을 볼 수 있다. 시설 및 단체 지원은 2002년 30.6%로 현금 지원 다음으로 높은 비중을 차지하였으나, 2005년 노인복지사업 일부(노인복지시설 지원 포함)를 지방정부로 이양하거나 포괄보조사업으로 전환하여 2010년 3.9%, 2014년 1.8%로 감소하였다. 이에 반해 노인복지서비스에 해당하는 예산은 2002년 3.9%에 불과하였으나 이후 지속적으로 증가하여 2014년에는 16.4%를 차지하고 있다.

〈표 2-25〉 노인복지예산 유형별 변화추이(2002-2014)

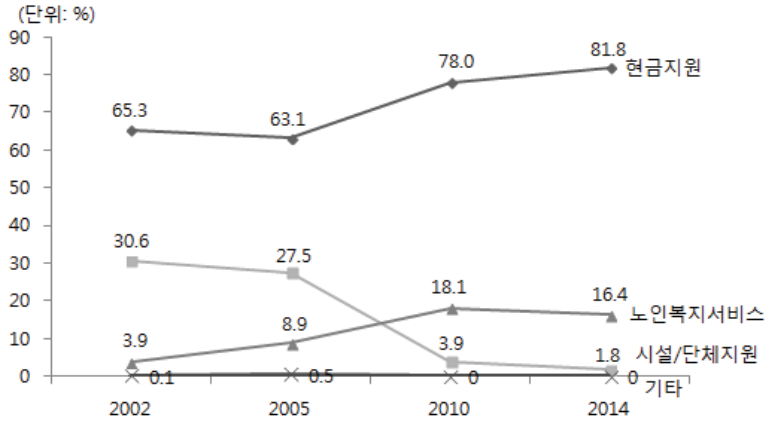
(단위: 백만원, %)

구분	2002	2005	2010	2014
현금 지원[1]	247,361 (65.3)	214,680 (63.1)	2,729,904 (78.0)	5,205,128 (81.8)
시설 및 단체지원[2]	116,030 (30.6)	93,716 (27.5)	135,547 (3.9)	113,645 (1.8)
노인복지 서비스[3]	14,877 (3.9)	30,257 (8.9)	633,452 (18.1)	1,046,287 (16.4)
기타[4]	458 (0.1)	1,720 (0.5)	258 (0.0)	1,220 (0.0)
합계	378,726 (100.0)	340,373 (100.0)	3,499,161 (100.0)	6,366,280 (100.0)

주: 1) 현금지원은 기초노령연금(구 경로연금)과 사할린특별지원금을 포함
2) 시설 및 단체지원은 경로당 지원금, 노인민간단체지원, 노인요양시설확충, 장사시설 등과 같이 노인시설 설치나 운영, 노인단체 지원을 포함
3) 노인복지서비스는 노인돌봄서비스 , 장기요양서비스, 여가 및 일자리 지원을 포함
4) 기타는 노인복지사업관리, 실태조사나 포럼 등과 같은 사업관리나 연구조사에 해당하는 예상을 의미함

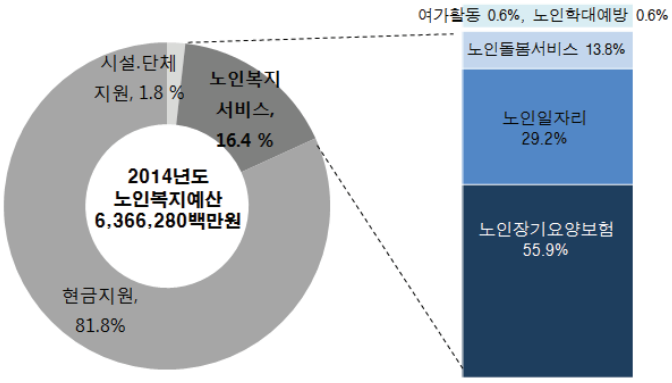
자료: 보건복지부 소관 예산 및 기금운용 계획 개요(각 년도) 재구성

[그림 2-7] 노인복지예산 유형별 변화추이(2002-2014)



〔그림 2-8〕에서 볼 수 있듯이, 2014년도 노인복지예산 중 노인복지서비스는 16.4%에 해당된다. 그리고 장기요양보험이 노인복지서비스 예산의 55.9%를 차지하며, 노인일자리사업이 29.2%로 나타나 장기요양보험과 노인일자리사업이 노인복지서비스의 약 85%에 이르고 있다. 그리고 노인돌봄서비스 예산이 노인복지서비스의 13.8%에 해당하며, 노인의 사회참여와 노인학대예방이 각각 0.6%를 차지하는 것으로 나타났다. 즉, 우리나라 노인복지서비스 예산은 돌봄서비스와 일자리 예산으로 분류될 수 있다.

〔그림 2-8〕 2014년도 노인복지예산 구성



제5절 노인복지서비스 변화진단

2000년대 노인복지서비스는 역대 어느 기간보다 역동적이고 급격한 변화를 경험해왔다고 할 수 있다. 2000년 이전에 IMF를 겪으면서 인구고령화에 대한 체계적인 준비없이 고령화 사회에 진입하였으며, 이후 약

15년이 지난 현재 고령사회 진입을 목전에 두고 있다. 본 장에서는 2000년 이후 노인복지서비스 변화를 이용자, 인프라, 그리고 노인복지예산 측면에서 분석하였으며, 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, 노인복지서비스 인프라 측면에서 지난 10년간 노인복지시설은 48,008개소(2002년)에서 72,860개소(2013년)로 큰 폭으로 증가하였다. 노인장기요양보험 도입과 함께 노인의료복지시설 및 재가노인복지시설의 급증이 전반적인 노인복지시설의 증가를 견인하였다. 반면, 주거복지시설과 여가복지시설의 상대적 비중은 지난 10여 년간 감소하고 있는 추세이다.

노인복지시설 유형에 따른 특성을 살펴보면, 노인주거복지시설이 전체 시설에서 차지하는 비중과 중요도는 낮지만, 최근 변화로는 5-9인 미만의 공동생활가정이 증가하고 있는 것을 발견할 수 있다. 장기요양보험시설급여 서비스 제공기관으로 대표되는 노인의료복지시설은 지난 5년간 가장 큰 폭으로 증가하였다. 재가노인복지기관은 노인복지관, 노인복지센터, 종합사회복지관, 지역자활센터, 사회서비스 제공기관 등을 주축으로 지역사회내 다양한 기관들이 노인 관련 서비스를 제공하고 있는 것을 볼 수 있다. 노인여가복지기관인 노인복지관, 경로당, 노인교실 등은 꾸준히 증가하고 있는 추세지만, 전체 노인복지시설 증가분에 비해서는 매우 낮은 수준이라 할 수 있다. 그리고 노인복지종사자 변화추이에서도 노인주거복지시설과 여가복지시설 종사자 비율이 상당히 낮은 것으로 나타났다.

노인복지시설의 지역별 편차를 보면, 장기요양기관은 경기도에 집중되어 있는 것을 볼 수 있으며, 재가시설의 노인인구 대비 시설 비율은 광역시에 비해 도 지역이 낮은 것으로 나타났다. 여가복지시설의 경우, 도 지역이 광역시 보다 많은 것으로 나타났지만, 이는 도 지역에 경로당 개소수가 월등히 높아 나타난 결과라 할 수 있다. 즉, 도시 지역은 주로 대규

모의 노인복지관이 여가활동의 중심이 되는 반면, 농어촌 지역은 소규모 경로당이 주된 여가시설의 역할을 하고 있음을 알 수 있다.

둘째, 노인복지서비스 이용자 변화로는 서비스 이용자 규모 증가와 서비스 이용기준의 완화를 들 수 있다. 서비스 이용자 규모는 2000년 기준 전체 노인의 4.6%(154천여명)가 노인복지서비스를 이용하였으나, 2013년에는 전체 노인의 24.2%(150만여명)가 노인복지서비스를 이용하고 있는 것으로 분석되었다. 즉, 2000년 이후 노인복지서비스를 이용한 노인이 급격히 증가한 것을 볼 수 있다. 이러한 서비스 이용노인의 증가는 노인인구의 절대적 증가와 함께 노인복지서비스 이용기준이 소득기준에서 건강기준 등으로 변화되는 과정에서 서비스 이용자가 늘어났다고 할 수 있다. 그러나 무엇보다도 노인복지서비스가 경제적 지원에 국한되지 않고 건강과 요양, 경제활동, 사회참여 등으로 확장되면서 관련 인프라가 확대되고, 지역사회 안에서 노인들이 이용가능한 시설이 많아지면서 서비스 접근성이 높아진 것에 기인한다고 볼 수 있다.

셋째, 노인복지예산은 2000년 이후 고령화 사회 진입과 맞물려 급격하게 증가하였다. 2002년 8조 639억원이었던 보건복지부 예산은 2014년 약 30조억원으로 약 7.5배 증가하였으며, 노인복지예산은 2002년 3,787억원에서 2014년 6조 3,662억원으로 약 17배 증가하였다. 이러한 변화속에서 노인복지예산 구조를 보면, 기초노령연금을 주축으로 하는 현금지출 비중이 전체의 약 80%를 차지하였으며, 노인복지서비스 예산은 16% 정도에 불과하였다. 그리고 노인복지서비스 중 노인장기요양보험 예산이 절반 이상을 차지하고, 노인일자리사업 예산은 약 30%에 이르는 등 노인복지예산은 기초노령연금과 장기요양보험 및 노인일자리사업 예산으로 구성되어 있는 것으로 나타났다. 이로 인해 노인의 여가활동이나 권익보호 등과 관련한 예산은 매우 미미한 수준에 머물러 있다.

마지막으로 노인복지서비스 내용의 변화는 돌봄서비스의 체계화와 노인일자리사업을 중심으로 설명할 수 있다. 돌봄서비스는 노인장기요양인정등급을 받은 노인이 이용가능한 장기요양서비스와 등급외 인정을 받은 저소득 노인이 이용가능한 노인돌봄종합서비스, 그리고 독거노인이 이용가능한 노인돌봄기본서비스, 그리고 장기요양서비스 이외의 재가노인지원서비스 등으로 구성된다. 이러한 노인의 욕구수준에 따라 혹은 인구사회학적 특성에 따라 서비스를 체계화하고, 서비스 내용과 이용자의 중복을 차단하여 효율성을 증대시키는 결과를 가져왔다고 할 수 있다. 그러나 다른 한편으로는 이전에는 한 기관에서 다양한 서비스를 종합적으로 신속하게 받을 수 있었다면, 현재는 서비스별로 신청을 하고, 다양한 기관으로부터 각기 다른 명목의 서비스를 받음으로써 이용노인의 불편과 접근성을 제한했다는 지적을 받고 있다.

노인일자리사업은 공익형, 복지형, 교육형을 주축으로 사업기관 혹은 지역사회별로 다양한 일자리 모델과 우수 사례를 발굴해왔다. 노인일자리사업은 참여노인의 삶에 대한 만족과 정신건강(김수영 외 2014), 사회적 관계(이소정 2013) 등에서의 긍정적인 성과를 보이고 있다. 그리고 시니어클럽을 주축으로 시장형 사업을 집중 육성하고 있으나 아직까지는 기대에 미치지 못하고 있다. 노인일자리사업은 근로활동으로서의 사업의 정체성 문제, 자원봉사활동과의 유사성, 경직된 임금 및 근로시간 등의 한계를 가지고 있다.

2000년 이후 노인복지정책은 인구 고령화에 대비하기 위해 노인세대의 가장 큰 문제로 제기되어왔던 노후소득보장과 노인돌봄 문제에 적극적으로 대응해 왔다고 평가할 수 있다. 기초노령연금의 실시와 노인일자리사업의 확대를 통해 노후소득보장을 강화하고자 하였다. 그리고 노인장기요양보험의 도입을 통해 노년기 건강악화로 인한 노인 개인의 돌봄과 가

족의 부양부담을 완화하고, 노인장기요양보험 수급 자격에 미치지 못하는 지역사회거주 노인을 위한 노인돌봄서비스가 실시되었다. 전반적으로 노인복지서비스 측면에서는 노인장기요양보험의 도입과 관련 인프라(시설 및 종사자) 구축에 대한 사회적 관심과 예산이 집중되었으며, 이에 반해 노후준비, 노인권익보호, 노인주거 등과 관련한 노인복지서비스는 상대적으로 조명을 받지 못해왔다고 할 수 있다.

제3장
초고령사회 노인의 사회적 위험 진단과 서비스 수요전망

제1절 불안정한 소득보장과 경제활동
제2절 사회적 고립과 사회참여
제3절 불건강 노인과 돌봄
제4절 불안전한 생활환경과 지역사회 거주
제5절 소결

3 초고령사회 노인의 사회적 위험 진단과 서비스 수요전망

제1절 불안정한 소득보장과 경제활동

선진국의 고령사회 대응전략 중 대표적인 분야는 고령자들이 더 오래 일할 수 있도록 지원하는 고용정책에 관한 것이다. 우리나라도 선진국과 마찬가지로 고령자 경제활동참여에 대한 대책마련에 집중하고 있으나, 우리나라의 가장 큰 특징은 노인들의 자발적인 경제활동참여 욕구가 높고, 이로 인해 오랜 시간 노동시장에서 일을 한다는 것이다. 본 절에서는 우리나라 노인들의 개인 및 가족변화와 함께 노동시장 변화 추이를 검토하여 향후 노인들의 경제활동 참여변화를 예측하고, 초고령사회의 노인 고용율을 실증적으로 분석하고자 한다.

우리나라의 평균기대수명은 지난 30년간 약 15세 증가하여 2012년 81.4세로 나타났으며, 2030년에는 84.3세에 이를 것으로 예측된다(통계청 2011). 그러나 근로자의 평균 정년연령은 2000년 57.2세에서 2010년 57.4세로 10년간 57세 수준을 유지하고 있어(고용노동부 2000; 2013), 정년 이후에도 30년 정도 지속되는 노후생활에 대한 경제적 불안이 가중되고 있다.

더욱이, 우리나라의 노인 빈곤율은 2010년 47.2%로 OECD 국가에서 가장 높은 수준이며 OECD 평균(12.4%) 보다 4배가량 높다(OECD 2013a). 또한, 우리나라의 노인가구는 서구복지국가들의 노인가구와 비교할 때, 독거노인가구의 빈곤율이 매우 높으며, 근로소득과 사적이전이 매우 높은 비중을 차지하고 있다는 점(김수완, 조유미 2006; 김수영, 이강

훈 2009; 여유진 외 2012)에 주목할 필요가 있다.

우리나라 독거 노인가구의 4명 중 3명(76.6%)이 빈곤한 상태로, OECD 평균인 25%보다 3배정도 높은 수준이다(OECD, 2013). 이는 국내 연구결과에서도 유사하게 나타난다(석재은 2000; 석재은, 김태완 2000; 백학영; 2006; 박영란 2011; 윤희숙, 권형준 2013). 윤희숙과 권형준(2013)의 연구결과, 노인독거가구의 노인빈곤율이 70.9%인 반면, 자녀와 동거하는 가구의 노인빈곤율은 18.7% 수준으로 나타났으며, 노인극빈율 역시 자녀와 같이 사는 노인가구는 3.2%인 반면 노인독거가구는 17.8%로 나타나 노인빈곤이 주로 독거노인가구에 집중되어 있음을 알 수 있다.

2012년 기준, 우리나라 공적연금지출은 GDP의 2.1% 수준으로 OECD 평균(7.8%)의 4분의 1수준이며, 소득대체율 또한 39.6%로 OECD 평균(54.4%)을 하회하고 있어(OECD 2013a), 사적이전이 노인가구의 빈곤감소효과에 있어서 큰 비중을 차지해왔다. 그러나 사적이전의 비중이 점차 감소하고 있어 노인빈곤문제는 더욱 심화될 것으로 예측된다. 노인실태조사의 노인주요수입원의 변화를 살펴보면, 1994년 53.2%를 차지하던 사적이전 소득은 2011년 39.8%로 감소하였다. 가계동향조사와 국민노후보장패널을 사용하여 노인가구의 소득분위별 소득원 비중을 비교한 석상훈(2012)의 연구결과에서도 5분위 노인가구의 공적이전 비중은 2006년 14.6%에서 2010년 23.3%로 증가한 반면에 사적이전 비중은 42.1%에서 34.4% 감소한 것으로 나타났다.

이러한 상황을 반영하듯, 우리나라 노인의 경제활동 현황은 OECD 국가들과는 다른 양상을 보인다. 60세 이하 중고령자의 경제활동 수준은 비슷한 수준이나, 65세 이상 노인인구의 고용률은 30.1%로 아이슬란드(32.8%)를 제외하고는 가장 높은 수준이다. 특히, 2012년 기준 우리나라의 유효은퇴연령(effective age of retirement)[17]은 남성이 71.1세, 여

성이 69.8세로 공식은퇴연령이 60세인 것을 감안하면, 퇴직한 이후에도 평균 10년 정도 노동시장에 더 머무는 것이다. 반면, 같은 시기 OECD국가의 경우 남성과 여성노인의 평균 유효은퇴시기와 공식은퇴시기 간의 갭은 각각 0.5년, 0.4년으로 거의 정년과 동시에 노동시장을 벗어나고 있음을 알 수 있다. 또한, 다른 OECD국가와 비교했을 때, 파트타임직의 비율은 낮으나 임시직 비율이 높은 특성을 보이고 있다.

〈표 3-1〉 한국과 OECD의 중고령자 경제활동 현황(2001-2012)

(단위: 세, %)

	한국				OECD 평균			
	2001	2005	2011	2012	2001	2005	2011	2012
고용률								
50-54세	70.3	72.1	74.7	75.4	71.8	73.7	76.1	74.1
55-59세	62.5	63.1	67.4	68.1	55.9	59.9	64.8	65.8
60-64세	53.8	53.4	55.1	57.8	32.5	35.6	40.0	44.4
65세 이상	29.9	29.8	28.9	30.1	10.8	11.1	12.3	12.8
일의 질								
〈파트 타임〉								
50-54세	6.8	8.0	11.8	8.0	11.7	12.5	13.6	13.7
55-59세	9.6	11.2	13.5	10.5	13.9	14.9	15.5	15.5
60-64세	13.8	14.7	17.2	15.1	19.2	21.8	22.5	22.5
65세 이상	22.6	26.3	31.8	33.2	34.6	37.5	39.2	40.0
〈임시직〉								
50-64세	40.6	41.8	39.4	36.9	8.6	9.0	9.1	9.1
65세 이상	-	52.3	61.9	60.6	17.3	16.8	19.5	19.9
유효은퇴연령								
남성	67.5	70.2	71.4	71.1	63.1	63.3	63.9	64.2
여성	66.7	67.7	69.9	69.8	61.1	62.0	62.8	63.1

자료: 1) OECD(2013b). Ageing and Employment Policies 2013
2) OECD(2013c). Employment Outlook 2013

17) OECD는 고령근로인구가 노동시장을 벗어나는 평균 연령을 '유효은퇴연령(effective labour force exit age)이라 하며, 정년퇴직연령에 연금을 수급하기 시작하는 나이를 '공식은퇴연령(normal retirement age)'으로 정의하고 있다.

이와 함께 생산가능인구감소와 고령인구의 증가로 우리나라 노인인구의 경제활동은 더욱 증가할 것으로 전망된다. 한국고용정보원(2012)의 중장기 인력수급전망에 따르면, 2011~2020년 기간 전체 노동력 증가율은 0.9%로서 청년층(15~29세) 및 핵심근로연령층(30~54세)의 노동력은 각각 0.5%, 0.2% 감소하는 반면, 55~64세 중고령층, 65세 이상의 고령노동력은 각각 5.2%, 4.5%로 증가하여 노동력의 고령화를 이끌 것으로 전망되고 있다. 이에 따라 기업 고령화로 인한 인건비 부담 가중 및 숙련인력의 사장이 우려되고 있으며, 사회적·국가적 부담이 증대되고 있다.[18)]

본 연구에서는 이러한 초고령사회의 노인 경제활동수요를 전망하기 위해 지수평활법을 사용하여 2050년까지의 노인고용률을 전망하였다. 지수평활법은 과거의 데이터일수록 자료의 중요성이 감소한다는 가정 하에 최근 관측치에 큰 가중치를 부여하고 과거로 갈수록 가중치를 줄여가는 방법이다. 분석 결과, 노인고용률은 2020년 34.8%, 2030년 36.8%, 2040년 38.8%, 2050년에는 40.8%로 지속적으로 증가할 것으로 예측된다. 경제활동에 참여하는 노인인구 수 또한 2020년 281만 명, 2030년 467만 명, 2040년 640만 명, 2050년에는 734만 명으로 증가할 것으로 예측되었다.[19)]

경제활동 지속 및 취업을 희망하는 노인이 약 37.5%에 이르고 있는 상황을 고려할 때,[20)] 2050년 노인 고용율이 40%에 이른다는 전망 결과는

18) 이에 따라 국가적 차원에서 다양한 정책적 노력을 시도하고 있다. 「고용상연령차별금지및고령자고용촉진에관한법률」 개정법안이 통과됨에 따라 300인 이상 사업장은 2016년부터, 300인 이하 사업장은 2017년부터 정년 60세 의무화가 순차적으로 실시된다. 단일정년제를 운영하는 사업장의 평균퇴직연령이 57세인 것을 감안하면 생애근무기간은 최소 3년이상 늘어나게 된다. 이 외에도 고용연장지원금 제공, 고령자의 전직 및 취업지원서비스 강화, 중고령 인력전문성을 활용하기 위한 정책이 실시되고 있다.

19) 경제활동에 참여하는 노인인구 수는 통계청(2011) 장래인구추계의 중위 시나리오 가정에 적용하여 추계하였다.

20) 보건복지부, 한국보건사회연구원(2011). 노인실태조사.

다소 소극적인 결과이며, 교육수준이 높고 건강한 노인비율이 높아지는 초고령사회에는 취업 욕구가 보다 더 높을 가능성이 크다. 그러나 다른 한편으로는 2050년대 노인고용율이 40%라는 것은 약 730만명의 노인 대상 일자리가 필요하다는 것을 의미하며, 향후 40여년 이후 약 730만명의 노인이 일할 수 있는지 여부는 경제 및 노동환경의 상황에 따라 좌우될 것으로 보인다.

〈표 3-2〉 노인의 고용률 전망(2000-2050)[1)]

(단위: %, 명)

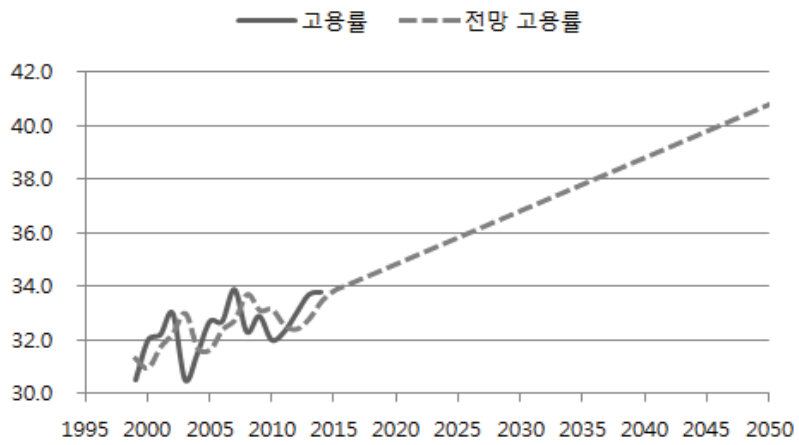
연도	노인고용률	노인수
2000	30.9	1,104,492
2005	31.6	1,452,330
2010	33.1	1,806,683
2015	33.8	2,241,835
2020	34.8	2,816,273
2025	35.8	3,701,716
2030	36.8	4,673,572
2035	37.8	5,578,493
2040	38.8	6,404,488
2045	39.8	6,953,207
2050	40.8	7,340,232

주: 1) 노인고용률에 관해 확보 가능한 자료는 1999년부터 2014년까지의 자료로서 16개년도 자료를 통해 향후 26년을 전망함에 있어 미래로 갈수록 전망치의 신뢰성과 타당성이 낮아질 수 있음.

자료: 통계청. 경제활동 인구조사(1999-2014) 각 년도별 6월 자료

〔그림 3-1〕 노인의 고용률 전망(2000-2050)

(단위: 연도, %)



자료: 통계청. 경제활동 인구조사(1999-2014) 각 년도별 6월 자료를 토대로 분석

이처럼 초고령사회 노인의 경제활동 참여율은 증가할 것으로 예상되고 있으나, 노인에게 적합한 양질의 일자리와 근로환경 조성은 아직 미흡한 실정이다.

2005년 이후 중고령인구의 산업별 경제활동 특성에 있어서 55-64세 노인인구는 전 산업에 걸쳐 고루 분포하고 있으나, 농림어업에 종사하는 65-79세 노인인구 비율은 여전히 42.8%로 높은 수준을 보이고 있다. 직업별 분포에서도 65-79세 노인인구의 상당수가 농림어업 숙련종사자와 단순노무 종사자로 종사하고 있어 취업의 선택폭이 한정적임을 알 수 있다. 따라서 노인의 수요와 특성을 반영한 보다 다양한 신규 일자리 창출이 요구된다.

〈표 3-3〉 중고령인구의 산업별·직업별 경제활동 특성(2005, 2010, 2014)

(단위: %)

구 분	55-64세			65-79세		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014
계	11.1	13.0	16.0	6.0	6.7	7.8
산업						
농림어업	27.7	27.1	28.4	37.0	39.7	42.8
광·제조업	6.8	8.8	12.2	1.5	2.0	2.2
사회간접자본 및 기타 서비스업	10.1	12.6	15.8	3.3	4.6	6.1
건설업	11.1	15.5	20.9	2.1	2.2	4.6
도소매·음식·숙박업	9.2	11.9	15.2	3.9	4.5	5.5
사업·개인·공공서비스 및 기타	11.2	12.7	15.2	3.8	5.8	7.2
전기·운수·통신·금융업	8.6	11.4	15.6	1.8	2.7	4.6
직업						
관리자·전문가	5.9	6.4	8.2	1.4	1.5	1.6
사무종사자	2.5	3.7	5.9	0.6	0.6	1.3
서비스·판매종사자	10.0	12.4	17.1	3.2	3.6	4.8
농림어업 숙련종사자	27.9	27.4	28.5	36.9	40.1	42.6
기능·기계조작 종사자	9.5	14.8	20.2	1.7	2.7	4.2
단순노무 종사자	22.5	24.4	27.7	11.6	16.4	21.0

자료: 통계청. 경제활동 인구조사. 각 년도

지난 10년간(2005~2014년) 55세 이상 중고령자의 향후 취업의 목적과 선택기준을 살펴보면[21], 2014년 현재 10명 중 6명이(62.0%) 장래에 근로를 원하고 있는 것으로 나타났다. 취업 목적으로는 '생활비 마련'이 33.5%로 10년간 비슷한 비율을 유지하고 있는데 반해 '일하는 즐거움'은 20.4%에서 24.0%로 상승하였다. 일의 선택 기준에 있어서도 '일의 양과 시간대'가 13.0%에서 28.0%로 그 중요성이 증가하고 있는 반면에 임금 수준은 51.0%에서 23.1%로 중요성이 감소하고 있는 것으로 나타났

21) 통계청, 경제활동 인구조사 고령층 부가조사. 각 년도

다.[22] 즉, 중고령자의 경제활동은 더 이상 생계형이 아닌 생계와 사회참여 욕구를 동시에 만족시켜 줄 수 있는 일자리로 구성되어야 함을 알 수 있다. 이와 함께 '일의 내용'과 '출퇴근 거리등 편리성'의 중요성도 지속적으로 증가하고 있어 이에 대한 고려도 함께 필요하다.

제2절 사회적 고립과 사회참여

평균 기대수명 및 건강수명의 증가로 인해 노년기가 길어지면서 성공적 노화(successful aging), 생산적 노화(productive aging), 활동적 노화(active aging) 등 노년기 사회참여와 관련된 영역의 중요성이 부각되고 있다. 인구 고령화의 본질적인 과제는 노인의 상실된 사회적 지위 및 역할을 회복시키고, 이를 통해 노인의 사회통합 및 세대 간 연대를 달성하는 것이기 때문이다. 사회에서 고립·단절되어있는 노인을 사회에 참여시킴으로써 새로운 사회적 역할을 부여하고, 노인 개인의 삶의 만족도를 향상 시킬 수 있다는 점에서 노년기 사회참여는 큰 의미를 갖는다(이소정 외 2007).

우리나라의 평균 기대수명은 지난 10년간(2002~2012년) 77.2세에서 81.2세로 증가하여 노년기가 약 12년에서 16년으로 연장되었다. 뿐만 아니라, 평균수명에서 질병이나 부상으로 활동하지 못한 기간을 뺀 기간으로 '얼마나 건강하게 오래 사는가'를 산출하는 건강수명(Healthy Life Expectancy) 또한 2002년 67.8세에서 2011년 71.0세로 증가하여 건강한 노년기는 약 3년에서 6년으로 증가하였다(통계청 2011; 2013a). 제1

22) 노인실태조사(2011)에 따르면, 65세 이상 노인이 선호하는 근로시간 20시간 이하(49.9%), 20-30시간(23.4%), 30-40시간(19.6%) 순이었으며, 희망하는 근로소득으로 21-50만원(39.9%), 51-100만원(38.8%), 101-200만원(10.9%) 순으로 선호하는 것으로 나타나, 적은 임금이라도 적은 시간 근로하며 일하고자 하는 특성을 보이고 있다.

차 사회보장기본계획(2014)과 제3차 국민건강증진종합계획(2011b)에 따르면, 건강수명을 2020년까지 75세로 개선하는 것을 정책 목표로 하고 있어 건강한 노년기는 더욱 길어질 것이며[23], 이에 따라 노년기 사회참여의 중요성은 더욱 증대될 것으로 전망된다.

〈표 3-4〉 우리나라 노인인구의 기대수명 및 노년기 변화추이

(단위: 세)

구분		2002	2012[1)]	2020[2)]
기대수명	평균수명	77.2	81.2	82.5
	건강수명	67.8	71.0	75.0
노년기	평균수명	12.2	16.2	17.5
	건강수명	2.8	6.0	10.0

주: 1) 건강수명은 가장 최신 자료인 2011년 기준
2) 평균수명은 통계청(2011)의 장래인구추계 중위수준 전망치이며, 건강수명은 국민건강증진종합계획(2011)의 정책목표를 기준으로 작성하였음
자료: 1) 통계청(2011). 장래인구추계 2010~2060
2) 통계청(2013). 생명표

노인의 사회참여활동은 자원봉사, 종교 활동, 경로당, 평생교육, 기부 등 다양한 개별 활동으로 나누어질 수 있으나, 본 연구에서는 노인의 주요 사회참여 통로가 될 수 있는 여가, 자원봉사, 평생교육참여에 한정하고자 한다. 이러한 노인의 활발한 사회참여 활동은 건강문제를 최소화 시키고(허준수 2014), 긍정적인 자아상을 부여해 생활만족도를 높게 유지시킴으로써(모선희 외 2006) 심리사회적 문제를 감소시키고 노년기의 삶을 보다 건강하고 풍요롭게 유지하도록 해준다(나항진 2004; 황종남, 권순만 2009; 권현수 2009). 이에, 세계보건기구에서는 2002년에 사회참여를 강조한 '활동적 노화'라는 고령사회정책 패러다임을 채택하였으며, EU에서는 2010년에 '유럽의 활동적 노화 및 세대 간 연대의 해'를 결정

23) 사회보장기본계획(2014)는 2018년도까지 75세로 개선하는 것을 목표로 하고 있다.

하고 경제활동 중심의 '생산적 관점'에서 보다 포괄적인 사회참여 활동을 보장하는 '통합적 관점'의 정책을 시도하고 있다(박영란 2013).

이처럼 건강한 노후생활이 길어짐에 따라 사회참여활동의 중요성이 강조되고 있음에도 불구하고, 우리나라 노인인구의 사회참여 영역에서의 양적·질적 수준은 상대적으로 저조한 것으로 나타났다. OECD 국가 노인의 하루전체 시간 중 여가시간의 비율을 살펴보면, 우리나라 노인인구의 여가시간은 33%로 OECD 평균(37%)을 밑돌 뿐만 아니라, 멕시코(25%)를 제외하고는 최하위수준인 것으로 나타났다.

〈표 3-5〉 OECD국가 65세 이상 노인인구의 여가시간 비율[1](2006)[2]

(단위: %)

국가	호주	벨기에	캐나다	핀란드	프랑스	독일	이탈리아	일본	한국	멕시코	뉴질랜드	노르웨이	폴란드	스페인	터키	미국	OECD 평균
여가시간	34	38	39	38	37	37	37	34	33	25	35	39	39	35	38	36	37

주: 1) 하루 전체 시간 중 여가시간의 비율(%)
2) 각국의 생활시간조사의 2006년 자료를 기준으로 하되, 2006년 자료가 없을 경우 가장 최신자료를 활용함

자료: OECD(2009). OECD Factbook 2009

국민생활시간조사(2009)에서 우리나라 65세 이상 노인인구의 생활시간(1일 24시간 기준)을 조사한 결과, 교제 및 여가활동은 요일평균 6.48시간에 불과했다. 특히 그 내용을 살펴보면, 미디어 이용이 3.38시간으로 가장 많았고, 미디어 이용 중에서도 TV이용 시간이 3.27시간으로 대부분의 노인이 여가활동의 절반이상을 TV시청으로 보내고 있는 것으로 나타났다. 이외에 아무것도 안하고 쉬는 시간이 0.32시간, 걷기·산책이 0.34시간으로 우리나라 노인의 실질적인 교제 및 여가활동은 미미한 것으로 보인다. 반면, 상대적으로 노인인구의 여가시간이 높은 핀란드와 노르웨이의 여가시간 활용을 살펴보면, 우리나라와는 다른 양상을 보이는

것을 확인할 수 있다.

핀란드와 노르웨이의 경우, 총 여가시간이 8시간 이상이며 질적인 부분에 있어서도 TV 시청이 가장 많은 시간을 차지하고 있기는 하지만 이외에 독서, 사교활동 등의 비중도 높은 것으로 나타났다. 따라서 노인인구가 충분히 여가 시간을 즐길 수 있는 다양한 여가정책 및 인프라의 확대, 생애주기를 기반으로 하는 여가준비 및 노후 설계가 필요할 것이다.

〈표 3-6〉 65세 이상 노인인구의 여가 종류별 생활시간: 한국, 일본, 핀란드, 노르웨이

(단위: 세, 시간)

	연령	총계[1)]	외부 스포츠	오락 문화[2)]	사교활동	독서	TV시청	기타여가[2)]
한국 (2009)	65+	6.48	0.47	0.01	0.57	0.05	3.27	0.01
일본 (2011)	65+	6.37	0.49	0.55	0.45	0.56	3.55	0.50
핀란드 (2009)	65+	8.07	0.48	0.43	0.61	1.21	3.25	0.48
노르웨이 (2010)	67-74	8.11	0.31	0.08	1.31	1.08	2.48	1.65

주: 1) 주요 영역만을 제시한 것으로 총계가 각 영역을 합한 값을 의미하는 것은 아님
2) 오락, 문화는 스포츠, 영화관람, 도서관 가기 등을 의미하며 기타여가는 여행과 관련된 여가시간이거나, 특별히 분류되지 않는 시간을 의미함

자료: 1) 통계청(2009). 생활시간조사
2) Statistics Japan(2012), Time use survey 2011. www.stat.go.jp/english/data/shakai.
3) Statistics Finland(2011), Time use survey 2009-2010. www.stat.fi/til/akay/index_en.html
4) Statistics Norway(2011). Time use survey 2010. www.ssb.no/

또한, 최근 우리나라 노인인구의 여가시간은 2012년 현재, 2006년보다 1시간가량 증가하였으며, 희망여가시간과 실제 여가시간과의 갭도 점차 줄고 있는 것으로 나타났다. 그러나 여가시간이 증가하고 있음에도 불구하고 여가비용은 감소하고 있으며, 희망하는 여가비용과 월평균 여가비용의 차이는 6만원 수준으로 유지되고 있다. 따라서 여가 활동을 보장할 수 있는 경제적 지원과 문화 바우처 정책 등이 보다 확대되어야 할 것이다.

〈표 3-7〉 60세 이상 노인인구의 여가시간 변화 추이(2006, 2010, 2012)

(단위: 시간)

	평일			휴일		
	2006	2010	2012	2006	2010	2012
실제 여가시간	4:16	6:15	5:00	5:30	7:36	6:03
희망 여가시간	4:44	6:30	5:18	6:03	8:12	6:27
희망-실제 여가시간 차이	00:28	00:15	00:18	00:33	00:36	00:24

자료: 문화관광부·한국문화관광정책연구원. 국민여가생활조사. 각 년도

〈표 3-8〉 60세 이상 노인인구의 여가비용 변화 추이(2006, 2010, 2012)

(단위: 천원)

	2006	2010	2012
월평균 여가비용	116	104	84
희망 여가비용	176	184	142
희망-월평균 여가비용 차이	60	80	58

자료: 문화관광부·한국문화관광정책연구원. 국민여가생활조사. 각 년도

우리나라 노인의 자원봉사 참여율 또한 다른 국가에 비해 낮은 수준이다. 65-74세 노인인구의 자원봉사참여율을 살펴보면 영국은 43%로 가장 높고, 캐나다와 호주 또한 35%이상이다. 반면, 우리나라 60세 이상 노인인구의 자원봉사 참여율은 지난 몇 년간 20% 미만으로, 영국, 캐나다, 호주의 노인 10명 중 3~4명이 자원봉사활동에 참여하고 있는 반면에 우리나라는 노인 10명 중1~2명만이 참여하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-9〉 주요국의 중고령층 자원봉사참여율: 호주, 캐나다, 영국, 미국

(단위: %)

	호주 (2010)	캐나다 (2010)	영국 (2013)	미국 (2013)
55-64세	42.5	40.8	40.0	26.0
65-74세[1)]	36.9	40.0	43.0	24.1
75세 이상	27.6	31.0	28.0	-

주: 1) 미국은 65세 이상

자료: 1) Australian Bureau of Statistics(2010). 2010 Voluntary work.
2) Institute for volunteering research(2014). Volunteering stats 2013-2014
3) Volunteer bénévoles Canada(2013). Volunteering and Older Adults
4) Bureau of Labor Statistics U.S(2013). Volunteering in the United States 2013

그러나 최근 몇 년간, 우리나라 중고령인구의 자원봉사자 참여율이 점진적으로 증가하고 있다. 2005년에서 2011년 사이 30~40대의 자원봉사참여율은 감소하고 있는 반면에, 60세 이상 노인인구의 자원봉사자 비율은 15.4%에서 17.8%로 낮은 수준이지만 점진적으로 증가하는 양상을 보이고 있다.

〈표 3-10〉 자원봉사자의 비율 추이(1999-2011)

(단위: %)

	1999	2002	2005	2008	2011
20대	20.0	23.9	21.5	17.1	19.9
30대	29.3	21.1	21.8	18.3	15.6
40대	27.9	34.0	27.8	29.4	24.0
50대[1)]	22.8	21.1	27.8	20.9	22.7
60세 이상	-	-	15.4	14.3	17.8

주: 1) 1999년, 2002년도는 50대 이상
2) 지난 1년 동안의 자원봉사자 비율을 의미함

자료: 1) 볼런티어 21(2011). 2011 전국자원봉사활동 및 기부실태조사연구: 1999~2011년 자원봉사 및 기부실태 비교

노인 자원봉사자 비율의 증가율은 미미하나, 노인인구의 절대적인 규모 증가와 함께 노인자원봉사자의 수는 급증하는 것을 볼 수 있다. 전국 지역자원봉사센터에 등록된 자원봉사자 중 60대는 2007년 12.3%에서 2013년 12.7%로 0.4%p 증가하였으나, 인구의 규모는 109만 명에서 271만 명으로 3배가량 증가하였다. 국민여가생활조사(2012)에 따르면, 향후 여가시간에 무엇을 하겠냐는 질문에 '더 많은 소득을 위해 노동시간을 늘릴 것'이라는 응답은 28.1%인 반면에, '보다 여유로운 삶을 즐길 것'이라는 응답은 71.2%로 약 3배 높게 나타났으며, 40대는 66.4%, 50대는 68.5%, 60대는 80.8%, 70대 이상은 84.0%로 연령이 증가할수록 여유로운 삶에 대한 욕구는 더 증가하고 있는 것을 알 수 있다. 따라서 노인의 수요와 특성에 대비한 다양한 자원봉사활동과 노후설계정책이 마련되어야 할 것이다.

〈표 3-11〉 전국 지역자원봉사센터 연령별 자원봉사자 현황(2007, 2010, 2013)

(단위: 명, %)

	연인원[1]			실인원[2]		
	2007	2010	2013	2007	2010	2013
20대	419,376 (4.7)	725,802 (4.8)	1,659,300 (7.8)	83,377 (8.4)	131,367 (7.3)	270,069 (10.2)
30대	1,291,892 (14.4)	1,910,410 (12.5)	1,869,431 (8.7)	144,811 (14.5)	224,999 (12.6)	213,705 (8.1)
40대	1,768,149 (19.8)	4,189,111 (27.4)	4,977,675 (23.3)	240,042 (24.1)	365,729 (20.4)	450,280 (17.0)
50대	2,111,937 (23.6)	3,850,327 (25.2)	5,302,959 (24.8)	159,847 (16.1)	274,663 (15.3)	363,404 (13.8)
60대	1,096,702 (12.3)	1,961,480 (12.8)	2,711,925 (12.7)	66,106 (6.6)	117,464 (6.6)	161,317 (6.1)
70대 이상	441,111 (4.9)	799,521 (5.2)	1,413,917 (6.6)	22,486 (2.3)	49,083 (2.7)	88,684 (3.4)
총계	8,944,772	15,274,660	21,394,555	995,870	1,790,411	2,642,529

주: 1) 연인원: 자원봉사활동에 참여한 총인원수
2) 실인원: 1회 이상 활동한 봉사자수
자료: 한국중앙자원봉사센터(2013.12.31.). 봉사통계현황. www.1365.go.kr

여가 및 자원봉사활동과 함께 제2의 인생설계를 위한 평생교육에 대한 관심도 증대되고 있다. 생산가능인구 감소와 중고령층 인구 증가로 노동력이 고령화됨에 따라 노인과 여성에 대한 재취업 및 직업교육의 중요성이 증가하고 있는 것이다. 그러나 우리나라 65세 이상 노인인구의 평생교육 참여율은 7%로 OECD 국가 평균인 40.4%보다 현저히 낮은 수준이다(황남희 2014). 뿐만 아니라, OECD 23개국 성인을 대상으로 평가한 OECD의 국제성인역량조사(Program for the International Assessment of Adult Competencies, PIAAC)에 따르면, 우리나라는 독해력, 수리력, 컴퓨터 기반문제해결력 수준에 있어 청년층과 노년층 격차가 가장 큰 나라인 것으로 나타났다. 16~24세 청년층은 OECD 평균보다 높아 전반적으로 상위권이었으나, 55~65세는 평균이하의 최하위수준인 것으로 나타났다. 이는 정규교육을 보완할 수 있는 교육복지정책이나 평생교육체제가 미흡한 현실을 반영한 것으로(임언 외 2014; Roseveare. 2013), 고령층에 대한 재교육, 직업교육을 위한 평생교육체제 구축이 시급하다.

제3절 불건강노인과 돌봄

노인인구 증가는 빈곤, 일자리, 건강 등 삶의 모든 영역에서 과거와는 다른 다양한 노인문제를 발생시키고 있다. 특히, 돌봄을 필요로 하는 요보호노인이 증가하고 있으나, 전통적으로 노인부양을 담당해 온 여성의 사회참여 증가, 노인돌봄에 대한 문화규범 등의 변화로 인해 노인돌봄에 대한 사회적 역할 증대가 요구되고 있다(이미진 2011).

이와 더불어 후기노인인구, 치매노인의 급증이라는 질적인 속성변화는 노인돌봄서비스에 대한 필요성을 더욱 가중시키고 있다. 2010년부터 2050년까지 연령대별 노인인구변화 추이를 살펴보면(통계청 2011),

65-74세 전기노인인구는 2010년 62.4%에서 2050년 38.9%로 감소하는 반면, 75-84세 중기노인인구는 30.8%에서 35.6%로 증가하는 것으로 예측되었으며, 85세 이상의 후기노인인구는 6.8%에서 4배가량 증가하여 전체 노인인구의 28.9%를 차지할 것으로 전망되었다.

후기 노인인구의 증가는 신체적 및 인지적 건강 저하로 인한 돌봄에 대한 욕구를 증대시킨다. 특이할 점은 최근 10여 년간 신체적으로 건강한 노인인구는 지속적으로 증가하고 있으나, 이와 반대로 인지적으로 건강하지 못한 치매노인인구 또한 증가하고 있는 것으로 나타났다. 노인실태조사(1998-2011년)에 따르면, ADL 또는 IADL에서 일상생활에 제한이 없는 신체적으로 건강한 노인의 비율은 지난 10여 년간(1998-2011년) 51.7%에서 85.1%로 급증하였다. 한편, 인지적으로 건강하지 못한 인지기능저하 노인 또한 5.4%에서 31.1%로 지속적으로 증가하는 추이를 보였다.[24] 보건복지부의 제2차 국가치매관리종합계획(2012)에 따르면 65세 이상 노인의 치매유병률은 2012년 9.18%에서 2030년에는 10.03%, 2050년에는 15.06%까지 증가할 것으로 전망된다. 더욱이 치매위험도는 고령자일수록, 남성보다는 여성이, 고학력자보다는 저학력자인 경우에 높은 것으로 나타났다.[25] 그리고 치매유병률이 높은 후기 노인의 성비는 2050년에 이르러서도 여성이 남성보다 2배정도 더 많을 것으로 전망되어(통계청 2011),[26]

24) 1998년의 노인실태조사에서는 인지기능과 관련된 항목을 만성질환 유병률 항목 내에 중풍·뇌혈관으로만 다루고 있어 비교하기에는 한계가 따른다. 그러나 간이인지기능검사표(MMSE-K)를 활용하기 시작한 2004년부터 2011년까지 지속적으로 증가하는 추세를 보인다.

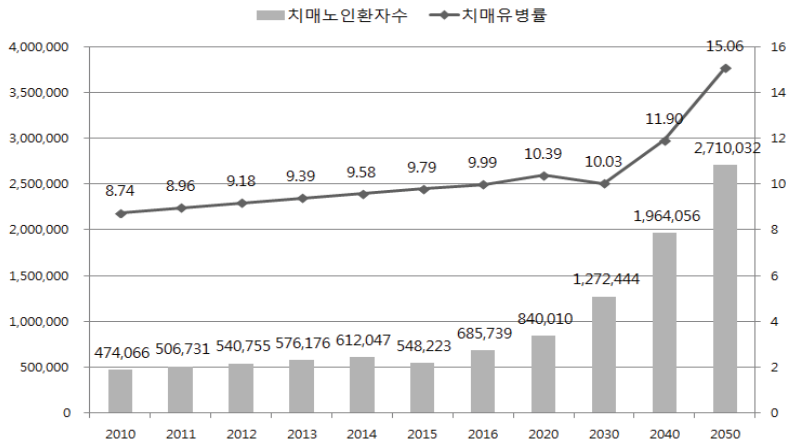
25) 치매위험을 성별로 살펴보면, 65-69세에 비해 70-74세는 2.15배, 75-79세는 3.76배, 80-84세는 5.7배, 85세 이상은 38.68배나 높은 것으로 나타났다. 또한 성별로는 여성이 남성에 비해 2.58배 높으며, 교육면에서는 1년 이상 교육을 받은 학력자와 비교하여 무학자는 치매위험이 9.17배나 높은 것으로 나타났다(보건복지부 2012). 뿐만 아니라, 유럽에서도 75세 이하 인구의 치매환자 비율은 4%미만인데 반해, 80-84세 노인의 치매환자의 비율은 남성은 14%, 여성은 16%를 차지하고 있다. 특히, 90세 이상의 노인은 남성이 31%, 여성이 47%로 급증하는 것으로 나타났다(Alzheimer Europe 2009).

26) 노인인구의 성비변화를 연령대별로 살펴보면, 2010년 현재 여성과 남성노인의 비율은

노인의 돌봄 수요는 더욱더 증가될 것으로 예측된다. 치매노인인구수 또한 2030년에는 약 127만 명, 2050년에는 271만 명으로 매 20년 마다 약 2배씩 증가할 것으로 전망된다. 이에 따라, 치매로 인한 사회적 비용도 2013년 현재 11조 7천억 원에서 2050년 43조 2천억 원까지 증가할 것으로 예측된다(김상우, 이채정 2014).[27]

[그림 3-2] 65세 이상 노인의 치매노인환자수 및 치매유병률 추이(2010-2050)

(단위: 명, %)



자료: 보건복지부, 분당서울대학교병원(2013). 2012년 치매유병률 조사

치매와 함께 노인의 가장 흔한 정신질환인 우울증 환자도 급증하고 있다. 2004년에서 2011년 사이, 노인 우울증 진료 환자는 89,040명에서 206,318

각각 전기노인이 44.8%와 55.2%, 중기노인이 36.1%와 63.9%, 후기노인이 25.9%와 74.1%이며, 2050년에는 각각 전기노인이 49.1%와 50.9%, 중기노인이 45.5%와 54.5%, 후기노인이 37.4%와 62.6%으로 전망된다. 즉, 다른 연령대의 성비는 많이 완화되고 있으나, 후기 노인은 여전히 여성이 많은 비율을 차지할 것으로 전망된다(통계청 2011).

27) 김상우, 이채정(2014)은 치매로 인한 사회적 비용을 2013년 기준 치매환자 1인당 연간 경제적 비용을 치매 환자수 추정치에 곱하는 방식으로 추계하였으며, 물가상승률은 반영하지 않았다.

명으로 증가하였고, 진료비는 295억 원에서 775억 원으로 2배 이상 급증하였다(국민건강보험공단 2011; 2013).[28] 또한 국민건강영양조사(2012)에 따르면, 전체 노인 중 17.9%가 우울증을 앓고 있는 것으로 나타났으며, 의사 진단을 받은 노인 우울증 환자 중 73%가 60대에 진단을 받은 것으로 나타났다. 그러나 우울증 치료를 받는 노인환자는 15% 수준에 불과해, 상당수의 노인이 우울증을 앓고 있으면서도 치료받지 않고 있는 것으로 보인다. 노년기 우울증은 특히 심각한 정신질환으로서 심장병, 치매, 불안장애와 같은 신체적 질환의 유발에도 영향을 주고(질병관리본부 2012; WHO 2001) 노인 자살 원인의 대부분이 우울이라는 점에서 정책적 접근이 필요하다.

이에 따라 본 연구에서는 신체기능 상태와 인지기능 상태별 대상노인 비율을 추정함으로써 노인돌봄서비스 수요를 전망하고자 하였다. 즉, 기능장애 노인과 치매노인을 돌봄서비스의 대상자로 보았으며, 추정방식은 기능장애노인과 치매노인의 합에서 신체 및 인지기능 중복장애 노인을 제외한 노인 비율로 돌봄서비스 욕구를 추정하였다.[29] 돌봄수요 추정은 만 45세 이상 중고령자를 대상으로 2006년부터 2012년까지 격년주기로 자료를 수집하고 있는 고령화 연구패널 자료를 사용하였다.[30] 본 연구에서는 1차년도(2006년)부터 4차년도(2012년) 고령화연구패널에서 만 65세 이상 노인을 추출하여 2006년부터 2012년까지 노인의 신체적 기능장애수준과 인지기능 수준 변화를 분석하였다.[31][32]

---

28) 2004년의 자료는 65세 이상 노인을, 2011년의 자료는 60세 이상을 의미한다. 2009년 65세 이상 노인우울증 질환자는 147,721명, 진료비는 659억 원으로 나타났다.

29) 돌봄수요=(기능장애 노인+치매노인)-(기능장애와 치매 중복노인)

30) 돌봄수요를 추정하는데 사용가능한 자료로는 노인실태조사와 국민노후보장패널 자료가 있다. 노인실태조사는 ADL 및 IADL 척도가 2008년 이후 변경되어 2004년 자료와 비교하는데 한계가 있으며, 국민노후보장패널은 ADL 및 IADL을 3차년도(2009)년부터 조사하고 있어 시간에 따른 기능상태 변화를 확인하는데 제한이 따른다.

31) 기존의 노인돌봄수요 전망 연구에서 주로 신체적 기능장애수준(ADL과 IADL)을 기준으로 돌봄 수요를 추정하고 있는 한계를 보완하여 본 연구에서는 신체적 기능장애와 인지적 기능장애를 동시에 반영하였다.

노인의 신체적 기능장애수준은 일상생활수행능력(ADL)을 기준으로 1개 동작 이상에서 부분적인 도움이 필요한 노인을 신체기능장애 노인으로 설정하였다. 인지기능상태는 한국형 간이정신상태검사(K-MMSE)를 사용하였으며, 치매의심 수준(0-30점 범위에서 17점 이하 노인)인 노인을 인지기능 장애 노인에 포함하였다.

〈표 3-12〉를 보면, 2006~2012년까지 노인돌봄서비스 수요는 2006년 25.9%에서 2012년 24.0%로 감소하는 것을 볼 수 있다. 전체 기간 평균 돌봄 수요는 25.5%, 1년단위 평균 변화율은 0.3%p씩 감소하는 것을 볼 수 있다. 돌봄수요 평균을 연령대별로 살펴보면, 65-74세 노인의 약 14.7%, 75-84세는 35.3%, 85세 이상 고령노인의 돌봄수요는 67.1%로 연령대가 높아질수록 돌봄수요가 급증하는 것으로 나타났다.

〈표 3-12〉 돌봄서비스 대상자 현황(2006-2012)

(단위: %)

구분		2006년	2008년	2010년	2012년	전체기간 수요평균	평균 변화율 (S3)
S1	전체 노인	25.9	26.4	25.7	24.0	25.5	-0.3
S2	65-74세	14.7	16.1	15.7	12.2	14.7	
	75-84세	41.1	36.6	33.8	29.6	35.3	
	85세 이상	74.0	73.0	66.3	55.2	67.1	

주: 1) 85세 이상 노인의 경우 2008년 이후의 돌봄수요 감소폭이 큰 것으로 나타났음. 이는 노인장기요양보험제도 도입에 따라 요양필요도가 높은 고령노인들이 노인요양시설에 입소하여 지역사회에 거주하는 돌봄수요 고령노인의 비중이 상대적으로 낮아진 결과라 예측해 볼 수 있음

본 절에서는 위의 내용을 종합하여 세 가지 가정을 기반으로 돌봄 수요를 전망하였다. 첫 번째는 2006년~2012년 전체노인의 돌봄서비스 대상

32) 고령화연구패널은 지역사회에 거주하고 있는 사람을 대상으로 조사하고 있어 시설입소나 입원 등으로 지역사회에 거주하지 않는 노인은 제외된다.

평균 비율인 25.5%가 향후에도 유지되는 경우를 추정하였다.[33]

두 번째는 연령대별 노인돌봄수요 노인비율을 각각 적용하여 노인인구수를 산출한 후, 각 연령대별 돌봄필요 노인인구를 더하여 총 수요를 분석하였다. 즉, 연령대별 돌봄수요는 65-74세 노인은 14.7%, 75-84세 노인은 35.3%, 그리고 85세 이상은 67.1%임을 반영하여 먼저 각각의 연령대별 돌봄수요를 산출한 뒤, 각 연령대별 돌봄수요를 더하여 총 돌봄수요를 추정하였다.

세 번째 가정은 2006년부터 2012년까지의 수요변화율을 반영하여 전망하는 것으로 평균변화율이 매년 0.3%p씩 감소한다는 가정을 적용하여 분석하였다. 즉, 시나리오 1안은 현재의 돌봄수요 비율이 유지된다는 가정, 시나리오 2안은 노인 연령대별로 서로 다른 돌봄수요를 반영하여 추정한다는 가정, 시나리오 3안은 2006년부터 2012년의 돌봄수요 평균 변화율인 마이너스 변화율을 적용한다는 가정이다.

현재 수요가 유지된다는 1안(중위)의 노인돌봄수요는 2015년 169만여명에서 2050년에는 459만여명까지 증가하는 것으로 분석되었다. 연령대별 돌봄수요를 차등적으로 적용한 2안(고위)의 돌봄수요는 2015년 172만여명(전체노인의 26.0%)에서 2050년 601만여명(전체노인의 33.4%)까지 급증하는 것으로 나타났다. 마지막으로 돌봄 수요변화율을 적용한 3안에서는 2015년 139만여명(전체 노인의 21.0%)에서 2040년 223만명(전체 노인의 13.5%)까지 증가하다가 2040년 이후 감소하는 추이를 보였다.

---

33) 김찬우(2008)의 연구에서는 신체기능상태와 주관적 도움필요도, 그리고 일상생활보호필요도를 기준으로 노인돌봄서비스 수요를 추정하였으며, 전체노인의 17.2%를 노인돌봄서비스 수요로 제시하였다. 장기요양 수요를 추정한 연구에서는 기존의 장기요양인정자 혹은 이용자를 기준으로 수요를 추정하여(최인덕 외 2009; 김유경 외 2012) 본 분석결과와 비교하는데 한계가 따른다.

〈표 3-13〉 돌봄수요 노인비율 및 노인인구 전망(2010-2050)[34]

(단위: %, 명)

연도	노인돌봄수요					
	비율(%)			노인인구(명)		
	S1(중위)	S2(고위)	S3(저위)	S1(중위)	S2(고위)	S3(저위)
2010	25.5	24.6	22.5	1,390,385	1,341,187	1,226,810
2015	25.5	26.0	21.0	1,689,151	1,722,138	1,391,065
2020	25.5	26.6	19.0	2,061,444	2,152,741	1,576,399
2025	25.5	26.3	18.0	2,634,424	2,711,841	1,859,594
2030	25.5	26.3	16.5	3,236,319	3,329,640	2,094,089
2035	25.5	27.6	15.0	3,761,451	4,065,935	2,212,618
2040	25.5	29.2	13.5	4,207,838	4,824,894	2,227,679
2045	25.5	31.5	12.0	4,454,311	5,510,794	2,096,146
2050	25.5	33.4	10.5	4,587,718	6,014,255	1,889,060

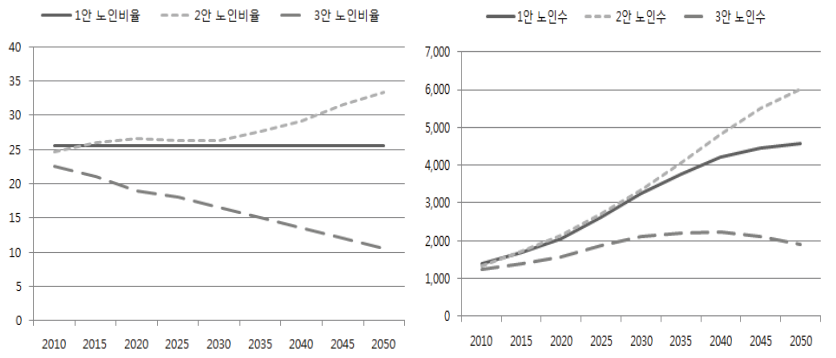
전체적으로 노인돌봄수요는 2030년에는 전체 노인의 16.5%~26.3%, 그리고 2050년에는 10.5%~33.4% 사이일 것으로 전망된다.[35] 그리고 현재 노인돌봄수요가 유지되거나(S1) 연령대별 수요를 차등 적용할 경우(S2)에는 돌봄이 필요한 노인인구수는 지속적으로 증가하는 것으로 나타났다. 또한, 돌봄수요가 감소할 것으로 가정한 3안에서도 2040년까지 약 2배가량 증가세를 지속한 후에 감소추세로 돌아설 것으로 전망된다. 따라서 노인의 건강수준이 향상되어 돌봄수요의 비율이 감소한다 하더라도 절대적인 돌봄노인 인구수의 증가에 대비한 양질의 돌봄서비스 인프라 및 서비스 체계가 구축되어야함은 분명하다.

34) 돌봄을 필요로 하는 노인인구 수는 통계청(2011) 장래인구추계의 중위 시나리오 가정에 적용하여 추계하였다.

35) 제한된 데이터로 비교적 단순하게 돌봄수요을 전망하였으며, 추정 기간이 길어질수록 전망치의 신뢰도는 낮아진다고 할 수 있다. 이로 인해 추정기간이 길어질수록 전망치의 범위가 커지고 있는 것으로 나타났다.

[그림 3-3] 돌봄수요 노인 비율 및 노인인구 전망(2010-2050)

(단위: %. 천명)



이와 같이 노인의 돌봄수요는 급증할 것으로 예측되는 가운데, 전통적으로 가족의 책임으로 여겨졌던 돌봄서비스는 가족의 해체, 여성의 경제활동 증가, 부양의식과 가치관 및 문화적 규범 등의 변화로 인해 '돌봄 공백'현상을 초래하고 있다. 그리고 독거노인은 돌봄공백의 최고 위험집단으로 부각되고 있다. 2000년 54만 명이던 독거노인은 2013년 현재 125만 명으로 증가하였으며, 2035년에는 343만 명으로 전체 1인 가구 2가구 중 1가구가 독거노인가구가 될 것으로 예측된다(통계청 2011). 독거노인은 일반노인에 비해 건강상태와 경제상태가 낮은 편이고(박영란 2010; 백학영 2006; 석재은 2000; 석재은, 김태완 2000; 정경희 2011), 사회 참여 수준과 관계만족도 또한 낮아 사회적으로 고립될 위험이 있어 고독사, 노인우울증, 노인 자살 등의 위험에 더 쉽게 노출되어있다. 특히, 우리나라의 노인자살률은 10년 연속 OECD 국가 중 1위로 인구 10만 명당 81.9명이 자살로 사망하는 것으로 나타났다.[36] 자살시도 이유로는 건

36) 우리나라의 노인자살률은 독거노인가구의 급증과 맞물려, 2000년 인구 10만 명당 36명에서 2011년 81.9명으로 급격히 늘어났다(OECD 2013).

강상의 문제가 32.6%, 경제적 어려움 30.8%, 부부, 자녀, 친구와의 갈등 및 단절 15.6%, 외로움 10.2%로 경제적 어려움을 제외한다면, 돌봄에 대한 욕구가 충족되지 않아 자살한 경우가 60%에 이르는 것이다.[37] 또한, 자살사망자의 자살시기를 조사한 결과 60대 이상에서는 자살시기를 모르는 경우가 33.3%로(보건복지부 2014b), 노인돌봄서비스의 중요성과 이에 대한 공적인 책임이 강조되고 있다.

이에 따라 국가적 차원에서 장기요양보험 제도를 도입하고, 노인돌봄 기본서비스 및 종합서비스, 독거노인 응급안전 돌보미 사업, 독거노인 사랑잇기 사업 등을 실행하고 있다. 그리고 장기요양서비스 적용범위 확대를 위해 장기요양 3등급의 기준을 완화하고 등급판정 유효기간을 연장하는 동시에 노년층 진료비 부담 완화를 위한 정책을 함께 시행하고 있다. 그러나 다른 한편으로는 향후 국가재정에 큰 부담으로 작용할 것으로 전망된다. 2005년~2013년 노인 진료비 추이를 살펴보면, 전체 건강보험 적용인구 중 65세 인구비중은 8.3%에서 11.5%로 증가하였고, 노인진료비는 24.4%에서 35.4%로 증가하였다. 동기간 노인 1인당 월평균 진료비도 약 13만원에서 약 27만원으로 2배 이상 증가하였으며, 이는 건강보험 전체적용인구 1인당 월평균 진료비의 3배 이상 수준이다.

37) 홀로 어려움을 겪을 때 도와줄 사람이 없는 사회적 고립 또한 20.2%로 OECD 평균(8.9%)의 2배 이상인 것으로 나타났다(OECD 2013).

〈표 3-14〉 65세 이상 노인 진료비 추이(2005-2013)

구분	2005년	2007년	2009년	2011년	2013년
전체인구(천명)	47,392	47,820	48,614	49,299	49,990
노인인구(천명)[1]	3,919	4,387	4,826	5,184	5,740
비율(%)	8.3	9.2	9.9	10.5	11.5
총진료비(억원)	248,615	323,892	393,390	462,379	509,541
노인 진료비(억원)	60,731	91,190	12,423	153,893	180,565
비율(%)	24.4	28.2	31.6	33.3	35.4
전체 적용인구 1인당 월평균 진료비(원)[2]	43,705	56,608	67,709	78,424	85,214
노인 1인당 월평균 진료비(원)	129,124	173,217	214,507	247,366	267,792

자료: 1) 국민건강보험공단(2014). 2014년 1분기 건강보험 주요통계
2) 국민건강보험공단(2010). 2010년 상반기 건강보험 주요통계
주: 1) 노인은 65세 이상을 의미함
2) 1인당 월평균 진료비=진료비/연평균건강보험적용인구/12

특히, 연령이 증가할수록 진료비는 더욱 빠르게 증가하고 있다. 2003년에서 2011년 노인의 1인당 월평균 진료비를 살펴보면, 65-69세 노인은 96.7% 증가한 반면에, 85세 이상 후기노인은 393.3% 상승한 것으로 나타났다. 앞서 살펴본 바와 같이, 후기노인인구와 치매노인인구의 증가의 추세를 감안한다면 노인인구의 진료비는 현재보다 더 빠른 속도로 증가할 것으로 예상된다.

〈표 3-15〉 연령대별 노인 1인당 월평균 진료비 추이(2003-2011)

(단위: 명, %)

구분	2003	2006	2009	2011	증가율
65-69세	101,002	139,553	180,069	198,679	96.7
70-74세	112,938	158,058	216,091	241,459	113.8
75-79세	111,937	169,652	243,951	280,708	150.8
80-84세	95,960	157,803	256,212	312,346	225.5
85세이상	65,962	119,290	245,545	325,370	393.3

자료: 국민건강보험공단(2010). 2010년 상반기 건강보험 주요통계

OECD(2013e)의 보건의료 및 장기요양에 대한 공적지출을 추계한 결과에서도 노인의료비 지출은 2010년 40%에서 2060년 60%로 증가할 것으로 전망되고 있다. 주목할 점은 인구학적 추이, 개인 소득, 가족에 의한 비공식 장기요양 공급수준 등을 모두 반영하여 추계한 결과, 모든 국가에서 보건의료 및 장기요양지출이 공공지출 증가를 주도할 것으로 예측되었다는 점이다. 특히, 우리나라의 공공장기요양지출 연평균 증가율은 2005~2011년 사이 43.9%로 2060년까지 GDP 대비 보건의료 및 장기요양 지출 비중이 4~5%로 가장 빠르게 증가하는 것으로 나타났다.[38] 따라서 치료적 차원뿐만 아니라 예방적 차원에서의 돌봄서비스가 구축되어야 할 것이다.

보건의료 및 장기요양지출 증가와 함께 장기요양서비스와 노인돌봄서비스 제공인력의 수요도 대폭 증가할 것으로 전망된다. 2017년까지의 노인돌봄서비스 인력수요를 전망한 이시균 외(2013)의 연구결과에 따르면, 돌봄 인력은 2011년 현재보다 적게는 32%에서 많게는 69%가량 증가할 것으로 전망되었다. 그러나 노인장기요양보험제도의 핵심 서비스 제공인력인 요양보호사는 2011~2012년 한 해 동안 평균 이직률이 41%나 되는 것으로 나타났다(한국재가노인복지협회 2013). 더욱이, 높은 이직률에도 불구하고 취업률은 22%에 불과하여 자격증을 받은 상당수의 요양보호사가 취업을 하지 않고 있으며, 요양기관에서는 구인의 어려움을 겪는 것으로 나타났다. 이는 낮은 임금수준, 불안정한 고용, 규정 외의 서비스에 대한 요구, 강도 높은 노동 등이 주원인으로 나타났다(국민건강보험공단 2011). 따라서 서비스 수혜자인 노인뿐만 아니라, 서비스 제공자인

38) OECD 국가들의 보건의료 및 장기요양의 공적 지출은 2006년~2010년 GDP의 약 6% 가량 증가하였다. 여기에서 비용통제정책을 강력하게 시행할 경우를 가정하는 '비용절감'과 비용통제정책의 강화가 없다고 가정하는 '비용증가' 두 가지의 시나리오를 제시하였는데, 비용절감시나리오 상으로는 2060년 9.5%까지, 비용증가시나리오 상으로는 13.9%까지 상승하는 것으로 전망되었다(OECD 2013e).

요양보호사 등의 근무환경과 임금수준 향상 등과 관련된 국가적인 차원의 제도개선도 병행되어야 할 것이다.

제4절 불안전한 생활환경과 지역사회 거주

전 세계적으로 노인보호가 지향하는 가치가 유니버셜 디자인, 고령친화도시, 노인 주거형태 다양화 등 안전하고 불편함 없는 노인친화적인 지역사회 체계 구축으로 변화하고 있다. 이에 따라 이상적인 노인 보호 형태가 시설 중심의 보호에서 지역사회 중심의 보호로 변화하고 있으며, 노인이 지역사회에서 불편함 없이 계속 거주하기 위한 지역사회 생활환경 구축이 과제로 제기되고 있다(정경희 외 2008). 이러한 변화와 함께 노인부양가구보다는 노인가구주 가구, 노인부부가구, 독거노인가구의 비중이 크게 증가하고 있으며 가구 특성별로 주택유형에도 차이를 보이는 것으로 나타났다(천현숙, 오민준 2013). 그러나 현재의 주거정책은 노인부양가구 중심으로 이루어지고 있어 지역사회에 계속 거주하고자 하는 독거 혹은 노인부부가구의 욕구에 장애물이 되고 있다. 따라서 노인가구주를 위한 주택바우처, 주택개조비용 지원, 독거노인가구를 위한 홈쉐어링, 공공임대주택 공급 등 가구유형별로 접근한 주거지원정책이 마련되어야할 것이다.

이와 함께 노인의 안전사고 사망자 및 생활 안전사고 발생도 꾸준히 늘어나고 있다. 노인안전사고 사망자는 지난 2008년 10,938명에서 2012년 12,293명으로 지속적으로 증가하였다(통계청 2013a).[39] 안전사고의

39) 통계청의 사망원인통계(2013a)의 안전사고 분류는 한국표준질병사인분류(KCD)를 따르며, 운수사고, 추락, 익사, 불꽃에 노출, 유독성 물질에 노출, 자살, 타살, 기타 모든 외인 등을 포함한다.

사망원인으로는 기타 모든 외인을 제외하고는 자살(30.2%)이 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로는 운수사고(17.2%), 추락사고(8.0%) 순으로 높게 발생한 것으로 나타났다.

〈표 3-16〉 65세 이상 노인인구의 안전사고 사망원인(2012)

(단위:%)

구분	운수	추락	익사	화상	중독	자살	타살	기타[1)]	전체
전체	17.2	8.0	1.5	0.8	0.7	30.2	0.6	41.0	100.0
65-69세	25.6	8.6	2.6	1.0	1.0	41.0	1.0	19.2	100.0
70-74세	25.0	8.3	1.9	0.7	1.1	39.1	0.7	23.1	100.0
75-79세	22.6	7.7	1.6	1.1	0.9	34.3	0.7	31.2	100.0
80-84세	15.1	7.9	1.4	0.7	0.6	29.5	0.6	44.2	100.0
85-89세	9.2	7.7	0.9	0.7	0.5	21.5	0.4	59.1	100.0
90세 이상	5.4	7.8	0.8	0.5	0.3	15.9	0.1	69.1	100.0

주: 1) 사망의 외인 중 운수, 추락, 익사, 화상, 중독, 자살, 타살을 제외한 모든 외인을 포괄함
자료: 1) 통계청(2013a). 사망원인통계 2012

노인 운전면허 소지자가 증가하면서 노인 교통사고 또한 지속적으로 증가하고 있다. 지난 10여 년간(2000~2013년) 노인운전자의 교통사고는 3,375건에서 17,590건으로 증가하였으며, 노인 음주운전자의 교통사고 또한 165건에서 831건으로 5배가량 증가하였다(경찰청 2014). 특히, 고령운전자로 인한 교통사고는 일반 교통사고보다 사망자 발생확률이 2배 높은 것으로 나타나 이에 대한 대책마련이 시급하다(송기욱 2014).

〈표 3-17〉 65세 이상 노인인구의 교통사고 및 운전면허 소지자 현황

(단위: 건, 명)

구분		2000	2005	2010	2013
노인운전자 교통사고	발생건수	3,375	7,150	12,623	17,590
	사망자수	266	473	547	737
	부상자수	4,658	10,555	18,660	25,734
노인 음주운전자 교통사고	발생건수	165	369	650	831
	사망자수	18	37	29	48
	부상자수	245	549	1,036	1,381
노인 교통사고 사상자	사망자수	1,853	1,700	1,752	1,833
	부상자수	16,920	19,832	27,394	32,178
노인 운전면허 소지자[1)]		-	1,022,020	1,927,279	2,507,531

주: 1) 연령별 운전면허 소지자 자료는 2005년부터 확인 가능함
자료: 1) 도로교통공단. TAAS 교통사고분석시스템. http://taas.koroad.or.kr
2) 경찰청. 연령별 운전면허소지자 현황. 각 년도

노인 안전사고 발생건수 또한 2010년 2,910건에서 2012년 3,911건으로 지속적으로 증가한 것으로 나타났다(한국소비자원 2013). 가정(61.5%)에서 대부분의 안전사고가 발생하는 것으로 나타났으며, 그 다음으로는 의료서비스 시설(9.2%), 상업시설(8.0%), 교통시설(6.6%) 순으로 높게 나타났다. 인지 및 신체능력이 저하되는 노년기에 '돌봄' 없이 노인 홀로 거주하는 독거가구 또는 고령가구가 증가함에 따라 가정, 시설 등에서 노인 안전사고가 빈번히 발생하고 있다.

〈표 3-18〉 65세 이상 노인인구의 안전사고 발생장소 현황[1)]

(단위: 건, %)

구분	건수	비율
가정	4,089	61.5
의료서비스 시설	611	9.2
상업시설	533	8.0
교통시설	438	6.6
주거시설	84	1.3
자연	80	1.2
스포츠/레져 시설	69	1.0
여가 및 문화놀이 시설	64	0.9
농수축산업지역	63	0.2
교육시설	13	0.2
산업 및 건설지역	12	0.2
공공시설	11	0.7
기타	583	8.7
합계	6,650	100.0

주: 1) 2012년부터 2013년 8월 31일까지 한국소비자원의 소비자위해감시시스템(CISS)에 수집된 위해정보 6,650건에 대하여 유형별로 분석한 결과임
자료: 1) 한국소비자원(2013). 2012년도 고령자 안전사고 사례분석

특히 가정과 시설 등에서 발생하는 안전문제 중에서도 노인학대 문제가 심화되고 있는 것으로 나타났다. 전국노인보호전문기관(2014)에 접수된 노인학대 건수는 지난 2005년 2,038건에서 2013년 3,520건으로 증가하였다. 같은 기간 학대 발생장소를 살펴보면, 가정 내에서의 학대는 92.9%에서 83.1%로 감소한 반면에 시설에서의 학대는 2.5%에서 8.3%로 급증한 것으로 나타났으며, 특히 생활시설에서(7.1%) 발생하고 있다. 이는 노인장기요양보험제도의 시행으로 인한 요양시설의 증가가 한 요인이 된 것으로 보인다. 또한, 학대 피해노인의 인지적 특성을 살펴보면, 치매가 없는 일반노인에 대한 학대는 1,834건에서 2,689건으로 1.5배정도 증가한 반면, 치매노인의 경우 204건에서 831건으로 4배 이상 증가한 것으로 나타

나 입소시설 및 가정에서의 학대발생 예방대책이 강구되어야 할 것이다.

학대의 한 측면이라 할 수 있는 노인근로자에 대한 차별과 인권침해도 심각한 수준이다. 국가인권위원회에 따르면(2012), 노인 임금근로자의 5명중 1명(21.7%)이 업무배분, 임금 및 수당의 측면에서 연령으로 인한 차별을 경험한 것으로 보고되었다. 노후의 경제적 불안으로 인해 경제활동의 중요성이 점차 더 강조되고 있는 것을 감안한다면, 이에 대한 대책 마련이 시급하다고 할 수 있다.

이 뿐만 아니라 노인 범죄 또한 늘고 있는데, 주목할 만한 것은 가해자와 피해자 두 측면에서 모두 늘어나고 있다는 것이다. 전체 범죄 중 61세 이상 노인이 저지른 범죄의 비율은 2000년 2.7%에서 2012년 7.3%로 급증하였으며, 노인이 범죄피해를 당하는 비율 또한 2002년 6.5%에서 9.1%로 증가하였다(경찰청 2013). 따라서 노인대상의 범죄예방을 위한 교육뿐만 아니라 노인이 범죄가해자가 되는 것을 방지 할 수 있는 통합적인 지지체계 마련이 중요할 것이다.

그러나 노인안전 정책은 다른 취약계층에 비해 사회적 관심과 추진기반이 미비하다. 보호구역 정책을 살펴보면, 2014년 6월 기준 노인보호구역은 678개인 반면, 어린이 보호구역은 15,752개로 20배 이상의 차이가 난다. 이는 어린이 보호구역의 경우 국가와 지자체가 예산을 1:1로 설치하고 있으나, 노인보호구역은 전액 지자체 부담으로 어려움이 있기 때문이다(행정자치부 2014a; 2014b). 또한, 안전 관련 법령에 있어서도 어린이, 노인 관련 법령이 각각 117개, 57개로 제도적 기반에서 많은 차이가 있는 것으로 나타났다(관계부처 합동 2013). 따라서 '돌봄'의 부재로 인한 취약노인에 대한 돌봄체계 구축뿐만 아니라 범죄, 학대 등의 폭력으로 인한 위험으로부터 노인을 보호하고, 노인의 전반적인 생활환경을 고령친화적으로 조성하는 노력이 필요할 것이다.

제5절 소결

우리나라는 2026년 초고령사회에 진입할 것으로 예측되고 있으며, 전국 227개 시군구 중 73개(32.2%) 지역은 이미 초고령사회를 경험하고 있다.[40] 이에 본 장에서는 우리나라가 초고령사회에 진입할 경우 발생할 사회적 위험을 예측하고, 초고령사회 노인들의 수요를 다음과 같이 전망해보았다.

첫째, 평균기대수명의 증가로 인해 30년 정도 지속되는 노후생활을 위한 노인들의 경제활동 수요가 증가할 것으로 전망된다. 특히, 우리나라의 독거노인가구 및 고령가구의 증가, 사적이전소득의 감소 등은 노인빈곤문제를 심화시키고 있다. 이에 따라경제활동을 지속하고자 하는 노인들의 수요 증가가 예상되며, 본 연구에서 추계한 결과 노인 고용율은 2010년 33.1%에서 2030년 36.8%, 2050년에는 40.8%로 증가할 것으로 전망되었다. 또한, 우리나라는 서구 복지국가들과 달리 노인들의 파트타임 비율이 낮고, 임시직 비율이 높으며, 취업선택의 폭이 좁아 대부분 농립어업, 단순노무직 등의 한정적인 직종에 종사하는 것으로 나타나 노인에게 적합한 다양한 신규 일자리 창출이 요구된다. 뿐만 아니라, 최근 몇 년 간의 변화를 살펴보면, 일자리를 선택함에 있어 생계비 마련보다는 일의 즐거움, 일의 양과 시간에 대한 욕구가 증가하고 있어 경제적 욕구와 사회참여 욕구를 동시에 만족시켜줄 수 있는 직종 및 근로환경 조성이 요구된다.

둘째, 노년기가 증가하면서 제2의 인생설계를 위한 여가, 자원봉사, 평생교육 등 사회참여활동에 대한 수요가 증가할 것으로 전망된다. 그러나 현재 우리나라 노인의 사회참여활동 수준은 양적·질적으로 미흡한 수준

40) 통계청(2013b)의 고령자통계는 2012년 주민등록통계를 활용하여 집계하였으며, 2014년 현재는 더 많은 시군구가 초고령사회를 경험하고 있을 것으로 보인다.

인 것으로 나타났다. TV시청, 걷기·산책 등이 여가의 대부분을 차지하고 있어 실질적인 여가활동은 미미하며, 국제성인역량조사(2013) 결과에서는 정규교육을 보완할 수 있는 평생교육체제 미흡으로 청년층과 노년층의 격차가 가장 큰 나라인 것으로 나타났다. 자원봉사참여율은 매년 소폭 증가하고 있으나 노인의 절대적인 규모 증가와 맞물려 노인자원봉사자수가 급증하고 있어 노인의 수요와 특성에 적합한 다양한 자원봉사 및 여가정책, 시설 인프라, 노후준비 및 설계 정책이 마련이 요구된다.

셋째, 최근 건강에 대한 국민적 관심과 실천을 통해 신체적으로 건강한 노인이 증가하고 있는 추세이지만, 정신적 혹은 인지적으로 건강하지 못한 노인 또한 급증하고 있어 돌봄에 대한 수요와 사회적 책임이 증가할 것으로 예측된다. 특히, 후기노인의 비율 및 규모 증가와 함께 2050년에는 치매노인인구가 271만 명으로 증가하여 사회적 비용이 43조에 이를 것으로 전망되고 있다. 본 연구에서 노인돌봄서비스 수요를 저위, 중위, 고위의 세 가지 시나리오로 전망한 결과 돌봄수요가 감소할 것으로 가정한 저위 시나리오에서도 2040년까지 약 2배가량 증가세를 지속한 후에야 감소추세로 돌아설 것으로 예측되었다. 따라서 절대적인 돌봄노인인구 수의 증가에 대비하여 치료적 차원뿐만 아니라 예방적 차원의 돌봄서비스 인프라 및 서비스 체계가 구축되어야할 것이다. 이러한 돌봄서비스 수요와 함께 서비스의 질을 책임지고 있는 서비스 제공인력에 대한 수요도 대폭 증가할 것으로 예측되어 서비스 제공인력의 근무환경, 임금수준 향상 등에 대한 제도개선 노력도 함께 필요하다.

넷째, 노인보호가 지향하는 가치가 안전하고 불편함 없는 노인친화적인 지역사회체계 구축으로 변화하고 있다. 그러나 노인인구의 증가와 함께 노인 안전사고 발생이 지속적으로 증가하고 있어 노인 안전에 대한 수요가 증가할 것이다. 자살, 교통사고로 인한 노인사망자가 증가하고, 학

대, 범죄와 같은 문제에 노출되는 빈도와 강도가 높아지고 있다. 특히 노인운전자로 인한 교통사고는 지난 10여 년간 5배가량 증가하였고, 가정에서의 학대는 감소하고 있는 반면, 장기요양시설의 증가에 따른 시설에서의 학대가 증가하고 있다. 그러나 노인안전정책은 다른 취약계층에 비해 사회적 관심과 추진기반이 미흡한 실정이다. 따라서 '돌봄'의 부재로 인한 취약노인에 대한 돌봄체계 구축과 함께 안전하고 편안한 생활환경을 조성하여 범죄, 학대 등의 사회적 위험으로부터 노인을 보호할 수 있는 정책이 마련되어야 할 것이다.

제4장

해외 초고령 국가의 노인복지서비스

제1절 일본

제2절 독일

제3절 이탈리아

제4절 소결

4 해외 초고령 국가의 노인복지서비스

제1절 일본

1. 초고령사회의 구조변화와 노인문제

가. 사회구조 변화

1) 정책적 변화

일본은 1963년 제정된 노인복지법을 시작으로 노인복지서비스의 제도적 기반이 마련되었다. 동법에서는 노인을 사회적 경애의 대상으로 규정하고, 국가 및 지자체는 노인복지 증진에 대한 책무가 있음을 처음으로 공포하였다(全社協 2012).

1970년대는 일본의 고도 경제성장기로 도시화와 핵가족화의 진전 등 사회구조가 크게 변화하였으며, 1970년에 노인인구 비율이 7.1%로 고령화사회에 진입하게 되었다. 소위 복지원년으로 불리는 1973년에는 노인의료비 지급제도를 통해 노인의료비 부담 무료화가 실시되었다. 그러나 같은 해 석유파동으로 인한 장기 경제 불황을 겪으면서 사회복지정책의 전반적인 수정이 불가피해졌으며, 1982년 노인보건법 제정으로 인해 약 10년간 지속되던 노인의료비 무료화는 막을 내리게 된다.

1980년대 중반에 들어서는 노인 의료 및 개호문제에 대한 국가적 차원

의 대책이 논의되기 시작된다. 1985년에는 내각에 '장수사회대책 관계각료회의' 그리고 후생성에는 '고령자대책 기획추진본부'가 각각 설치되어, 고령자대책의 기본원칙을 명시하여 사회 전반에 걸친 대책을 추진하기 시작하였다. 1989년에는 '고령자 보건복지추진 10개년 계획(골드플랜)'을 발표하여 노인복지서비스를 재가 및 시설서비스로 구분하여 정책목표를 설정·추진하였다. 그리고 정책 추진에 소요되는 재원마련을 위해 소비세(3%)를 도입하게 된다.

〈표 4-1〉 고령화율의 변화와 주요 노인복지 관련정책

시기	고령화율	주요정책
1960년대	5.7%(1960년)	1963년 노인복지법제정 (특별양호노인홈 설립, 노인가정봉사원 제도화)
1970년대	7.1%(1970년)	1973년 노인 의료비 무료화
1980년대	9.1%(1980년)	1982년 노인보건법제정(노인의료비 본인일부부담 도입) 1989년 골드플랜 수립(시설긴급정비와 재가복지 추진)
1990년대	12.0%(1990년) 14.5%(1995년)	1994년 신골드플랜 수립(재택개호 충실) 1997년 개호보험법 제정
2000년 이후	17.3%(2000년)	2000년 개호보험시행, 골드플랜21 수립 2005년 개호보험법 개정(개호예방, 지역밀착형서비스 도입) 2011년 개호보험법 개정(지역포괄케어 시스템 중시)

자료: 全社協(2012).『老人福祉法』재구성

1990년에는 사회복지 관련 법(복지8법 개정)이 대폭 개정되었으며, 노인복지법도 이에 맞추어 개정을 실시하게 된다. 기존의 시설서비스 중심에서 재가서비스 중심으로 정책방향을 수정하고, 기초지자체인 시정촌을 중심으로 한 노인복지 추진이 명시화되었다. 또한 노인보건법 개정을 통해 노인보건계획이 의무화되면서 두 계획을 일원화한 노인보건복지계획이 시작되었다. 이를 통해 노인의 보건과 복지에 관련된 계획수립-기반정비-이용결정-재가서비스 제공을 시정촌이 책임지는 체제가 구축되었으

며, 결과적으로 개호서비스 수요 및 공급현황의 가시화라는 성과를 거두게 되었다.

한편, 일본은 1994년에 고령화율이 14%를 넘어 고령사회에 진입하게 되었다. 고령사회 대응을 위해 1994년에는 골드플랜 인프라 정비 수치의 부족분에 대한 상향조정 및 새로운 서비스를 추가하여 신 골드플랜을 수립하게 된다(小笠原 2005). 그리고 1995년에는 고령사회 대책의 종합적인 추진을 위해 고령사회대책 기본법이 제정되고 고령사회대책회의가 설치되었으며, 향후 고령사회대책의 방향을 제시한 고령사회대책 대강을 수립하였다. 고령사회대책 대강은 이후 2001년과 2012년에 개정이 이루어졌다.

2000년 4월부터는 개호보험법의 실시로 사회보험방식을 통한 고령자 개호서비스 제공이 본격화되었다. 그 후, 2006년에는 개호보험제도의 전면개정을 통해서 개호예방을 강화하고, 지역밀착형 서비스 및 지역포괄지원센터 등이 새로이 도입되었다. 2011년 개정에서는 치매노인에 대한 지원대책의 강화와 30분 이내의 일상생활권역 속에서 의료, 개호, 개호예방, 주거, 생활지원 등이 계속적으로 이루어 질 수 있도록 하는 지역포괄케어 시스템의 구축이 주요 정책목표가 되었다. 한편 의료비 증가에 따른 건강보험의 재정악화를 이유로 2008년부터 '고령자 의료확보법'이 시행되어 75세 이상의 고령자를 대상으로 하는 별도의 후기고령자 의료제도를 신설하고, 그 비용부담에 대해서는 보험자 간의 조정을 통해 부담하도록 하였다. 그러나 제도에 대한 강력한 저항으로 인해 2013년 4월부터 후기고령자 의료제도를 폐지하고 75세 이상의 고령자도 지역보험(국민건강보험) 혹은 피용자보험에 가입하도록 바뀌었다(全社協 2012).

2) 사회적 변화

일본사회에서 나타난 사회적 변화로는 가족구조의 변화에 따른 독거 및 고령자가구의 증가, 노동환경의 변화와 노동형태의 다양화, 사회보장과 관련된 세대 간 격차 및 갈등의 심화, 사회적 관계성의 약화로 인한 사회적 고립의 증가 등이 있다.

첫째, 가족구조의 변화에 따른 독거 및 고령자가구의 증가이다. 일본은 1960년 4.45명이던 평균 가구원수가 2005년에는 2.58명으로 줄어들었다. 반대로, 단독가구는 4.7%에 불과하던 것이 2005년에는 27.9%로 증가하였다. 65세 이상 고령자 가구는 꾸준히 증가하여, 2010년 2,071만 세대로 전체세대의 42.6%를 차지하고 있다. 또한 독거노인 수는 1980년에 남성 4.3%, 여성 11.2%이었던 것이 2010년에는 남성 11.1%, 여성 20.3%로 급증하였다. 고령자 인구의 세 명 중 한명(약 480만명)은 독거노인이라 할 수 있다(内閣府 2012).

둘째, 노동환경의 변화와 노동형태의 다양화이다. 2012년 현재 일본 고령자 595만 명(전체 고령자의 21.3%)이 취업상태로 이는 총 취업자 수의 9.5%에 해당하는 수치이며, 해를 거듭할수록 그 비중이 증가하고 있다(総務省統計局 2013). 이는 고령자의 취업욕구를 해결하기 위한 시책으로서 2006년부터 실시된 '고연령노동자 고용확보조치'와 고연령자 고용안정법을 통해 65세까지 정년연장, 계속고용제도 도입 등의 정책적 노력의 결과라고도 할 수 있다. 한편 최근에는 개인이 주체성을 가지고 일 할 수 있는 임의취업(시간제근로, 비정규) 및 자영업을 희망하는 비율이 높아지고 있다.

셋째, 사회보장과 관련된 세대간 격차 및 갈등의 심화이다. 고령화로 인해 연금 및 의료비 지출이 지속적으로 증가하고 각종 사회보험료는 인상되는 한편 단계적으로 급여액은 감소하는 구조로 사회보험제도가 운영

되고 있다. 이 과정에서 사회보험에 대한 젊은 층의 불신과 사회보장과 관련된 세대간 갈등이 심화되고 있다. 개인이 평생 동안 납부하는 사회보장 부담액과 받게 되는 사회보장 급여액을 계산한 자료에 따르면, 2003년 시점에서 60세 이상 기성세대는 4,875만 엔의 수익초과, 그 후에 태어나는 장래세대는 4,585만 엔의 부담초과 상태가 되는 것으로 나타났다(内閣府 2005). 한편, 소비세(부가가치세)를 사회보장의 주요재원으로 사용하는 것에 대한 인식조사에 따르면(内閣府 2008), 전반적으로 연령이 높아질수록 찬성의견이 많고, 연령이 낮을수록 반대의견이 많았으며, 특히 20·30대와 50·60대에서는 찬반의견이 상반되는 결과를 보였다.

넷째, 사회적 관계성의 약화로 인한 사회적 고립의 증가이다. 도시화 및 가족구조의 변화는 노인세대 및 독거노인 세대의 증가를 가져왔고, 특히 대도시를 중심으로 이웃과의 교류가 거의 없거나 단절된 노인이 급증하였다. 곤란에 처했을 때 도움을 청할 사람이 없다는 독거노인 남성이 24%, 여성이 9%로 나타났다(国土交通省 2011). 최근 사회적으로 문제가 되고 있는 고령자의 고독사 문제는 이러한 사회적 고립의 결과로 해석된다.

3) 경제적 변화

경제적 측면에서의 변화는 생산가능 인구의 감소, 사회보장제도의 지속가능성에 대한 의문제기, 그리고 고령자 시장 및 실버산업의 확대를 중심으로 살펴보고자 한다.

첫째, 생산가능 인구의 감소이다. 고령화로 인한 생산가능 인구(15세~64세)가 지속적으로 감소하고, 소비가 위축됨에 따라 경제성장을 제약하는 요인이 되고 있다. 일본의 생산연가능 인구는 1990년대를 정점으로 지속적인 감소추세에 있으며, 2013년 8,000만명, 2035년 6,343만

명, 2060년 4,418만명으로 앞으로도 지속적으로 감소할 것으로 전망된다(総務省 2013).

둘째, 사회보장제도의 지속가능성에 대한 의문제기이다. 일본의 재정지출 중 최대 지출항목은 사회보장 관련비용으로서 일반세출에서 차지하는 비율이 2000년 35%, 2005년 43%, 그리고 2012년 52%로 계속해서 증가하고 있다. 일본의 국채를 포함한 국가채무총액은 약 1,000조 엔에 달하며(総務省 2013), 이는 국민 1인당 한화로 약 1억원의 채무를 가지고 있음을 의미한다. 사회보장 관련비용의 대부분을 차지하는 것이 연금과 의료비용이며, 이 비용은 후기고령자의 지속적인 증가와 베이비 붐 세대(団塊世代)가 65세가 되는 2014년 이후, 더욱 가속화 될 것으로 전망된다.

셋째, 고령자 시장 및 실버산업의 확대이다. 고령화의 진전으로 인해 소비구조가 변화하고 고령자의 사회참여 증가, 유니버셜 디자인 정책 등에 힘입어 새로운 유형의 소비와 생산이 늘어나고 있다. 예를 들면, 식료품 및 일용품, 주택과 같이 1인당 소비량에 한계가 있는 분야를 중심으로 내수가 축소되고 있다. 반면 의료, 건강, 간병과 관련된 분야, 그리고 퇴직 후의 시간적 여유를 반영한 시간소비형 취미나 오락활동에 대한 65세 이상 고령세대의 지출은 현역세대보다 높다(日本経団連 2008). 또한 다양한 영역의 고령자 수요를 대상으로 하는 비지니스가 등장하였다. 예를 들면, 경비보안업체가 제공하는 안부확인 서비스, 고령자용 스마트폰, 장례 및 임종준비를 위한 서비스가 새로운 비즈니스로 정착되고 있다.

4) 문화적 변화

문화적 측면에서의 변화는 신노년 문화의 등장, 노인의 사회참여 증가, 그리고 고령사회 이슈의 일반화를 들 수 있다.

첫째, 신노년 문화의 등장이다. 젊은이들의 놀이문화로만 인식되던 게임센터, 노래방, 패밀리 레스토랑에 고령자 고객들이 증가하고 있다. 일본에는 예전부터 노인클럽이나 싸롱이라고 하는 지역별 고령자들이 모여서 취미생활이나 자원봉사활동 등을 하는 모임 및 단체가 운영되어 왔다. 그러나 최근 이러한 조직이나 시설에 가기를 꺼려하는 젊은 고령자 층이 늘고 있으며, 비용이 들더라도 자유롭게 취미를 즐길 수 있고 시간을 소비할 수 있는 새로운 공간을 찾는 고령자가 늘고 있다.

둘째, 노인의 사회참여 증가이다. 내각부의 조사(内閣府 2009)에 따르면, 최근 20년간 취미 및 건강, 지역을 위한 활동 및 단체에 참가하는 노인이 증가하고 있다. 60세 이상 노인 중에서 단독 혹은 친구, 집단 및 단체가 자율적으로 실시하는 활동에 참가한 비율이 40%에서 60%로 증가하였다. 참가하는 활동의 형태도 개인 및 친구와의 활동에서 집단 또는 단체에 의한 참가가 다수를 차지하였다. 이는 퇴직 후 중고령자가 새로운 사회관계를 형성하면서 새로운 활약의 장을 넓혀가고 있음을 의미한다(東京大学高齢社会総合研究機構 2014).

셋째, 고령사회 이슈의 일반화이다. 고령인구 비율의 증가와 함께 일상생활 속에서 고령사회와 관련된 사건 사고, 고령자의 활약상 등이 매스컴을 통해 전해지면서 고령사회의 이슈가 일반화되고 있다. 이는 초고령 사회가 진전됨에 따라 여가시간이 상대적으로 긴 고령자가 TV프로그램의 주요 시청자로 자리 잡은 결과라 할 수 있다. 또한 개호 및 사회복지와 관련된 생활 문제들이 드라마나 영화의 주제가 되거나 초고령사회 관련 주제가 인기를 얻는 등 대중문화에도 변화가 일어나고 있다.[41]

---

41) 개호복지사가 주인공으로 등장해서 불법 노인복지시설의 행태와 그 안에서 비참한 생활을 하는 고령자의 모습 등 개호 사각지대에 대한 실태를 풍자적으로 그려낸 "임협헬퍼(任侠ヘルパー : Fuji TV 2009)라는 드라마가 있었고, 커뮤니티 소셜워커(사회복지사)인 주인공이 지역사회의 독거노인, 노숙자, 치매노인 등 다양한 사회적 약자들의 복지문제를 해결해 주는 "사일런트 푸어(Silent Poor: NHK 2014)"라는 드라마가 방영되어 화제를 모았다. 이 외에도 80대 노배우

나. 주요 노인문제

1) 고령자 빈곤

2013년 12월 생활보호수급자 수는 216만 7,220명(159만 8,072세대)으로 역대 최고치를 갱신했다. 이 중 고령자세대가 차지하는 비율은 10년 전보다 2.5배 증가한 약 72만 2천세대로 전체의 45%를 차지한다. 특히 독거고령자가 차지하는 비율이 약 90% 이며, 성별로는 여성이 남성보다 세배 이상 많은 것으로 나타났다(国立社会保障, 人口問題研究所 2014).

경제적 어려움과 사회적 고립 상태에 있는 고령자를 대상으로 하는 빈곤 비지니스도 사회적으로 문제가 되고 있다. 빈곤 비지니스는 무료 혹은 저가의 숙박시설을 차려서 갈 곳 없는 고령자들을 입소시켜 생활보호 수급을 신청하여 숙식과 보호의 명목으로 정부지원금의 대부분을 착복하는 새로운 형태의 범죄를 말한다. 한편, NPO단체들이 대도시를 중심으로 노숙자 등 사회적 약자를 돕기 위해 무료 숙박시설을 운영하면서 생활상담을 통해 생활보호를 권유하거나 신청을 돕는 등 자선적인 원조활동을 하기도 한다. 하지만 이와 같은 유사한 형태의 빈곤 비지니스도 성행하고 있어 그 구분이 모호한 경우도 있다.

2) 고독사

일본의 고독사 문제는 1980년대 후반부터 독거노인이 사망 후 오랜 시

가 토크쇼의 진행자로 활약하거나 각종 CM에 등장하는 등 사회 전반적으로 노인인구의 영향력이 인구비율 뿐만 아니라 사회 문화적으로도 점차 증가하고 있음을 알 수 있다.

간이 지난 후에 발견된 사례가 매스컴을 통해 보도되면서 주요 노인문제로 인식되게 되었다. 최근에도 고독사와 관련된 다큐멘터리(NHK 無縁社会プロジェクト 2010)등을 통해서 그 심각성이 끊임없이 보도되고 있다. 고독사의 원인은 병사가 절반으로 가장 많고, 자살도 1/3을 차지하는 것으로 나타났다(国土交通省 2011). 한편, 자원봉사자, 자치회, NPO조직 형태의 다양한 주민조직이 장보기 및 통원지원, 안부확인, 커뮤니티 거점 만들기 등 다양한 활동을 통해서 고독사를 예방하려는 노력들을 하고 있다(国土交通省 2011).

3) 치매노인

2012년 일본의 치매(인지증)노인 수는 305만명으로 전체 노인인구의 10%를 차지하였다. 이는 2002년 149만명과 비교하면 10년 사이에 2배 이상 증가한 수치이다. 2025년에는 470만 명으로 전체 고령자인구의 12.8%에 달할 것으로 전망된다(厚生労働省 2012b). 지속적으로 증가하는 치매노인과 관련된 문제는 수발의 어려움 이외에도 다양한 형태의 문제를 야기하고 있다. 치매노인 문제를 해결하기 위해서 일본 정부는 2012년에 "인지증 시책추진 5개년 계획(오렌지 플랜)"을 발표하고 추진 중에 있다.

치매노인의 배회로 인한 행방불명 건수는 연간 약 1만 명에 달한다. 이 중 사망으로 이어진 경우가 약 350건이었으며, 2012년 이후 2014년 현재까지 행방을 알 수 없는 경우도 약 200건에 이르는 것으로 보도된 바 있다(J-CAST News 2014). 또 다른 사례로는 치매노인의 교통사고가 증가하는 현상이다. 2008년 치매노인 7,300여명 중 11%가 치매 진단을 받은 후에도 운전을 하였고, 그 중 16%에 해당하는 130명이 교통사고를 일

으킨 것으로 조사되었다. 특히 경찰청 조사 결과 2012년까지 2년간 고속도로에서 일어난 역주행 447건 중 약 70%가 65세 이상 운전자였다(NEWSポストセブン 2014).

4) 개호살인 및 자살

개호보험제도의 도입으로 인해 개호의 사회화가 진전된 것은 사실이지만, 앞서 소개한 치매노인의 배회에 따른 개호 스트레스나 개호가족의 고립감 등 여전히 가족개호자의 부담은 크다고 할 수 있다. 최근 매스컴을 통해서 종종 보도되는 개호살인 및 개호자살은 가족의 개호부담감의 극단적인 표출이라 할 수 있다.

개호살인 및 자살에 대한 공식적인 통계자료가 없지만, 경찰청의 통계에 의하면 간호 및 개호 피로로 인한 자살자 수는 2009년을 기준으로 317명에 이른다(警察庁 2010). 2011년 후생노동성이 발표한 고령자학대 현황 조사에서 학대에 의한 사망자수는 2006년부터 4년간 114명으로 보고되었다. 사건 형태별로는 요양자에 의한 피요양자의 살인 및 동반자살(61명), 요양자의 개호 등 방임에 의한 피요양자의 사망(28명), 요양자의 학대에 의한 피요양자의 사망(16명) 등의 순으로 나타났다(湯原悦子 2011).

5) 개호퇴직

개호와 직장생활을 동시에 유지하기 어려워 퇴직을 하는 근로자의 수가 매년 급증하는 것으로 나타났다. 총무성의 취업구조 기본조사(總務省 2007)에서 2006년 10월부터 2007년 9월 한 해 동안 개호 및 간호를 이유로 퇴직한 근로자 수는 14만 4,800명으로 4년간 50% 이상 증가하였

다. 이 중 25,600명이 남성으로 70% 이상의 증가율을 보이고 있다. 형제수가 적어지고 미혼율이 증가하면서 부모의 개호를 책임져야 하는 남성이 증가한 것으로 보인다(みずほ総合研究所 2012).

6) 전문인력 및 입소시설 부족

개호보험이 도입된 2000년 당시, 55만 여명이던 개호직원 수가 2012년에는 149만 여명으로 급격히 증가하였다. 개호직원의 수요증가는 앞으로도 계속되어 2025년에는 최소 237만 명 이상(현재의 1.5배) 필요할 것으로 전망되고 있다(厚生労働省 2013b). 그러나 이러한 수요와는 반대로 개호직원의 이직률(23.4%)은 다른 산업분야 평균(11.5%)보다 훨씬 높은 상황이다. 이는 높은 노동 강도에 비해 급여 수준이 낮은 업무환경에서 기인한 것으로 보인다.

양질의 개호인력확보와 전문성 제고를 위해 개호보험수가와 연동된 경력개발 및 인센티브를 제공하고 있기는 하지만 크게 성과를 이루지 못하고 있다. 이러한 인력부족 현상을 타개하는 방편의 하나로 경제연계협력(Economic Partnership Agreement) 체결을 통한 외국인력 확보를 시도하고 있다. 일본과 경제연계협력을 맺은 인도네시아와 필리핀으로부터 매년 100~400명 규모의 간호 및 개호 인력을 초청해서 연수 및 교육을 실시하고 있다. 그러나 언어 및 문화의 장벽과 개호복지사 자격증 취득의 어려움으로 인해 실제 성공적으로 일본에 정착하는 경우는 그리 많지 않은 것이 현실이다.

또한 개호시설 중 입소시설의 부족도 지속적인 문제로 지적되고 있다. 개호보험이 도입된 2000년 이후 입소시설에 대한 수요는 급격히 증가하였다. 하지만 제도의 운영방침은 재가중심 혹은 지역밀착형 서비스를 원

칙으로 하고 있기 때문에 수요와 공급의 격차가 심화되고 있다. 2014년 입소시설 대기자는 52만명으로 추계되고 있다(厚生労働省 2014). 입소 대기자가 늘어나면서 대기하는 기간 동안 무허가 시설에 입소하여 화재나 학대 등의 문제로 사회적 이슈가 되기도 하였다.

7) 고령자 범죄

2012년 65세 이상 고령 범죄자의 폭행죄는 1992년에 비해 58배, 상해죄는 10배 증가 하였다. 고령 범죄자의 증가율은 다른 세대의 범죄 증가율보다 많게는 3배 이상 높으며, 고령자 인구의 증가율보다 훨씬 빠르게 증가하고 있다. 또한, 일반 범죄와 비교해서 고령자는 절도의 비율이 높았다. 특히 여성은 91.9%가 절도이며, 주로 상점에서 생필품을 훔치는 단순절도가 80% 이상을 차지하는 것으로 나타났다. 절도 범죄자의 범행동기를 보면 생활곤궁, 배고픔 해결, 절약 등의 이유가 일반 범죄에 비해 높게 나타났다는 점에서 앞서 소개한 고령자 빈곤과도 관계가 있음을 짐작할 수 있다.

고령자의 살인범죄도 증가하고 있다. 장래 비관과 개호 피로 등의 살인동기가 높은 편이며, 친족살해의 경우는 장래비관과 개호피로가 가장 높은 범행동기로 나타났다(法務省 2012). 이 외에도 강도 및 상해범죄와 관련해서는 재범비율이 높았다. 이러한 범죄는 사회적 고립 및 경제적 불안이 주요 요인으로 작용하고 있으며, 생활보호 등 복지적 지원을 받지 못한 경우가 많다

2. 초고령사회와 노인복지정책

가. 고령자복지정책의 방향성(고령사회대책 대강)

일본 고령사회 대책의 기본적 틀은 1995년에 성립된 고령사회대책 기본법에 근거하고 있다. 동법에 의해서 1996년에 처음으로 고령사회대책 대강이 수립되어 고령사회정책의 추진방향 및 각 세부 분야별 추진 내용이 제시되었으며, 2001년과 2012년 두 차례에 걸쳐 개정이 이루어졌다. 2012년 9월에 발표된 고령사회대책 대강에서 제시된 각 분야별 기본적 시책을 정리하면 다음과 같다(内閣府 2013).

첫째, 취업·연금 등의 분야이다. 전원참가형 사회구현을 위해 희망과 능력에 따라 65세까지 일할 수 있도록 정년 연장 및 계속고용제도의 도입 등을 통해 고용 및 취업환경을 정비하고 있다. 모든 근로자가 직업생활과 지역사회생활의 양립이 가능하도록 직업능력개발, 노동시간 단축, 육아·개호 휴가제도 보급 등의 시책을 추진하고 있다. 연금과 관련해서는 공적 연금제도의 안정적인 운영을 위해서 기초연금의 국고부담 비율을 50%로 유지하고, 국민연금 보험료의 후납 기간을 기존의 2년에서 10년으로 연장하였다. 또한 연금액을 2013년부터 3년에 걸쳐 총 2.5%를 인하하는 조치를 강구하였다.

둘째, 건강·개호·의료 등의 분야이다. 생활습관 및 생활환경의 개선을 통해서 노년기에도 활력 있는 삶을 유지할 수 있도록 생애에 걸친 건강 만들기를 종합적으로 추진하고 있다. 개호에 있어서는 개호보험을 통한 서비스 제공과 더불어, 고령자가 가능한 한 지역사회에서 자립된 일상생활을 영위할 수 있도록 의료, 개호, 예방, 주거, 생활지원 서비스가 일체적으로 제공되는 지역포괄케어 시스템의 정비를 추진하고 있다. 또한 치

매노인에 대한 지역지원체계를 정비하고 있다.

셋째, 사회참여·학습 등의 분야이다. 고령자의 사회참여 기회를 넓히고 사회변화에 따른 새로운 지식과 기술을 익힐 수 있는 기회를 제공할 수 있도록 환경을 정비하고 있다. 이런 맥락에서 자원봉사 조직 및 NPO 등에서의 활동을 장려하고, 고령자를 포함한 시민 및 NPO 단체들이 주체가 되어 공공서비스를 제공하는 새로운 공공(New Public)을 바탕으로 한 정책을 추진하고 있다.

넷째, 생활환경 등의 분야이다. 풍요롭고 안정적인 주거생활 확보, 유니버셜 디자인(universal design)을 고려한 마을 만들기의 종합적 추진, 교통안전 확보, 범죄 및 재해로부터 보호, 쾌적하고 활력있는 생활환경 조성을 추진하고 있다. 고령자의 주거생활과 관련해서는 기존의 자택 및 입소시설 외에 개호서비스가 제공되는 고령자전용주택의 보급을 적극적으로 추진하고 있다.

다섯째, 고령사회에 대응한 시장의 활성화와 조사연구의 추진이다. 우선, 고령자의 욕구에 맞는 상품 및 서비스를 개발하여 고령자의 소비를 촉진한다. 그리고 초고령사회의 대응을 위한 조사연구로서는 고령자 특유의 질병 및 건강증진에 관한 조사, 고령자 관련 복지용구, 생활용품, 정보통신기기 등 각종 조사연구를 추진함과 동시에 그 기반 조성을 실시하고 있다.

마지막으로 향후 초고령사회에 대응하기 위해서는 고령자에 한정된 정책 뿐 아니라 세대간 교류의 활성화와 함께 여성 및 전 세대가 사회에 참여할 수 있는 시스템 구축이 필요함을 강조하고, 취업률 향상과 그 기반 제도를 정비해 나가고 있다.

나. 초고령사회의 노인복지서비스 현황

1) 개호보험 서비스

개호보험 서비스는 전국 일률적인 기준에 의해 제공되는 보험급여와 지자체가 제공하는 시정촌 사업으로 나뉜다(全社協 2012). 개호보험급여는 요개호 1~5급 대상의 개호급여와 요지원 1, 2를 대상으로 한 예방급여로 나뉜다. 개호급여와 예방급여는 각각 방문개호, 통소개호, 방문간호, 방문재활, 단기입소 등의 거택서비스와 시정촌을 정비 및 제공단위로 한 지역밀착형 서비스가 제공된다. 개호급여에는 시설서비스가 포함되지만, 예방급여에는 시설서비스가 포함되지 않는다. 개호급여는 지급한도액의 범위에서 10% 자기부담금이 있는 반면, 예방급여는 월 단위 정액제로 운영된다.

〈표 4-2〉 개호보험제도의 급여내용

구분	급여종류	서비스 내용
개호보험급여	개호급여	- 시설서비스 - 거택서비스 - 지역밀착형서비스
	예방급여	- 개호예방서비스 - 지역밀착형개호예방서비스
시정촌 사업	지역지원사업	- 개호예방사업, 시정촌 자체사업

자료: 厚生労働省(2014). 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律等に関する法律案について(資料)」에서 재구성

시설서비스에는 세 종류의 개호보험시설이 있다. 자택에서의 생활이 곤란한 요개호자에 대한 요양서비스를 제공하는 개호노인복지시설, 병원 퇴원 후 재가로의 복귀를 지원하는 개호노인보건시설, 그리고 요양병상

의 성격을 지닌 개호요양형 의료시설로 구성된다. 시설서비스는 요개호 1-5급에 해당하는 자가 이용할 수 있는 시설로 예방급여의 대상인 요지원자는 이용할 수 없다. 일본은 개호보험제도 도입 당시부터 재가서비스를 중심으로 한 제도운영 방침을 세웠다. 하지만 재가서비스와 더불어 시설서비스에 대한 수요도 지속적으로 증가하여, 2013년 현재 약 52만명의 입소대기자가 있는 것으로 추산하고 있다(厚生労働省 2014).

거택서비스는 방문개호, 통소개호(주간보호시설), 단기입소, 방문간호, 방문재활, 복지용구대여 등 13여개 종류가 있다. 특정시설입소자 생활개호는 유료노인 홈이나 개호제공형 고령자주택 등에서 생활하는 요개호자에 대한 거택서비스를 제공하는 서비스로 자택이 아니더라도 거주하는 곳에서 서비스를 이용할 수 있다.

지역밀착형 서비스는 고령자가 돌봄이 필요한 상태가 되어서도 지금까지 살아온 지역사회에서 계속해서 자립생활을 할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 한다. 지역밀착형 서비스의 특징은 요개호자의 지역사회에서의 자립생활을 24시간 지원한다는 관점에서 요개호자의 일상생활권 범위 내에 서비스의 제공거점을 확보한다는 점이다. 사업자 지정과 지도감독에 대한 권한을 기초지자체인 시정촌이 가지며, 각 시정촌은 생활권역을 나누어 지역의 특성에 맞는 서비스 기반을 탄력적으로 정비할 수 있다. 또한, 서비스 수가에 대해서도 국가가 정한 상한을 기준으로 자율적으로 설정할 수 있도록 하고 있으며, 원칙적으로 각 시정촌에 거주하는 주민만이 이용할 수 있도록 하고 있다. 서비스 이용은 다른 거택개호 서비스와 달리 요개호 등급에 따라 이용횟수에 상관없이 월 정액제로 운영된다(全社協 2012).

〈표 4-3〉 지역밀착형 서비스의 종류와 내용

종류	내용
인지증대응형 공동생활개호	치매노인을 대상으로 9인 이하 소그룹 공동생활공간에서 가정적인 환경과 지역주민과의 교류 속에서 일상생활의 케어 및 기능훈련을 제공(치매노인 그룹홈)
인지증대응형 통소개호	재가의 치매노인을 대상으로 주간보호센터 등에서 일상생활 케어 및 기능훈련을 제공(치매노인 데이서비스)
소규모다기능형 거택개호	지역의 서비스 거점인 하나의 사업소에서 주간보호, 방문개호, 단기입소 서비스를 종합적으로 제공하여 재가에서 계속적으로 자립적인 일상생활을 할 수 있도록 지원
지역밀착형 개호노인복지시설 입소자 생활개호	입소서비스가 필요한 요개호노인을 대상으로 정원 30인 미만의 소규모 시설에서 일상생활의 케어 및 기능훈련 등을 제공(소규모 노인요양시설)
지역밀착형 특정시설입소자 생활개호	개호보험의 사업자 지정을 받은 소규모(정원 30인 미만) 유료노인 홈 등에서 생활하면서 일상생활의 케어를 받음
야간대응형 방문개호	재가의 요개호자에 대해서 야간에 정기적으로 순회하거나 통보시스템을 통한 야간전문 방문개호 실시
정기순회 상시대응형 방문개호간호	이용자의 자택에 정기적으로 순회하거나 본인과 가족의 통보에 따라 상시 방문하여 개호 및 일상생활상의 원조를 실시
복합형 서비스	소규모다기능형거택개호와 방문간호를 조합한 것으로 주간보호, 방문개호, 단기입소, 방문간호 서비스를 조합하여 제공

자료: 厚生労働省統計協会(2011). 「国民の福祉の動向 2011·2012」 참고

2005년 개호보험개정에 의해 도입된 지역지원사업은 피보험자가 요지원 및 요개호 상태가 되는 것을 예방함은 물론 요개호상태가 되더라도 가능한 한 지역사회에서 자립생활을 영위할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 한다. 개호예방사업에는 전체 고령자를 대상으로 한 개호예방 일반고령자대책(1차 예방)과 고령자 인구의 5%정도에 해당 되는 허약고령자를 대상으로 한 개호예방 특정고령자대책(2차 예방)이 있다. 포괄적 지원사업으로는 개호예방 케어매니지먼트사업, 종합상담지원업무, 권리옹호

사업, 포괄적 계속적 케어매니지먼트 업무가 있다. 포괄적 지원사업의 실시를 위해서 시정촌은 지역포괄지원센터를 직접 설치운영하거나 사회복지법인 등에 위탁운영 할 수 있다.

개호보험서비스의 이용은 도입 당시 예상보다 매우 높은 증가율을 보이고 있다. 2013년 개호보험 이용자 수는 약 446만명에 달하며, 2000년도 3.6조엔 이었던 개호보험 총비용이 2013년에는 9.4조로 2.5배 이상 증가하였다(厚生労働省 2013a). 개호보험서비스 이용인구 및 총비용의 급격한 증가로 인해 개호보험제도의 지속가능성에 대한 논의가 끊임없이 제기되고 있다. 2013년부터 진행된 사회보장 및 세제의 개혁에 대한 논의를 거쳐, 의료개호종합확보추진법안을 통해 개호보험법의 대폭적인 개정안이 제시되었다(寺沢, 根岸 2014). 주요 내용으로는 첫째, 개호예방급부의 시정촌 사업으로의 전환이다. 둘째, 개호보험의 이용자 본인부담 인상이다(현행의 10%에서 이용자부담을 20%로 인상한다는 안이 제시되어 2017년 8월부터 실시 될 예정이다). 셋째, 특별양호노인 홈(개호노인복지시설)의 입소대상자를 중증자로 한정한다. 넷째, 개호보험시설 입소자에 대한 보조급여에 대한 자산기준을 적용한다. 보조급여의 지급은 소득액만을 기준으로 하였으나, 추가로 예·적금을 포함시키기로 하였다. 또한, 시설입소로 세대분리가 된 경우에도 배우자의 소득을 감안하며, 배우자가 과세대상자이면 보조급여의 대상에서 제외된다.

2) 노인복지서비스

노인복지법에 근거하여 각 지자체별로 노인복지계획의 수립과 추진을 통해 제공되는 다양한 노인복지서비스가 있다. 지자체에 따라 서비스 종류와 대상, 실시방법에 차이가 있다. 대표적으로 오사카의 사례를 통해

노인복지서비스의 종류에 대해 설명하고자 한다.

오사카시의 고령자복지 서비스 중에서 개호보험관련 서비스를 제외한 주요서비스의 종류와 내용을 정리한 것이다. 생활지원서비스, 수당 및 보조금, 여가·교육·문화활동, 자원봉사, 건강관리, 권리옹호 등 다양한 국비지원사업 및 자체사업을 실시하고 있다. 이용형태에 있어서는 대부분의 서비스가 소득에 따라 일정의 본인부담금을 설정하고 있다. 하지만 저소득층에 대해서는 무료로 제공하는 경우가 대부분이다.

〈표 4-4〉 오사카시의 고령자 복지서비스 개요

영역	서비스 종류	내용
생활지원	식사서비스	- 독거노인대상 - 식사서비스 및 안부확인 실시
	개호용품 지급	- 시민세 비과세세대의 요개호 4.5급의 중증고령자 대상 - 기저귀, 세정제, 1회용장갑 등 개호용품 구입권(월 6,250엔) 제공
	일상생활용구 급여	- 저소득층 독거노인을 대상 - 고령자용전화, 화재경보기, 전기조리기, 자동소화기 등 무료제공
	긴급통보 시스템	- 독거노인 및 고령자세대, 중증장애인 등을 대상 - 긴급통보 시스템을 통한 연락 및 구급차 출동을 요청. - 이용비용 월 721엔. 저소득자 무료
	침구세탁건조소독 서비스	- 침구류 위생관리가 곤란한 고령자 대상 - 침구류 손빨래 및 건조소독서비스 제공 - 이용금액 중 일부 본인부담
	배회 치매고령자 위치정보탐색 시스템	- 치매노인가족 대상 - GPS기능 탑재한 단말기 대여 및 서비스 제공. 단말기 및 서비스 이용료 보조
	쓰레기 수거서비스	- 독거노인 및 노인부부세대 대상 - 쓰레기 수거직원이 자택방문. 별도 등록을 통한 안부확인 서비스도 제공
	고령자전화방문활동 (우애전화방문)	- 독거노인을 대상 - 자원봉사자를 활용하여 주1회 안부확인 및 정보제공, 말벗서비스 제공

〈표 4-4〉 계속

영역	서비스 종류	내용
수당 보조금	가족개호 격려금 지급	- 저소득자 중, 1년간 개호보험서비스를 이용하지 않은 요개호 4, 5급 대상자의 동거가족 대상 - 연간 10만 엔 지급
	입욕료할인, 경로우대 승차증 교부	- 70세 이상 노인대상 - 공중목욕탕 이용료 할인(440엔→270엔), 시영교통기관(버스, 지하철) 무료승차권 발급
여가활동	노인클럽	- 교양, 건강증진 관련사업, 세대간 교류, 자원봉사활동 실시
	노인복지센터	- 취미활동, 레크레이션 프로그램 실시
	이키이키 에이징센터	- 건강, 취미, 교육, 스포츠 등 관련강좌 개설 및 운영
	노인 쉼의 집	- 교양강좌, 레크레이션을 통한 노인의 심신건강 증진
평생교육 문화활동	고령자교육사업, 평생교육 룸 사업, 시립문화시설 경노우대제도	- 노인대학(1년/예능, 미술, 문학, 역사, 음악), 테마별 강좌 및 시각장애 고령자 대상 강좌 및 프로그램 실시. 종합생애학습센터, 시민학습센터, 초등학교 특별교실 활용한 생애학습 룸 운영, 시립 문화시설 무료입장
자원봉사 취업지원	실버볼런티어센터, 실버 인재센터, 고령자취업센터	- 60세 이상 노인 자원봉사활동 지원, 회원등록을 통한 임시적·단기적 취업제공, 노인취업 정보 제공 및 활동지원
건강지원	건강수첩, 건강교육, 건강 상담, 암 검진, 전염병 예방	- 건강관리 수첩, 식생활습관 개선지도, 지역건강강좌, 생활습관병 상담 및 예방사업, 암 검진, 결핵정기진단 및 독감예방접종
권리옹호	성년후견제도	- 성년후견제도 활용을 통한 권리옹호 사업
	안심 지원 사업	- 사회복지협의회, 복지서비스 이용지원 및 금전관리서비스 제공

자료: 오사카시 홈페이지(http://www.city.osaka.lg.jp/fukushi)

3) 노인복지서비스 방향성: 지역포괄케어시스템 구축

일본 노인복지서비스의 추진방향은 지역포괄케어시스템의 구축으로 대변된다고 해도 과언이 아니다. 지역포괄케어시스템은 지역사회의 실정에 맞추어 고령자가 가능한 한 지금까지 살아온 지역에서 잔존능력을 활

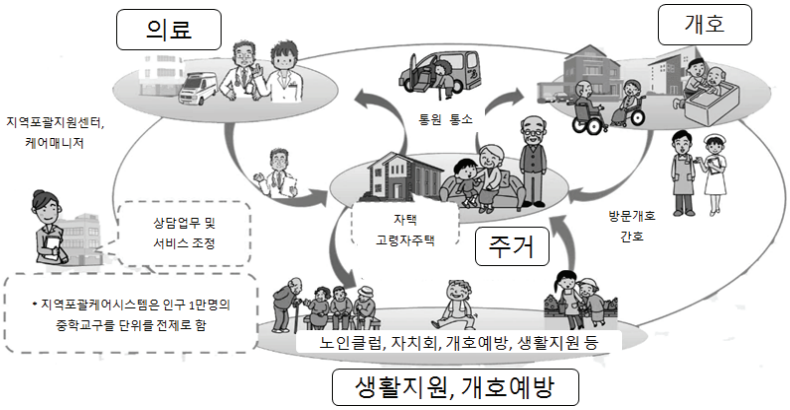
용하면서 자립된 일상생활을 유지할 수 있도록 하기 위해 의료, 개호, 개호예방, 주거 및 일상생활지원이 포괄적으로 확보된 서비스 제공체제를 말한다(厚生労働省医政局 2014).

지역포괄케어시스템은 고령자가 자택에서 약 30분 이내인 중학교 교구 정도의 일상생활권 내에서 자택 및 고령자주택 등 재가에서 생활하면서 의료와 개호서비스가 필요한 상태가 되었을 때는 방문간호, 의료 및 개호서비스를 종합적으로 이용하면서 지역사회에서 자립적인 생활을 계속해서 영위할 수 있도록 지원함을 기본으로 한다. 이처럼 소단위의 지역사회를 기반으로 한 의료, 개호, 주거, 생활지원 및 개호예방 등과 관련된 종합적인 서비스 제공이 향후 일본의 노인복지 제공시스템의 큰 흐름이라 할 수 있다.[42]

그러나 의료 및 개호서비스의 서비스 및 재정적 지역격차, 전문인력 부족, 서비스 기반 미비 등 지역포괄케어시스템의 작동을 위해서는 아직까지 수많은 과제를 안고 있다. 그럼에도 불구하고 지역포괄케어시스템이 중시되고 있는 것은 다름 아닌 고령자 복지정책 및 제도의 지속가능성을 담보하기 위한 수단이라는 측면이 있다는 점도 부정할 수 없다. 다시 말해, 정부 측의 재정안정화의 논리와 함께 지역사회를 중심으로 한 주체적인 서비스 제공체계의 구축 혹은 지역복지의 주류화라는 실천적 논리가 적절히 맞물려 지역포괄케어의 필요성이 제기되었다고도 할 수 있다.

42) 지역포괄케어시스템의 구축을 위해 후생노동성은 ① 재택의료 및 방문간호의 충실 등 의료와의 연계강화, ② 24시간 대응 가능한 정기순회·상시대응 서비스 등의 도입을 통한 재가서비스의 강화 및 개호서비스의 충실, ③ 건강수명 연장을 위한 개호예방 시책, ④ 안부확인 및 배식, 장보기 등 생활지원 서비스의 확대, ⑤ 서비스 제공형 고령자주택과 같은 고령자의 주거공간 정비 등을 추진하고 있다(厚生労働省医政局 2014).

〔그림 4-1〕 지역포괄케어시스템의 전체구조



자료: 厚生労働省医政局(2014).「全国医政関係主管課長会議資料」

3. 노인복지정책의 과제

일본 노인복지정책이 가지고 있는 과제에 대해 살펴보고자 한다. 첫째, 정책·제도의 지속가능성과 재정확보에 대한 국민적 합의가 요구된다. 앞서 언급한 바와 같이 노인의료, 연금, 개호 등 노인복지 관련 지출이 감당할 수 없을 만큼 증가함에 따라, 이 비용의 부족분을 국채발행 등 국가채무를 통해 충당하고 있다. 이러한 상황에서 최근 사회보장개혁의 방향은 제도의 지속가능성에 초점이 맞추어져 있다고 해도 과언이 아니다.

둘째, 세대 간 격차와 세대 내 격차에 대한 해결이 요구된다. 사회복지서비스 및 사회보험과 관련해서 기존의 고령자세대와 장래세대의 세대 간 격차가 심화되었다. 현 고령자 세대의 부양을 위해 청장년세대 및 장래세대에게 부담을 전가하는 구조의 사회보장 및 재정시스템의 개선이 무엇보다 필요한 시점이다. 한편, 같은 고령자 세대라 할지라도 연금수입을 포함한 빈부의 격차가 심화되고 있다. 연금수입 및 저축액과 재산규모에서 고

령자가 평균적으로 청장년세대보다 재정능력이 있다고 할 수 있다. 하지만 평균적인 수준이하에서는 무연금자, 생활보호수급자 등 사회적 약자로서의 고령자 또한 절반이상 존재한다는 점도 간과해서는 안 될 것이다.

셋째, 개호·의료(간호)·복지서비스 전문인력의 확보가 요구된다. 일본 고령자복지 정책의 중요한 추진과제 중 하나인 지역포괄케어시스템은 기존의 개호 중심의 서비스 기반을 넘어서 개호, 의료, 복지서비스 기반의 통합적인 구축을 의미한다. 그러나 현 상황에서는 개호 및 방문간호 인력 확보의 어려움, 지역밀착형 서비스 기반의 미흡과 지역격차 등 많은 과제를 안고 있다.

넷째, 사회적 고립 해결을 위한 제도 및 실천적 노력이 필요하다. 일본 사회는 무연사회로 표현될 만큼 고령자뿐만 아니라 전 세대에 걸쳐서 사회적 고립이 심각한 문제로 대두되고 있다. 고독사, 히키코모리(은둔형 외톨이), 개호자살, 고령자 범죄 등 많은 고령자문제들이 사회적 고립에서 기인한 것으로 추정된다. 한편, 이러한 사회적고립과 관련해서 청장년층에서 급증하고 있는 히키코모리나 니트(NEET: Not in Education, Employment or Training, 청년미취업자)는 장래에 무연금자 혹은 생활보호수급자의 가능성이 높다는 점에서 자립지원의 측면은 물론 사회보장비용의 측면에서도 예방적 접근이 필요한 부분이다. 이러한 사회적 고립을 해결 혹은 예방하기 위한 방안으로서 지역사회의 재생이 중요한 요소로 부각되고 있고, 마을공동체 만들기를 통한 해결방안들이 모색되고 있다. 이를 더욱 체계적이고 지속적으로 지원하기 위한 제도적 장치의 마련이 요구되며, 특히 지역사회 참여의욕이 높은 은퇴 고령자 등의 지역사회활동 지원방안이 필요하다.

제2절 독일

1. 초고령사회의 구조변화와 노인문제

가. 사회구조 변화

1) 정책적 변화

독일의 노인복지서비스는 1962년에 시행된 연방사회서비스법(BSHG, Bundessozialhilfegesetz) 75조에서 규정되었으며, 독일 노인 서비스 관리국(KDA, Kuratoriums Deutsche Altershilfe)이 신설되고 민간 복지 수발연방협회의 노인서비스 전문위원회 도입, 노인을 주제로 한 지속적인 전문가 회의 등을 통해 민간영역에서의 노인복지서비스 확산과 더불어 정부차원의 구조적인 시도가 있었다.

1968년에는 독일 연방노인계획이라고 불리는 노인세대를 위한 사회정책적 대책 지원 연방 프로그램이 실시되었다. 연방노인계획은 연방정부, 주정부, 지자체 수준의 경제적, 사회적 협력을 바탕으로 노인들의 더 나은 사회통합과 자의식 강화를 위한 개별서비스 보완을 목적으로 하였다(Aner 2010).

1970년대는 노인들의 정책욕구 분석에 대한 필요성이 대두되고 관련 학문의 발달이 이루어진 시기이다. 그러나 여전히 일상에서 노인복지서비스를 통해 노인의 수발욕구가 충족되기는 어려운 상황이었다. 주로 연방정부, 주정부, 지자체에서의 노인시설과 수발시설 등 주거시설에서 노인서비스가 제공되었다. 1974년에는 노인시설, 노인주거시설, 성인수발시설에 대한 법률인 '주거시설법(Heimgesetz)'이 제정되었다.

1980년대는 노인들이 노인정책의 주체로서 적극적으로 참여하기 시작

한 시기이다. 1986년부터 독일 노인협의가 정기적으로 독일 노인협의회(Deutsche Seniorentag)에 참여하기 시작했으며, 1989년부터는 로비조직인 노인조직 연방협회가 참여하였고, 노인들의 정당인 '회색당-은발의 표범(Die Grauen- grauer Panther)'이 출범했다. 그리고 같은 해에 첫 번째 노인보고서(Altenbericht)를 위한 위원회가 신설되었으며, 이는 현재 노인정책의 중요한 시발점인 주거시설법 개정으로 이어진다. 또한 1980년대에는 '생산적 노인(produktive Alter)'의 개념이 강조되었고, 1984년에는 '자조집단의 지원과 촉진을 위한 국가적 교류 및 정보처(NAKOS, Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)'가 설립되었다.

1990년에는 주거시설법(Heimgesetz) 개정을 통해 노인수발사를 확대하고 연방정부차원에서 노인수발사의 직업교육 단일화를 위한 노인수발법을 결의했다. 독일 연방은 급격히 증가한 초고령노인과 가족의 부담을 감소시키기 위해 1995년 1월 1일부터 수발보험(Pflegeversichrung)을 시행하였다(BMFSFJ 2013). 독일 사회법전 제11권(SGB XI)에는 수발보험에 대한 모든 중요한 사항들이 규정되어 있다.

독일 사회서비스 전반에 대한 규정을 담고 있는 독일 사회법전 제12권(SGB XII)은 2003년 제정되었고, 2005년부터 시행되고 있다. 이는 연방사회서비스법이라고 불리며, 71조에는 노인 사회복지서비스 영역에 대해 규정하고 있다. 또한 2008년 7월에 실시된 수발발전법은 수발보험이 수발요구자와 가족구성원의 욕구를 보다 충족시킬 수 있도록 개정하는 내용을 담고 있다. 수발발전법은 14개의 항목으로 구성되었다. 1항과 2항은 사회법전 제11권 개정에 대한 내용이고, 3항은 새로운 수발시간법 도입에 대한 내용을 담고 있다. 이에 따라 2008년 일과 가족수발의 양립을 개선하기 위해 수발휴직을 신청할 수 있는 수발시간법이 도입되었다. 하지만 수발시간

법에 의한 수발휴직은 경제활동중단으로 이어지는 결과를 초래했다. 이로 인해 경제활동을 유지하면서 가족수발을 병행할 수 있도록 지원하는 가족수발시간법을 제정하고, 2012년 1월 1일부터 시행하고 있다(BMAS 2009; 2013).

〈표 4-5〉 연대별 주요 노인 관련 정책 변화

시기	주요 정책 변화
1960년대	1962년 독일 연방사회서비스법 시행 1968년 독일 연방노인계획 실시
1970년대	1974년 주거시설법 제정
1980년대	1984년 자조집단의 지원과 촉진을 위한 국가적 교류 및 정보처 설립 1989년 노인정당, 회색당(Die Grauen) 출범
1990년대	1990년 주거시설법 개정 1995년 수발보험법 시행 독일 사회법전 제 11권(SGB XI) 제정
2000년대 이후	2003년 독일 사회법전 제 12권(SGB XII) 제정, 연방사회서비스법 2008년 수발발전법 시행 수발시간법 시행 2012년 가족수발시간법 시행

2) 경제적 변화

초고령사회국가로 진입한 독일은 인구학적 변화로 인한 경제구조의 변화가 일어나고 있으며, 구조적·제도적 개혁이 진행되고 있다. 독일의 경제적 변화에서 경제활동 인구 감소, 고용구조 변화, 노인관련 기술 발달, 마케팅 대상 변화, 경제활동 기간 감소와 연금 진입연령 증가를 살펴보았다.

첫째, 독일의 경제활동인구는 이미 감소세에 들어섰다. 2010년과 2035년 사이에 전체 경제활동 인구는 15% 감소하며, 반면 55세 이상의 경제활동수는 현재 11.5%에서 2025년에는 20% 이상으로 증가한다. 크

게 변동이 없다면 평균적인 경제성장은 연 1.5%정도 일 것으로 예측되고 있다(Fischer.et.al. 2013). 독일 정부는 감소하는 경제활동인구수에 대한 대안책으로 비경제활동인구의 활성화, 특히 여성 경제활동률 증가, 연금 수급연령 상승과 조기 취업을 통한 경제활동기간 증가, 교육과 재교육의 질과 접근성 개선, 실업자 통합과 활성화, 시간제 고용의 전일제 고용으로의 전환, 이주민의 제한적 확대 등을 제시하였다.

둘째, 고용구조가 변화하고 있다. 고용구조는 소비지출 패턴에 상당한 영향을 받는다. 노인의 소비패턴은 개인적 지출에서 집세와 주거비용(전기, 난방비 등), 의료와 건강관리를 위한 지출이 증가한 반면에 교통과 통신비 지출은 감소했다. 이러한 고령사회의 소비패턴은 앞으로도 지속되거나 강화될 것이며, 경제와 고용의 구조변화에 새로운 틀을 만들어낼 것이다. 2060년에는 보건분야에서 고용이 약 7% 상승하고, 교통분야에서는 5% 감소할 것으로 예상된다. 총 고용의 18% 정도에서 변동이 예상되며, 이는 일자리 6개 중 한 개는 변동이 있을 것이라는 의미이다(Fischer.et.al. 2013).

셋째, 다양한 영역에서 노인 관련 기술이 발달하고 있다. 노인 관련 기술의 발달은 특히 보건의료영역에서 두드러진다. 보건분야 재정은 사회연대적 구조로부터 나오고, 매우 혁신적인 고도 기술 발전을 바탕으로 하기 때문에 보건분야의 성장은 기술성장을 보여주는 지표가 되고 있다. 뿐만 아니라 기계와 통신영역 등에서도 노인 관련 기술발달이 나타난다. 최근 들어서는 노인교통사고 문제를 대응하기 위한 안전시스템이 활용되기도 하였다.

넷째, 노인이 시장에서 주요 마케팅 대상이 되고 있다. 이제 독일 기업은 유행에 민감한 젊은 소비세대에서 실버세대로 주된 전략집단을 옮기고 있다. 증가하고 있는 노인과 노인들의 높은 소비능력에 주목하지 않는다면 더 이상 성장할 수 없다고 판단했기 때문이다. 그래서 독일 기업의

마케팅에서 노인 집단이 점차 우선순위를 차지하고 있다.

다섯째, 경제활동지속기간은 감소한 반면, 연금진입연령은 증가하였다. 공적 연금보험을 지불했던 총 경제활동기간과 연금생활로의 전환양상은 노년기에 개별수입과 경제상황을 결정하는 중요한 두 요인이다. 연금액을 결정하는 경제활동기간뿐만 아니라 사람들이 경제활동을 마치고 바로 연금수급자가 되는지 아니면 연금을 받기 전 단계에 실업상태에 있는지에 따라 노년기의 경제상황이 달라진다(BMFSFJ 2013b).

3) 사회문화적 변화

독일의 사회문화적 변화는 다양한 측면에서 나타나고 있다. 첫째, 독일의 전체 인구수는 감소하는데 비해 가구 수는 증가하고 있다. 그 이유는 가구규모가 감소하고 있기 때문이다. 최근 2005년에서 2010년 사이에 1인 가구는 3,918만 가구에서 4,030만 가구로 증가한 반면, 다인가구는 2,448만 가구에서 2,411만 가구로 감소하였다. 평균 가구규모도 2.11명에서 2.03명으로 줄어들었다(Statistisches Bundesamt 2012). 앞으로 2025년까지 인구수는 약 4.5%(약 7,800만 명) 감소될 것으로 예상된다.

둘째, 인구구조의 변화는 세대관계의 변화도 가져오고 있다. 가족 내 세대관계와 사회적인 세대 관계는 다르게 나타나고 있다. 현재 독일 사회에서 가족 내 손자, 부모, 조부모의 관계는 대체적으로 과거보다 좋은 것으로 보여진다. 이는 노인들이 단순한 부양의 대상이 아니라 젊은 세대에게 자녀돌봄이나 경제적 도움을 통해 지원을 하고 있기 때문이다. 또한 젊은 세대도 빠르게 변화하는 사회에서 조부모에게 인터넷이나 통신 등을 통한 도움을 제공한다.

가족 내 세대관계와는 다르게 노인인구의 증가가 사회적으로는 젊은 세대에게 부담으로 작용하고 있다. 젊은 세대의 다수가 국가부채, 연금

상황, 지속적인 경제활동 가능성, 기후 변화와 에너지 사용 문제 등으로 인해 미래에 대해 부정적으로 인식하고 있다. 특히 유럽 전체적으로 젊은 세대의 실업률이 심각하게 높다. 그래서 대부분의 젊은 세대는 정부에게 질 높은 직업교육과 구체적인 고용계획을 요구한다. 주로 직업교육, 대학교육, 취업시기 교육, 가족, 일 등의 주제에 대한 정책적 관심이 높다. 사회정책적으로 젊은 세대와 노인세대의 관점과 선호도가 상당한 차이를 보이는 것으로 나타났으며, 특히 자녀가 없는 노인들의 경우는 교육이나 가족 정책 도입에 대한 정책적 관심이 거의 없었다. 다른 이해관계가 형성되어 있는데다가 부족한 연금기금과 높은 국가부채의 시기이기 때문에 어떤 정책분야가 가장 큰 예산을 할당받고, 어떤 연령 그룹이 우선순위로 이익을 얻는지가 중요해지고 있다(Munimus 2013).

셋째, 65세 이상 노인의 사회참여(Engagement)가 증가하고 있다. 경제적 번영과 사회적 발달을 경험하고 사회보장의 틀에서 연금수급자로서 생활하고 있는 현재 노인세대는 대부분 높은 교육수준과 다양한 경험지식이라는 좋은 자원을 가지고 있다. 이러한 노인들은 고령까지 건강하고 활동적으로 생활할 수 있으며, 노년기에는 직업적, 가정적인 의무에서 벗어나 자신의 시간을 스스로 결정하고 배분하며 일상생활을 할 수 있다. 이러한 현 노인세대들은 개인의 노년기 삶을 윤택하게 하고 사회에 지속적인 기여를 할 수 있는 사회참여에 적극적으로 참여하고 있다(Munimus 2013).

넷째, 노인상(Altersbilder)이나 노인인식의 중요성이 강조되었고, 실제로 노인에 대한 인식이 변하고 있다. 노인상이나 노인인식은 개인적인 노인상과 사회적인 노인상으로 구분된다. 개인적인 노인상은 신체적인 약화와 나이가 듦에 따라 개인적 발전을 수반한다고 인식하는 긍정적인 측면이다. 독일에서 개인적 노인상은 갈수록 긍정적으로 변하고 있다고 조사되었다. 특히 1996년에서 2002년 사이에 변화정도가 컸으며, 2002년과 2008

년 사이에는 긍정적인 수준의 노인인식이 유지되었다(Wurm.et.al. 2013). 반면 사회적 노인상에서는 긍정적인 변화가 아직까지는 크게 나타나지 않고 있다. 독일의 법률과 규칙에는 많은 연령 제한이 있으며, 특히 직업법, 공공 서비스, 사회법 등에서 많이 나타난다.

다섯째, 노년기의 여가활동은 사회적 교류, 육체적·정신적 건강에 긍정적인 영향을 끼치고, 일상생활을 잘 조직할 수 있도록 돕기 때문에 그 중요성이 대두되고 있다. 일반적으로 은퇴 이후에 여가활동이 상당히 증가하고 다양해질 것이라고 생각하지만, 독일 노인조사에 따르면(BMFSFJ 2013b) 은퇴 이후에 일반적으로 기대하는 정도의 여가활동 증가는 나타나지 않았다. 오히려 기존에 참여했던 여가활동을 유지하는 경우가 많았다. 높은 교육수준인 사람이 전체적으로 더 여가활동을 하는 것으로 나타났고, 연금생활 전에 일했던 사람들이 일하지 않았던 사람들보다 여가활동을 즐기는 것으로 나타났다.

4) 주거형태의 다양화

친구들이나 뜻을 같이 하는 사람들과 스스로 조직한 주거공동체(Wohngemeinschaften)를 이루고 살아가고 있는 노인들이 증가하고 있다. 주거공동체는 거주자들이 무엇을 원하는지에 따라 규모와 동거방식에서 매우 다르다. 가계운영은 거주자들 간에 합의 하에 이루어지며, 간혹 필요한 돌봄과 수발을 거주자들이 스스로 맡기도 한다.

돌봄 주거(Betreutes Wohnen)는 기초적인 서비스와 돌봄서비스가 이루어지는 무장애 주거(Babarrierefreie Wohnung) 방식을 말한다. 대부분 관리업무와 상담인력을 통한 상담이 이루어지며, 경우에 따라 필요한 수발서비스를 선택적 서비스로 이용할 수 있다. 선택적 서비스는 추가로 비용이 지불된다. 돌봄 주거형태는 상대적으로 높은 자립성을 필요

로 하고, 도움과 수발의 필요정도가 높아질 경우에는 수발시설 등으로의 이주가 필요할 수 있다는 것을 고려해야 한다. 돌봄 주거시설(Betreute Wohnanlagen)은 거주자들과 교류를 증진하고 종종 동호회들의 행사에 사용되어질 수 있는 공동공간을 가진다. 돌봄 주거에서의 관계는 법적으로 보호받지 못하기 때문에 제공되는 서비스에 대해 명확한 정보를 제공받아야 한다.

일반적으로 알려진 거주형태와 더불어 세대통합 주거프로젝트(generationsübergreifende Wohnprojekte)와 자립 주거공동체도 증가하고 있다. 이는 한 집에 젊은 세대와 노인세대가 함께 거주하고 서로 도움을 제공하는 방식이 도입된 주거 형태이다. 도움과 수발이 필요한 경우에 재가 수발서비스와 추가적인 복지서비스의 이용이 필요하다. 새로운 형태로 노인들이 젊은 동거자들을 집에 받아들이고 반대급부로서 주거지원서비스와 돌봄활동을 맡기는 방식의 주거방식도 등장했다.

노인들을 위한 돌봄 주거공동체(Betreute Wohngemeinschaften)는 대부분 도움이나 수발이 필요한 4~12명의 사람이 함께 거주한다. 거주자들은 자신의 생활공간과 침실을 갖고 주방과 같은 공동생활구역을 공유하며, 가능한 평범한 일상을 보낸다. 거주자들의 수발과 돌봄은 일반적으로 재가 수발서비스에 위임한다. 치매를 가진 사람들이 돌봄 주거공동체의 주된 대상이 된다(BMFSFJ 2010).

나. 주요 노인문제

1) 노인빈곤

갈수록 더 많은 연금수급자들이 연금만으로 생활할 수 없어서 정부의 추가 지원을 필요로 하고 있다. 생계비가 충분하지 않기 때문에 정부로부

터 기초생계보장(Grundsicherung) 지원을 받고 있는 노인은 2012년 말 기준, 약 46만 5천명으로 이는 전년보다 6.6%가 증가된 수치이다. 독일 연방 통계청은 10년 이내에 기초생계보장 지원을 받는 연금수급자의 수가 두 배 이상 증가할 것으로 예측하고 있다. 노년기 기초생계보장은 특히 서독지역 여성에게서 높게 나타난다. 서독지역의 65세 이상 여성 1,000명 중 33명, 그리고 남성은 1,000명 중 25명이 기초생계보장을 받고있다. 반면 동독은 여성 1,000명 중 21명, 남성 1,000명 중 18명이 지원을 받고 있다.[43]

2) 노인자살

독일에서는 한 해에 약 10,000명이 자살하고, 전체 인구 중에서 26%인 60세 이상 인구가 전체 자살 인구 중에서는 40%를 차지하고 있다. 60세 이상은 거의 2시간 마다 한 명이 자살을 하는 것이다. 노인 자살의 경우 다른 사람들이 자살로 인지하지 못하는 경우도 있기 때문에 실제 자살 인구는 보다 많을 것으로 추정된다(Arbeitsgruppe Alte Menschen im NationalenSuizidpräventionsprogramm für Deutschland 2013). 독일에서 자살인구는 연령이 높을수록 증가하며, 자살평균연령도 상승하였다. 1998년에 자살 평균연령은 53.2세였고, 2011년에는 56.8세로 증가했다. 남성의 경우 1998년 51.6세에서 2011년 56.8세로 증가하였다. 반면 동일한 기간에 여성은 57.6세에서 59.2세로 남성에 비해 상승폭이 상당히 적었다.

43) manager-magazin. (Oct. 22. 2013). 900.000 Menschen brauchen Grundsicherung. http://www.manager-magazin.de/politik/artikel/mehr-alte-menschen-bekommen -sozialhilfe-a-929242.html 에서 2014. 5. 7 인출

3) 노인범죄 및 노인 대상 범죄 증가[44)]

최근 노인범죄가 꾸준히 증가하고 있다. 2002년에서 2012년 사이 60세 이상 범죄가 약 8% 증가하였고, 2012년 기준 연방 수사청에 15만2천건이 등록되었다. 특히, 경제적 문제와 관련된 노인범죄가 많이 발생하고 있어 노인범죄에 있어서 노인빈곤이 중요한 역할을 하는 것을 알 수 있다. 또한 범죄 통계에서 60세 이상 범죄에는 다른 연령대에 비해 명예훼손, 협박, 주거침입 등과 같은 위반의 사례가 많았다. 뿐만 아니라, 노인을 대상으로 한 범죄도 증가하고 있다. 특히 수발 시 가정폭력의 사례가 증가하였다. 연방 범죄통계에 따르면, 60세 이상의 범죄 피해자는 2012년에 약 5만5천명이었으며, 이는 전년도에 비해 약 2천명이 증가한 것이다.

4) 지역 인구 불균형[45)]

독일의 전체 인구수가 감소하는 동시에 평균연령은 증가하고 있다. 전문가들은 앞으로 20년 안에 실제적으로 인구변화의 결과를 체감할 것이라고 말한다. 많은 직업군에서 차세대 인력이 부족해질 것이고 인구 감소지역과 인구증가지역의 지역적 차이는 심화될 것이다. 특히 지역 간 인구불균형은 이미 심각한 상황으로 인구감소지역에서의 문제점들이 드러나고 있다. 기존에 거주하던 젊은 사람들이 경제적으로 취약한 외곽지역인 구동독 주를 떠나고 있기 때문에 인구의 4분의 1 정도가 감소하였다. 젊

44) Spiegel. (Oct. 9. 2013). Polizei registriert mehr kriminelle Senioren. http://www.spiegel.de/panorama/justiz/wachsende-seniorenkrimialitaet-stellt-polizei-vor-herausforderungen-a-926994.html에서 2014. 5. 7 인출

45) Steffen Kröhnert. (May. 11. 2006). Zur demografischen Lage der Nation. bpb. http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/70883/demografische-lage-der-nation에서 2014. 5. 8 인출

은 사람들이 부족한 지역은 미래에 가족을 형성할 수 없으며, 실제로 심각한 출산 수 감소도 나타나고 있다. 반면에 서독 지역은 독일 인구이동으로 인해 경제적으로 상당한 이익을 보고 있다. 앞으로 독일 연방 전체 인구는 감소할 것으로 예측되지만, 젊은 사람들에게 미래를 약속하기에 충분히 매력적인 지역만은 계속 성장하거나 그대로 유지될 수 있을 것으로 보인다.

5) 수발 전문인력 수급 문제[46)]

독일의 수발인력은 현재 3만여 명 부족하고, 2016년까지는 약 4만 명이 부족할 것으로 예상되고 있다. 수발분야에서 전문인력 부족은 이미 시급한 문제이다. 고용연방기구(Bundesagentur für Arbeit)는 2016년 말에는 약 1만 9천여명의 노인수발 전문인력이 부족할 것이라고 예측하였다. 특히 시험을 통해 자격이 부여되는 수발전문인력의 부족은 이미 심각한 실정이다. 수발전문인력의 실업률은 2008년 8월부터 2013년 8월까지 5년 사이에 52% 감소한 반면, 수발전문인력에 대한 수요는 126% 증가했다.

6) 수발 비용부담 증가와 해외 노인시설로의 이주 문제[47)]

해외 수발시설을 이용하는 이유는 독일에서의 수발시설 비용이 상당한 부담이 되기 때문이다. 독일에서 수발주거시설을 이용할 경우 보통 한 달

46) Epoch Time. (Sep. 14. 2013). Bundesagentur: Bis 2016 fehlen fast 40.000 Pflegekräfte. http://www.epochtimes.de/Bundesagentur-Bis-2016-fehlen-fast-40000-Pflege kraefte-a1092375.html에서 2014. 5. 8 인출

47) ZDF. (Aug. 22. 2013). Pflege im Ausland - gut und günstig?. http://www.zdf.de/volle-kanne/pflege-im-ausland-29395408.html에서 2014. 5. 8 인출

에 평균 2,900유로를 지출한다. 헝가리, 폴란드, 체코 등지에 있는 시설은 한 달에 약 1,400유로 정도이다. 해외의 수발주거시설은 무엇보다 가격 경쟁력 면에서 장점을 가지고 있고 잘 교육된 수발인력을 통해 24시간 돌봄을 받을 수 있으며 매우 다양한 서비스를 제공하고 있다.

독일 공영방송 ZDF는 2013년 8월에 독일인들이 해외 수발주거시설로 이동하고 있는 현황과 문제점에 대해 심층 보도했다. 그 내용을 보면, 해외 수발주거시설 이용 시 수발보험조합에서 지급되는 수발수당을 상당히 적게 받거나 아예 받을 수 없게 된다. 또한 수발에 필요한 본인의 재정과 자녀의 부모부양능력을 고려하여 지급되는 사회부조도 이용이 불가능해지며, 유럽 이외 국가에서는 연금수급자들이 독일 사회보장체계로부터의 서비스를 받지 못하게 된다.

해외 수발시설에 거주할 경우 가족방문이나 사망시 이동경비 등으로 추가 비용이 발생하며, 의료서비스 등에 대한 명확한 규정이 없을 수 있고 법적인 문제가 발생했을 때 적절하게 해결하기 어려울 수 있다. 그리고 가족이나 친인척이 인근에 거주하면서 자주 방문하게 되면 수발시설에서 발생하는 불충분한 수발의 위험이나 잘못된 부분을 조기에 쉽게 발견할 수 있지만 해외에서 수발할 경우 문제가 발생했을 때 초기에 대처하기 어렵고 소비자 보호를 받기도 어렵다.

7) 이주 배경을 가진 노인 문제

이주민이 증가하고 거주한 기간이 길어질수록 이주 노인도 증가하고 있다. 제5차 노인보고서(2006)에서는 수발이 필요한 이주민들의 증가에 대해 다루고 있다. 독일 연방에는 독일 이외 출신의 60세 이상 인구가 약 50만 명이 있으며, 해당 인구는 앞으로 급격히 증가할 것이라고 예상하고 있다. 따라서 다른 문화권에서 온 사람들의 욕구에 따른 복지서비스와 욕

구에 맞는 돌봄을 제공하는 것이 중요해지고 있다. 독일 연방 가족·노인·여성·청소년부의 조사에 따르면, 이주 노인들은 정신적, 정서적 부담으로 인해 다른 집단의 노인들에 비해 건강상태가 나쁜 편이다. 그리고 노인지원 제도와 돌봄서비스에 대한 정보부족이 상황을 더 악화시키기도 한다(BMFSFJ 2006).

2. 초고령사회와 노인복지정책

가. 초고령사회 대응 전략 플랜 수립(노인복지정책)

1) 독일 노인복지정책의 기본 방향

연방정부 노인복지정책의 기본 방향성을 노인복지정책의 연방담당부처인 독일 연방 가족·노인·여성·청소년부의 노인보고서(Altenbericht)와 노인복지서비스의 법적 근거가 되는 독일 사회법전 제 12권(SGB XII) 71조를 통해서 살펴보고자 한다.

독일 연방 가족·노인·여성·청소년부는 1993년부터 전문가들로 구성된 위원회를 조직하여 의회 임기마다 한 번씩 노인보고서(Altenbericht)를 발표하고 있다. 노인보고서를 바탕으로 노인정책이 결정되기 때문에, 현재 독일 노인정책의 기본 방향은 2006년 발행된 제5차 노인보고서와 2013년 발행된 제6차 보고서를 통해 정리해 볼 수 있다.

먼저, 제5차 보고서(2006)에 따르면 노인정책은 노인들에 대한 새로운 상을 발전시키고 안착시키는 것을 기본 목적으로 하고 있다. 인구학적 변화는 사회전체가 새롭게 사회구조를 만들어가며 극복해야 할 사회경제적 과업이기 때문에 젊은 세대의 부담으로 귀결되어지는 정책이 아니라 노인의 잠재성을 지금까지보다 활용해야 함을 강조한다. 이를 위한 독일의

사회적 비전으로서 공동책임과 세대 간 연대, 평생교육과 예방, 혁신 원동력으로서의 노인 등 3가지를 제시하였다. 여기서 제시하는 비전의 기본 관점은 다음과 같다. 개인은 공동의 삶을 영위하고자 하는 욕구를 가지고 있기 때문에 인간은 서로 다른 사람들과 함께 존재하고 사회참여를 하는 것이다. 노인들이 젊은 세대를 위해 재정적이나 감정적인 지원을 제공하고 세대 간 연대를 위해 기여함으로써 공동책임을 함께 질 수 있다. 또한 사람은 전 생애에 걸쳐 배울 수 있는 학습능력을 가지고 있다. 그래서 노인들은 고령까지 문화적, 기술적인 혁신을 배우고 생산적인 방식으로 사용할 수 있다. 더 나아가 노인은 노동시장, 시민사회참여, 개인적 삶의 영역에서도 자신의 지식과 경험을 결합시켜 새로운 아이디어와 해결방안을 발전시킬 수 있는 창의성을 가지고 있다.

제5차 노인보고서(2006)에서 제시하고 있는 8가지 실행영역은 경제활동, 교육, 가족과 사적 네트워크, 노인의 사회참여와 사회봉사, 노년기 소득보장, 경제요소로서의 노인 건강증진과 예방, 이주 노인 등으로 구성된다. 첫째, 노인들의 경제활동을 장려하기 위해 노인들의 고용능력 개선과 유지를 위한 방안을 강구한다. 둘째, 노인 교육영역을 확대한다. 연방정부는 주정부와 지자체의 노인 교육서비스 향상을 위해 지원을 강화하고 있다. 셋째, 가족과 사적 네트워크 강화이다. 지속가능한 가족정책의 맥락에서 개인의 욕구, 개인의 사적 네트워크, 시민의 사회참여를 고려하고 여러 세대가 서로 돌보고 책임을 공유할 수 있는 강한 연대를 가진 공동체를 목표로 한다. 넷째, 노인의 사회참여와 사회봉사이다. 연방정부는 노인들의 잠재력과 능력을 자신과 사회를 위해 사용함으로써 사회연대에 기여하도록 해야 한다는 목표를 밝히고 있다. 다섯째, 노년기 소득보장이다. 현재 노인들의 평균적인 빈곤위험을 지적하며, 노인들의 상황 파악과 대책마련을 추진한다. 여섯째, 경제요소로서의 노인이다. 노인의 욕구와

관심을 파악한다면, 시장의 발전, 고용과 성장을 위한 새로운 관점을 얻게 될 것이라고 보고 있으며, 노인 관련 분야를 파악하고 지원하기 위한 프로젝트들을 시행하고 있다. 일곱째, 건강증진과 예방이다. 보건분야의 강력한 예방조치, 예방적 대책 문화, 보장성 높은 기업의 건강지원대책의 도입 등을 통해 노년기 건강을 증진하고 노인의 잠재력을 사용할 것을 강조한다. 여덟째, 이주 노인문제이다. 연방정부는 이주 노인 증가에 관심을 기울이고 있으며, 건강돌봄과 노인복지서비스 기관의 연계를 통해서 이주민 상담과 이주민 사회사업을 강화하고 있다.

다음으로 발행된 제6차 노인보고서(2013)에서는 정책적인 논의와 다른 사회적 영역에서 지배적인 노인인식을 조사하고 그 결과를 보여주었다. 그리고 다양한 영역에서 노인과 노화에 대한 이해도를 높이기 위한 방안을 10가지로 제시하고 있다. 방안의 내용을 살펴보면, 조직적 과제로서 인구학적 변화 이해, 노인의 새로운 문화 발전, 생애시간 관점 강화, 개인적·사회적인 조직 과제로서 노화 인식, 모든 연령을 위한 권리와 의무로서 교육 인식, 연령으로 인한 부정적·긍정적인 차별 방지, 노동시장에서의 노화에 대한 새로운 관점 형성, 장수사회에 적합한 보건정책, 수발의 확장된 개념 인식, 시민사회에서 자기책임과 협력, 문화적 차이 인식하고 형성하기를 골자로 하고 있다(BMFSFJ 2013a).

2005년부터 시행되고 있는 독일 사회법전 제12권은 연방사회서비스법(Bundessozialhilfegesetz)이라고 불리며, 71조에 노인복지서비스(Altenhilfe)에 대해 규정하고 있다. 71조에는 노화로 인해 발생하는 어려움을 해결하거나 완화시키는 것과 노인들이 사회적 삶을 살아갈 기회를 제공하는 것을 노인복지의 목적으로 규정하고 있다. 노인복지서비스의 영역은 노인의 욕구에 따른 사회적 활동과 사회참여 지원 서비스, 노인의 욕구에 맞는 거주지 형성과 유지 지원 서비스, 노인 돌봄 시설의 사정단계에서

상담과 지원 서비스, 노인 대상 사회서비스 이용 시 상담과 지원, 사교, 소통, 교육, 문화 영역에서의 행사나 시설 방문을 위한 서비스, 노인의 주변 관계망 형성과 교류 지원 서비스 등으로 구성된다. 노인복지서비스는 개별적인 상담과 지원을 통해 현재 소득이나 재산에 대한 고려 없이 시행된다.

2) 수발직업법(Pflegeberufegesetz)[48]

새로운 수발직업법의 핵심은 연방정부가 직업교육을 포괄적이고 일반적인 수발직업교육으로 통합하는 것이다. 수발영역에서 직업교육과 함께 학문적인 교육방법의 발전뿐만 아니라 수발사들의 전문성 보장과 취업기회도 개선될 것으로 기대하고 있다. 수발직업법을 통해 통합적으로 교육된 수발인력들은 재가, 단기시설, 시설에 거주하는 만성질병, 합병증, 치매를 앓고 있는 노인을 돌볼 수 있는 능력을 습득하게 된다. 전문적인 교육을 받은 인력들이 보다 유연하게 재가 수발, 요양시설, 주거시설, 야간 수발시설, 호스피스 기관, 병원, 대체 주거 형태 등 다양한 현장에 투입되어 서비스를 제공할 수 있게 된다.

2012년 3월 1일, 연방·주정부 부처 위원회(Bund-Länder-Kommission)는 3년간의 통합적인 새로운 수발교육에 대한 제안서를 제출했다. 수발직업법에 따른 수발직업교육은 최소 4,600시간이고, 이론과 실습 수업에 2,100시간, 실제 현장실습 교육으로 2,500시간을 이수해야 한다. 이론적으로는 현재 수발과 의료적인 지식의 기초와 수발필요의 개념을 습득한다. 그리고 의료적으로 위임된 활동, 자기책임하에 자립적인 직무수행, 자기 결정이나 행동권한 사용에 대해 사전에 준비할 수 있도록 교육한다.

48) Pflege.de. (2014). Neues Pflegeberufegesetz: Was Entscheider wissen sollten. https://www.pflege.de/magazin/fachinformationen/pflegeberufegesetz에서 2014. 5. 9 인출

3) 가족수발시간법(Familienpflegezeit)[49]

독일 연방정부는 가족 수발과 경제활동의 양립을 지원하기 위해 가족수발시간법(Familienpflegezeitgesetz)을 제정하고 2012년 1월 1일부터 시행하였다. 가족수발시간은 근로자들이 가족구성원을 돌보면서 계속 경제활동을 병행할 수 있도록 근무시간을 단축할 수 있는 기회를 준다. 이를 통해 근로자들은 경력 단절을 경험하지 않고 지속적으로 직업활동을 하면서 가족을 돌보고 연금도 중단되지 않기 때문에 현재와 미래에서 모두 재정적 안정성을 보장 받게 된다. 감소된 급여액에서 전일 근무 수준의 연금 청구를 할 수 있고, 가족수발시간 사용 중에도 수발보험 서비스를 이용할 수 있다. 기업도 숙련된 근로자의 근무연속성을 보장함으로써 이익을 얻을 수 있다.

가족수발시간법상, 최대 2년 동안 노동시간을 단축할 수 있지만, 주당 최소 15시간 노동시간은 유지해야 한다. 가족수발시간 동안에는 단축된 시간에 해당하는 급여에 시간 단축로 인해 감액된 보수의 절반을 더한 급여를 받는다. 예를 들면, 노동시간이 100%에서 50%로 감소되었을 때, 감액된 50% 급여의 절반인 25% 급여를 더하여 마지막 세전 급여의 75%의 급여를 받게 된다. 가족수발시간에서의 급여는 선불 개념이다. 선불된 급여액이 상쇄될 때까지 이전 노동시간으로 복귀해서도 계속 감액된 급여를 받아야 한다. 가족수발시간 동안 부당 해고 보호권이 있으며, 이는 수발기간 뿐만 아니라 수발이후 기간에도 적용된다.

그러나 가족수발시간을 사용하기 위해서는 몇 가지 전제조건들이 충족되어야 한다. 먼저, 가족수발시간을 사용하기 원하는 근로자들은 고용주

49) Deutsche Seniorenliga e.V.(2013). Familienpflegezeit. Bonn: gefördert vom BMFSFJ.

의 동의가 필요하다. 양자 간에 합의가 되었다면 노동시간, 가족수발시간의 시작 시기와 기간, 이전 주간근무시간으로 복귀, 급여 보충과 이후급여 조정에 대한 정보를 반드시 포함하여 문서화된 합의서를 작성해야 한다. 수발 가족구성원의 죽음 등과 같은 이유로 원래 종료 시점 이전에 수발이 끝났을 때에는 가족수발시간 사용 이전 업무로 복귀할 수 있다. 근로자들은 가족구성원들이 실제로 수발이 필요하다는 것을 지속적으로 증명해야 한다. 그리고 급여가 선불로 이루어지기 때문에 가족수발시간 사용자의 경제활동 불능이나 죽음의 위험에 대비해서 가족수발시간의 사용을 위한 보험을 가입해야 한다. 기간제 근로자와 인턴 직원의 경우는 가족수발시간이 최대 고용 또는 직업교육 기간의 절반을 넘지 않아야 한다. 선불급여가 남은 고용기간이나 직업교육기간에 보충되어져야만 하기 때문이다.

가족수발시간은 고용주와 피고용인 사이에 개인적인 합의에 의해 이루어진다. 가족수발시간 이용에 대한 법적 권리는 없다. 즉, 고용주가 피고용인의 가족수발시간을 허용하지 않는다고 해서 법적으로 책임을 물을 수 있는 권리는 없는 것이다. 그러나 법적인 인센티브 없이도 큰 성과가 있었던 노인 시간제 근로 모델(Modell der Altersteilzeit) 사례를 바탕으로 가족수발시간도 실제 노동현장에서의 성과를 기대하고 있다.

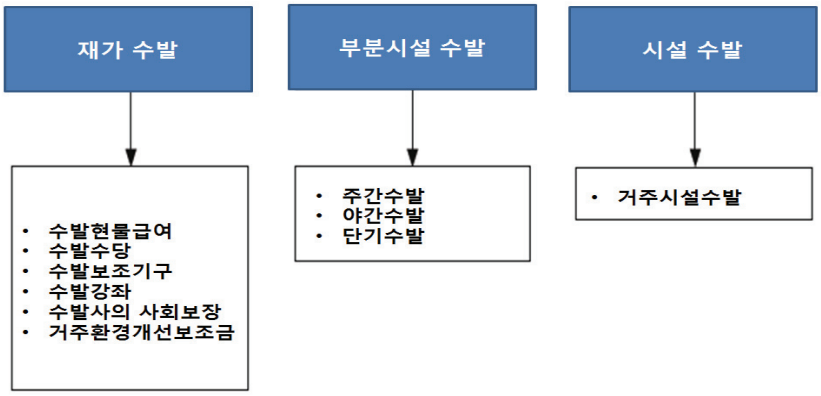
나. 초고령사회의 노인복지서비스 현황

노인을 위한 사회서비스는 크게 의료보험법에 의한 보건의료서비스, 수발보험법에 의한 수발서비스, 연방사회서비스법에 의한 노인복지서비스로 나누어 볼 수 있다. 여기에서는 독일 사회법전 제11권과 12권을 근거로 한 수발서비스와 노인복지서비스를 중심으로 정리해보고자 한다.

1) 수발서비스

수발보험법에 따른 수발지원은 크게 재가 수발, 부분시설 수발, 시설수발로 나눌 수 있다. 그리고 현재 수발보험법에서 규정하고 있는 서비스의 내용을 세 가지 수발 형태에 따라 정리해볼 수 있다.

〔그림 4-2〕 수발보험법의 서비스



자료: Bäcker et al. 2010:185

먼저, 재가 수발을 받을 수 있도록 수발보험조합 및 수발거점지역에 수발상담사들과 지역사회에 있는 상담소들이 지원서비스를 안내한다. 재가 외래지원(ambulanten Hilfen)인 기본 수발서비스와 가사지원서비스는 가족을 통해 이루어지는 돌봄을 보완하는 방식으로 사용된다. 가사지원서비스는 예를 들면 장보기 서비스, 운전 서비스, 주거긴급전화와 같은 서비스 등을 말한다. 재가 수발은 수발보험조합을 통해서 받을 수 있을 뿐만 아니라 개인적으로 고용한 가정수발인력을 통해서도 수발과 부양을 받는 것이 가능하다. 개인적으로 고용한 가정수발인력도 동일하게 각 고용관계에서 사회보험납부액과 급여세가 지불되어야 하며, 수발인력의 휴가나 근무

시간결정과 같은 노동권리도 보장받아야 한다(BMFSFJ 2013c). 수발보험법에서 재가수발과 관련하여 규정하고 있는 수발서비스는 다음과 같다.

〈표 4-6〉 재가수발서비스 종류 및 내용

급여종류	급여내용
수발현물급여	- 현물서비스로서 기본수발과 가사지원서비스에 대한 권리를 가짐 - 재가수발지원은 수발보험조합 또는 수발보험조합이 청구계약을 체결하여 고용되어 있는 외래 수발기관에서 개인에게 적합한 수발인력을 파견하여 제공함 - 수발보험조합과 계약을 체결한 개인을 통해서도 재가 수발서비스가 제공 되어질 수 있음
수발수당	- 수발수당은 수발요구자가 기본수발이나 가사지원서비스를 받지 않고 자신이 가족이나 개인적인 수발사를 고용하는 등의 방식으로 스스로 수발을 해결할 경우 청구할 수 있음 - 기본수발과 가사지원서비스 정도에 상응하는 수발수당을 받게 되며, 매달 수발 등급에 따라 차등 지급됨
현금급여와 현물급여 혼합	- 수발요구자가 현물급여를 부분적으로 사용한다면, 부분수발수당과 함께 이용 가능 - 수발수당은 수발요구자가 현물급여를 이용하였던 것을 백분율로 하여 감액
수발사 부재 시 재가수발지원	- 수발사가 요양휴가, 질병이나 다른 이유로 수발을 하기 어려울 때 수발보험조합은 필요한 대체수발의 비용을 최대 4주 동안 부담함
수발보조도구 (Pflegehilfsmittel) 지원	- 수발부담 경감, 수발요구자의 어려움 완화 또는 자립 생활이 가능하도록 도와주는 수발보조기구를 지원 - 수발보험조합은 수발전문가나 의료진의 참여 하에 신청된 수발보조기구의 지원 필요성을 점검
가족구성원이나 사회봉사 간병인을 위한 수발강좌	- 교육강좌는 수발영역에서 사회봉사참여 권장 강화, 수발과 돌봄 개선, 수발에 따른 육체적, 정신적 부담 완화를 위해서 무료로 실시
수발사의 사회보장	- 수발사가 정기적으로 더 이상 주당 30시간 이상 일을 할 수 없을 경우에 수발사의 사회보장 개선을 위해 수발보험조합과 민간 수발의무보험을 담당하는 민간 보험회사가 법적 연금보험 관할 기관에 납부금을 지불
수발시간 사용 시 수발인의 사회보장 지원	- 수발시간법에 따라 수발을 목적으로 휴직하거나 노동시간을 감축하는 노동자는 의료보험이나 수발보험을 위한 보조금을 받음
주거환경개선	- 기술적 지원을 통한 재가수발이 가능함. - 수발부담이 상당히 경감되거나 최대한 자립생활이 가능할 경우, 수발요구자의 개인 거주환경을 개선할 수 있는 보조금을 지원함 (단, 보조금은 2,557유로를 넘지 않아야 함)

부분시설 수발서비스(Teilstationäre Pflegeangebote)와 단기 수발서비스(Kurzzeitpflege)는 수발을 하는 가족구성원들의 수발 부담을 잠시 감소 시켜준다. 주간 또는 야간수발은 특히 일상생활에 제한을 받거나 낮밤이 바뀐 치매를 앓고 있는 사람들에게 적합하다. 단기 수발서비스는 간혹 병원에서 집으로 이동하는 시기에 수발이 필요한 사람들의 재활을 위해 사용된다. 수발보험법에서 부분시설 수발과 관련한 규정은 다음과 같다.

〈표 4-7〉 부분시설 수발 관련 규정

구분	규정
주간수발 (Tagespflege) 및 야간수발 (Nachtpflege)	- 재가 수발로는 충분한 정도의 수발을 제공하기 어려울 경우나 재가 수발의 보완이나 강화가 필요하다면, 수발요구자는 주간수발시설이나 야간수발시설에서 부분시설 수발서비스를 이용 가능함 - 부분시설 수발은 집과 주·야간수발시설 간에 이동서비스도 포함
단기수발 (Kurzzeitpflege)	- 수발요구자가 주거시설 치료를 결정하는 과도기이거나 재가 또는 부분시설 수발로는 가능하지 않고, 충분하지 않은 특별한 위기상황일 경우에 거주시설에서 일정시간 동안 단기수발이용 가능함 - 단기수발 사용은 일 년에 4주로 제한됨

시설수발은 수발이 필요한 사람들에게 포괄적인 수발과 돌봄을 제공한다. 수발거주시설에는 일반적으로 20명~200명의 사람들이 거주한다. 일부 수발시설은 거주자들의 필요에 따라 특화된 돌봄서비스를 제공한다. 예를 들어 치매노인을 위한 맞춤형 주거 환경이나 추가적인 돌봄서비스 또는 혼수상태 환자들을 위한 수발병동이 있는 거주시설 등이 있다. 수발거주시설은 안정성을 보장하는 법적인 기준과 규정이 있고 수발이 필요한 사람들에게 포괄적인 돌봄을 제공하는 것이 의무화되어 있다. 일반적으로 수발시설은 수발돌봄분야 인력 중에서 전문인력이 최소 50%를 차지해야 한다. 또한 건축 규정 상 무장애 공간과 화재예방 규정을 지켜야 한다.

수발거주시설에서는 수발과 함께 식사, 청소, 빨래 등 일상적인 돌봄이

제공되기 때문에 거주자들은 24시간 돌봄을 받는다. 수발거주시설에 항상 수발전문인력이 있다면, 돌봄 주거공동체에 근무하는 수발인력은 일반적으로 아침과 저녁 시간에 서비스를 제공한다. 거주자가 의료적 치료수발과 같은 특수한 수발이나 돌봄이 필요한 경우에는 돌봄 주거공동체에 수발전문인력이 투입되게 된다. 수발보험법에 명시된 거주시설과 관련한 규정은 다음과 같다.

〈표 4-8〉 시설수발 관련 규정

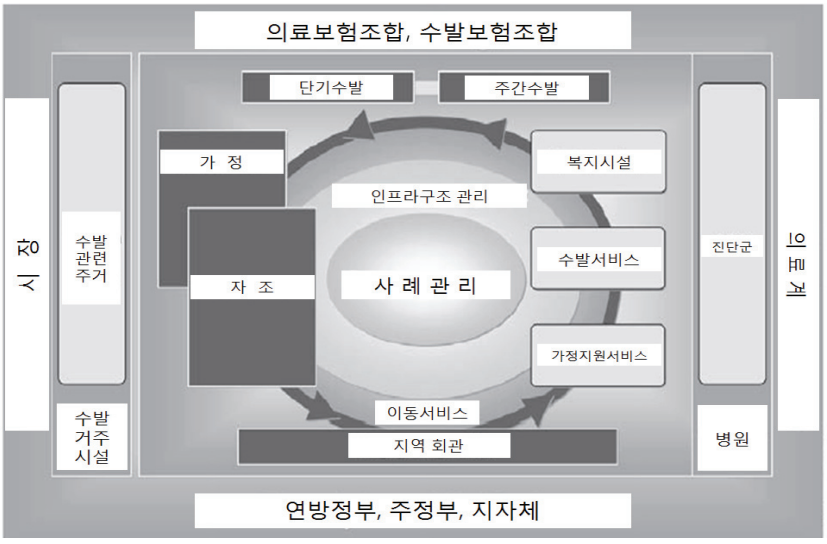
구분	규정
거주시설 (vollstationäre Pflege)	- 재가 또는 부분시설 수발로 가능하지 않거나 개인적인 특별한 이유가 있을 경우, 거주시설에서 수발 이용 가능 - 수발시설에 있는 수발요구자는 수발등급에 따라 수발 서비스, 의료적 치료수발 서비스 등에 따른 전체 서비스금액을 수발보험조합에 청구함.
장애인지원 거주시설에서의 지원	- 장애인지원 거주시설에 있는 수발요구자가 경제활동, 사회참여, 학교 직업교육, 장애인의 양육지원 등에 참여할 경우 수발보험조합은 이를 보상함. - 하지만 수발보험조합의 지원은 1인당 월 256유로 이하임

2) 지역 노인복지서비스

노인복지서비스는 연방사회서비스법인 독일 사회법전 제12권 71조를 바탕으로 실시된다. 71조는 노인의 사회적 활동과 사회참여 지원 서비스, 노인에게 적합한 거주 지원 서비스, 노인 시설 이용 상담 및 지원 서비스, 노인 사회복지서비스 이용 상담 및 지원 서비스, 사회적 교류·교육·문화 영역 서비스, 주변 관계망 형성 서비스가 제공되어야 함을 규정하고 있다. 지역 노인복지서비스는 연방사회서비스법에 근거하여 실시되지만, 구체적인 시행전략은 지자체별로 다르다. 하지만 기본적으로 노인복지서

비스가 사례관리를 바탕으로 전체적인 사회서비스 전달체계 안에서 전달된다는 점은 같다. 실제 지자체에서는 가정 내 돌봄과 생활을 지원하고 예방하는 지원 체계와 인프라 구조를 바탕으로 직접적인 수발 서비스를 제공하는 체계가 연동하여 시행된다. 〔그림 4-3〕 지역 노인복지서비스의 전체 구조를 시각적으로 보여준다.

〔그림 4-3〕 지역 노인복지서비스 구조



자료: Asam, 2010: 66

3) 기타 시범 프로젝트 및 지원 프로그램

독일 연방정부는 연방사회서비스법에 규정되어 있는 노인복지서비스를 실시하기 위한 인프라 확산과 당면한 노인문제를 해결하기 위해 주정부 및 지자체와 협력하여 다양한 시범프로젝트와 지원 프로그램을 실시하고 있다.

○ 사회적 주거 – 노년의 집(Soziales Wohnen – Zuhause im Alter)

독일 노인의 50% 이상이 하루 중 최소 20시간을 집에서 보내고 있다.[50] 독일연방가족부는 노인주거시설 대신에 자신의 집에 거주하면서도 사회와 소통하며 생활할 수 있도록 지원하는 새로운 방식의 주거에 대한 시범 프로젝트인 사회적 주거 지원프로그램(2010~2015년)을 실시하고 있다(BMFSFJ 2013a).

노년기 주거는 주거환경, 주변인, 소속된 인프라 구조를 모두 포함하는 개념이며, 이를 통해 노인들이 자립적이고 자기결정적인 삶을 살 수 있도록 돕는다. 노년기 주거는 정책분야에서만 해결해야 할 문제가 아니라, 지역사회, 주택경제, 조합, 노인 단체, 시민사회가 노인들이 지역사회에서 안정적으로 살고, 동시에 사회적 삶에 참여할 수 있도록 함께 기여해야 한다는 기본 가치를 바탕으로 한다(BMFSFJ 2013a). 사회적 주거 프로그램은 크게 4개 영역(기술지원 주거[51], 기능 자격인증[52], 이웃도움, 사회복지서비스)으로 나뉘어 진행되고 있다.

사회적 주거는 이웃 상부상조를 토대로 한 지역사회 환경을 조성하고, 이를 바탕으로 한 돌봄을 제공하는 혁신적 접근이다. 지역사회의 여러 복지단체들에 의해 사회복지 서비스가 지속적으로 개발·실시되며, 가족을 기반으로 하면서도 전문적이고 시민 참여적인 프로그램들을 연계하여 하

50) BMFSFJ(Jun. 25. 2014). Zuhause im Alter - Wohnen im Alterhttp://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=128292.html에서 2014. 6. 25에 인출.

51) 공개입찰을 통해서 사용 편의성이 높은 기술을 지원한다. 필요할 때 스스로 스위치가 작동하는 생각하는 가전제품의 조명, 난방, 전기의 핵심 조정장치 등은 일상생활에 도움이 될 정도로 발전했다는 평가를 받고 있으며, 연방 가족부는 해당 기술의 계획을 현실화시키기 위한 지원을 하고 있다.

52) 노인에게 적합한 무장애 주택 작업에 대한 건축관련 기능자격부여를 위해 독일 중앙 기술협회와 함께 2010년부터 18개 프로젝트가 지원되고 있다. 기술협회, 전문가 협회, 지자체 단위로 지원되며, 보다 많은 기술자들이 노인 적합 건축과 개조 관련 기술을 습득할 수 있는 기회를 제공하고 있다.

나의 지역사회를 만드는 것을 목적으로 한다. 독일 전역에 40개 이상의 프로젝트가 지원을 받고 있다(BMFSFJ 2013b).

○ 노인 적합 건축개조(Altersgerecht umbauen)[53]

노인 적합 건축개조 프로그램은 기존 주택에서 장애물들을 없애고 감소시키는 주거현대화를 위한 정책이며, 교통·건축·도시개발 지원의 수단이다. 이 프로그램에 참여하여 건축개조를 할 경우에 독일 재건은행 금융그룹(KfW, Kreditanstalt Für Wiederaufbau)을 통해 저렴한 이자와 상환조건으로 대출받을 수 있다. 대출 상한선은 가구 당 5만 유로이며, 보조금으로 최대 2,500유로를 지원받을 수 있다. 승강기 설치나 주방 및 욕실에 필요한 개조를 현실화하여 집에서의 접근성을 용이하게 한다. 뿐만 아니라, KfW는 지원 건축자재와 정보를 제공하기도 한다.

○ 노인 대상 상담기관(Anlaufstellen für ältere Menschen)

독일 정부는 현재 존재하는 상담 구조 내에서 포괄적인 지원과 상담을 담당하는 노인상담기관(Anlaufstellen für ältere Menschen) 프로젝트를 2012년부터 2016년까지 시범적으로 운영하고 있다. 주거, 수발, 사회참여, 일상생활조직 등에 대한 정보제공과 상담을 개선하고자 설립하였다. 노인상담 결과를 토대로 지역사회 내에서의 노인 지원서비스를 지속

53) BMFSFJ. (Dez. 8. 2010). Altersgerecht umbauen - Förderprogramm der Kredit anstalt für Wiederaufbau (KfW). http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aktuelles,did=165498.html에서 2014. 6. 25에 인출

적으로 개발하고, 관련 인력풀을 보완하는 작업도 진행한다(BMFSFJ, 2013d).

○ 노인 범죄피해 방지 프로그램: 노년의 안전한 삶(Sicher Leben im Alter)[54]

연방 가족부와 독일 경찰 전문학교는 2008년부터 2012년까지 노년의 안전한 삶(Sicher Leben im Alter) 프로그램을 실시했다. 프로그램의 목적은 재산 사기 또는 폭력적 상황 등 노인들을 범죄로부터 보호하는 것이다. 노인 대상 범죄는 대부분 돈과 귀중품을 노린 범죄들이며, 사기를 통한 범죄가 높은 비중을 차지한다. 프로그램의 중점분야는 물품과 자산 피해 예방, 단순 자연사 규정을 방지하기 위해 의료계의 이해도 증진, 노인 가족폭력 예방조치, 노인 보호를 위한 조치 등이다.

○ 새로운 노인인식 형성: 노년의 새로운 상 운동(Initiative Neue Bilder im Alter)[55]

6차 노인보고서(Altenbericht)의 기본 인식과 권고로부터 노인들의 다양한 생활 형태와 노인의 잠재성에 대한 정보를 제공하고, 편협하고 부정적인 노인상에서 벗어나 노인에 대한 이해를 높이기 위해 실시된 정부 차원의 운동이다. 인구학적 변화는 사회가 연령과 노화에 대한 현실적이고 다른 인식을 바탕으로 노인에 대한 새로운 가치를 형성할 것을 요구한다. 연방 가족부는 노인에 대한 새로운 인식 운동을 통해 현재 사회에서

54) BMFSFJ. (Jul. 31. 2013). Aktionsprogramm "Sicher leben im Alter" (SiliA). http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=140394.html에서 2014. 5. 25에 인출
55) BMFSFJ. (Nov. 1. 2012). Initiative "Neue Bilder im Alter". http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=174230.html에서 2014. 5. 25에 인출

의 노인상을 개선하고 이전과는 다른 현실적인 노인상을 확산하기 위해 노력하고 있다. 삶의 모든 영역에서 노인 인식이라는 주제로 폭넓은 토론이 가능할 수 있도록 노인 사진 및 비디오 경연대회, 지역 포럼, 관련 연구 지원을 하고 있다.

3. 노인복지정책의 과제

마지막으로 독일 노인복지정책이 당면한 문제와 향후 정책과제를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 심각한 수발 전문인력 부족 문제를 해결해야 한다. 현재는 약 3만명의 수발인력이 부족하지만, 2020년에는 거의 23만명의 수발인력이 부족할 것으로 예상되고 있다. 수발 전문인력을 신속하게 투입하지 못한다면 증가하는 노인인구만큼 수발인력부족 증가폭도 커질 수밖에 없다. 이에따라, 독일 연방정부는 2011년부터 외국 수발전문자격 취득 인정을 확대하고, 해외에서의 수발 전문인력 유입의 문을 넓히고 있다. 그리고 앞으로 해외 수발 전문인력 유치에 더욱 적극적으로 대처할 예정이다. 그러나 장기적으로는 독일 내에서 수발직종 직업교육의 질을 향상시키고 전문자격을 부여하여 직업의 매력도를 높임으로써 더 많은 인력풀을 확보하고자 하는 노력이 필요하다.

둘째, 노인에게 적합한 사회적 공간의 개념으로서 지역사회와 지자체의 역할이 강조되고 있다. 지역 내에서 노인에게 알맞은 지원구조와 수발구조를 형성해야 하는 지자체의 새로운 책무성이 논점의 대상이다. 지자체가 세대 간 소통과 교류를 바탕으로 지역사회 형성에 어떻게 기여할 수 있는지, 노인들을 지원하는 전문가들의 협력을 어떻게 지원할 수 있는지 등에 대한 방법을 고심하고 있다. 이를 위해 연방정부와 주정부는 지자체와 긴밀히 협력하고, 활발한 지역사회 형성을 통해 노인에게 적합한 사회

환경과 서비스구조 인프라를 형성할 수 있도록 지원해야 한다. 독일의 도시발전계획의 일환인 사회적 도시가 이러한 움직임의 기초가 될 수 있다. 독일 연방정부는 7차 노인보고서를 준비하면서 지자체에서의 돌봄과 공동책임을 핵심 주제로 정했으며, 미래 지향적인 돌봄 공동체 형성을 위한 노인 지역조건 조사도 실시한다.

셋째, 고령사회에 적합한 미래지향적인 고용시장정책 방안에 대해 논의되고 있다. 독일은 지금까지 주로 노동시장정책을 통한 재통합프로그램이나 수급연령 상향조정[56]을 골자로 하는 연금개혁을 통해서 고령화에서 비롯되는 경제활동인구 감소 문제를 해결해 왔다. 그러나 이제는 미래 지향적인 노인정책의 일환으로 노동시장에서도 연령제한을 통한 인사정책이 아니라 생애주기적인 관점에 기반한 경영 관리를 권장하고 있다. 후대 양성, 지속적인 전문성 보장과 확장, 생애노동시간정책, 일가족양립지원, 평생교육, 새로운 노인문화와 노인인식 형성 등 인구학적 변화에 발맞추어 대처하는 기업문화와 경영이 강조되고 있는 것이다. 그리고 생애주기적인 관점에서의 고용정책은 미래 노인세대의 소득보장으로 이어진다. 경제활동의 비정규직화, 임시직화로 인해 이전 노인세대보다 미래 노인세대는 경제활동 단절기간이 길어지고 있으며, 이는 노인빈곤의 가능성을 증가시킨다. 그래서 최근에는 노인빈곤 문제에 있어서 노동시장구조로 인한 손실을 보상하는 개념과 노인빈곤의 비물질적인 생활조건 개선을 위한 사회통합 개념이 논쟁의 중심에 있다. 이것은 2007년 EU위원회가 제시한 유연안정성 개념과 관련이 있다. 유연안정성은 기업의 고용자율성을 높이고, 대신에 실업의 위험성이 높아진 노동자들에게는 고용

56) 독일은 2007년 연금개혁을 통해 연금수급 연령을 63세에 65세로 상향조정하였다. 2014년 7월부터는 노동자들이 최소 45년 동안 연금 기여금을 냈다면, 공적 노령연금 수급연령인 65세 시작 2년 전에 감액 없이 연금을 받을 수 있는 법이 시행되었다. 그리고 1953년 이후 출생자들에 대해서는 수급연령이 매년 상승하여 2029년에는 67세로 상향조정된다.

지원, 재취업 지원 등 직업 안정성을 제공하는 제도를 의미한다. 이러한 보상의 개념이 현실화되기 위해서는 연금수급연령을 늦추는 방식에서 더 나아가 실질적으로 노인고용 연장이 이루어질 수 있는 기업문화, 기업경영환경이 마련되어야 한다. 이를 위해 정부가 기업에 대한 인센티브 등 구체적인 고용정책 시행전략을 제시하여야 할 것이다.

제3절 이탈리아

1. 초고령사회의 구조변화와 노인문제

가. 사회구조 변화

1) 정책적 변화

이탈리아의 현물급여 예산(의료서비스 제외)은 국내총생산(GNP) 대비 약 0.84%에 불과하며, 타 유럽 국가들(1.6%)과 비교해 사회서비스가 낮은 수준이다. 전통적으로 이탈리아 복지국가는 사회서비스보다 소득보장을 많이 강조해하며 발전해 왔기 때문이다(Hong.et.al. 2012). 지역 간의 서비스 질과 양이 다양하여 주별 및 도시별 차이가 큰 점도 특징이라 할 수 있다. 이로 인해 이탈리아 사회서비스 제도는 단편적이고 자원봉사적인 성격을 갖고 있다고 할 수 있다.

역사적으로 이탈리아 중앙정부는 천주교 바티칸 교황청의[57] 영향을 상당히 받아왔다. 특히 천주교 종교단체들은 전통적으로 빈민에 대한 봉

57) 바티칸 교황청은 이탈리아 국가 내에 작은 도시국가로서 이탈리아 주민들의 삶에 직접적으로 영향을 미칠 뿐만 아니라 이탈리아 정부와 공식, 비공식적인 협약을 맺고 상당한 정치적인 권력을 갖고 있는 주체이다.

사활동(급식서비스 등)을 통해 복지서비스를 제공해왔기 때문에 이탈리아 중앙정부는 그들과 경쟁하지 않으려고 빈곤정책에 소극적인 태도를 보였다. 1929년에 이탈리아 정부와 바티칸과의 공식적인 협약(Concordato)을 통해서 이러한 경향이 보다 강해졌다. 협약의 규정에서 이탈리아 정부는 사회보장을 담당하게 되며, 바티칸이 사회서비스 분야에 대한 책임을 더 많이 맡도록 협의한 내용이었다(Girotti 1998).

2000년이 되어서야 정부는 보다 구조적이고 전문적인 사회서비스 틀을 규정하기 위해 제328법(통합적인 사회서비스 실현을 위한 법적인 틀)을 제정하였다. 제328법에 따라 정부는 행위자들의 역할분담을 제도적으로 확실히 정함으로써 국가는 최저서비스수준(LEA)을 규정하고, 주(regione)는 프로그램의 조정, 계획, 모니터링 등을 맡으며, 도시는 직접 서비스 제공을 담당하도록 규정하였다. 또한, 동법에 의하여 사회정책기금이 설립되어 전국적인 정보시스템 및 공식적인 사회복지사 자격시스템 등을 구축하고자 하였다(Hong.et al. 2012).

하지만 같은 시기에 지방분권화를 추진했던 포퓰리즘주의적인 북부동맹당(Lega Nord)의 압박으로 2001년 헌법 제117항이 신설되면서 사회정책을 규정하는 유일한 행위자가 주(regione)가 되었다. 헌법 개혁의 내용이 제328법과 충돌되어 주정부와 중앙정부 간 역할분담의 선이 불분명해진 것이다. 특히 국가에서부터 최저서비스수준(LEA)의 기준이 없이 전국에 일률적으로 적용될 사회서비스제도를 설립하는데 어려움이 많아졌다(Pizzuti, 2011).

노인을 대상으로 하는 사회서비스 분야가 노인의 소득을 보장하는 연금제도와 비교하면 크게 발전하지 못하였으며, 그 결과로 서비스 양과 질에 있어서 지역 간 격차가 상당히 커져 온 것을 알 수 있다(Misiani, 2011). 연금제도는 소득재분배 기능을 제대로 발휘하고 있지는 못하지

만, 전반적인 사회지출에서 차지하는 비율이 적지 않기 때문에 노인들의 삶의 질을 유지하는 데 중요한 역할을 하게 되었다. 따라서 이탈리아에서 빈곤에 가장 많이 노출되어 있는 인구집단은 노인보다 아동과 젊은 세대들이라고 알 수 있다. 하지만 사회복지 정책을 방치해 두었던 베를루스코니 정부[58]로 인해 사회서비스의 중요성에 대한 정치적 인식은 여전히 낮은 수준으로 지속되고 있다.

이탈리아 정부는 2013년에 지역 간 사회서비스 불평등 문제를 해소하고 사회서비스 활성화를 도모하기 위해서 칼라브리아(Calabria), 캄바니아(Campania), 풀리아(Puglia), 시칠리아(Sicilia) 주 등 소외된 남부지역을 대상으로 아동 양육 및 노인장기요양 서비스(Servizi di cura all'infanzia e agli anziani non autosufficienti)라는 재정지원 프로그램을 실시하였다. 본 프로그램은 실행 중이기 때문에 아직 확실한 효과성을 검토하기가 어렵지만, 2001년 헌법 개혁을 보완하였다는 점에서 큰 의미가 있다.

〈표 4-9〉 노인복지 서비스 제도의 정책적인 변화의 배경

시기	내용
1929년	- 바티칸과의 협약(Concordato)으로 중앙정부와 종교적인 민간부문 단체 간의 역할분담을 규정함. 이로 인해 소득보장. 공공부조 및 서비스 간의 격차가 발생함
2000년	- 사회서비스의 법적인 틀을 규정하는 제328법 제정을 통해 전국 사회서비스의 통합성과 일관성을 도모하고자 시도함
2001년	- 헌법 제117항 신설이 사회서비스 분야가 지방정부인 주 책임 하에 규정되어 제328법과 충돌
2013년	- 남북지역을 대상으로 사회서비스 활성화를 위한 '아동 양육 및 노인장기요양 서비스' 지원정책 실시

58) 베를루스코니의 포퓰리즘주의적인 우파 정부들이 1994~1995년, 2001~2006년, 2008~2011년에 집권하였기 때문에 지난 20년 동안에 이탈리아 정치 환경에 상당한 영향을 미쳤다고 할 수 있다.

2) 사회적 변화

고령화로 인해 발생하는 사회적인 변화로는 독거가구 보편화, 노인 코하우징(silver cohousing) 증가, 노인범죄 증가, 노인 경제활동 증가, 돌봄 여성이민자의 증가, 연금수급자의 해외이민현상 등으로 요약할 수 있다. 새로운 사회적인 현상들에 대한 보다 자세한 설명은 다음과 같다.

먼저, 독거가구가 보편화되면서 소유권(Nuda proprieta) 매매가 증가하고 있다.[59] 소유권(Nuda proprieta)은 독거노인이 시중보다 저렴한 매매가로 자택을 파는 대신에 본 건물에서 계속 사는 경우를 말한다. 이탈리아의 1인 가구는 7백만 명 이상(전체 인구의 30%)이고, 독거노인 수는 3.5백만 명이며, 이 중 1백만 명이 방 4개 이상의 아파트에서 살고 있다. 즉 관리비 부담도 크고 집안 관리 자체도 쉽지 않기 때문에 독거노인이 소유권(Nuda proprieta)을 행사는 경우가 많아지고 있는 것이다. 소유권의 방식으로 자택을 판매하게 되면, 보통 새로운 집주인이 저렴한 가격으로 자택의 소유권을 갖게 된다. 하지만 실질적으로 독거노인이 계속 그 집에 살기 때문에 입주하거나 자택에 접근하는 데에 있어서 한계가 있을 수 있다. 노인 거주자가 사망한 후에 주인이 집을 본격적으로 쓰게 되는 것이다. 2011년 부동산 통계에 의하면, 소유권 매매율이 13% 증가하는 추세를 보였다(De Pretto et al. 2012).

둘째, 노인 코하우징(silver cohousing)은 노인들이 같은 공간과 생활비(식비, 관리비, 월세, 전세)를 나눠가며 지내는 방식이다. 코하우징의 장

59) 이탈리아에서는 소유권(Nuda proprieta)과 사용권(Usufrutto)을 구분한다. 예를 들어, 사용권은 법적으로 정해진 기간 동안 또는 사용자가 사망할 때까지 해당부동산을 사용할 수 있는 권리이다. 소유권을 가진 사람은 사용권을 가진 사람에게 사용을 하지 못하도록 할 권리가 없다. 따라서 사용권을 가진 사람이 정한 기간이 끝나거나 사망한 시점에서 소유권과 사용권을 모두 얻을 수 있다(http://www.lawyer-in-italy.net에서 2014.09.25.인출).

점은 생활비를 절약하면서 같이 생활하는 동반자가 생긴다는 것이다. 코하우징은 소유권 매매의 좋은 대안이 될 가능성이 보이며, 코하우징을 택하는 독거노인들이 최근 몇 년 동안에 지속적으로 증가하고 있다.

세 번째로 노인범죄의 증가로 노인이 실제 범죄 행위를 하는 경우와 범죄의 대상이 되는 경우를 포함한다. 통계적으로 사회적인 이슈가 될 만큼 일반화된 문제가 아니지만, 경제위기와 낮은 연금급여 탓에 예전에 볼 수 없었던 사소한 노인범죄 사건들이 종종 발생한다. 가장 흔한 것은 마트에서 65세 이상 노인이 치즈, 고기 등 식료품을 훔쳐 가는 모습들이다. 최근, 베네토(Veneto) 주의 73세 노인부부가 15유로 가치의 치즈와 꿀을 훔치려고 하는 일이 일어났었다.[60] 또한, 경제 침체로 인해서 최근 2년 동안 65세 이상인 노인대상 범죄가 증가하였다. 노인대상 강도 및 사기 사건이 사회적 문제로 확대되고 있으며, 밀라노에서 노인범죄가 2011년 395건에서 2012년 559건수로 증가해 하루 평균 2건이 발생하고 있다.[61]

넷째, 노인 경제활동의 증가이다. 지난 10여 년간(1997년~2005년)에 55-64세 노동인구가 전반적으로 증가해왔으며, 특히 저학력 노동자와 여성 노동자의 참여율이 증가하였다. 그러나 이탈리아는 타 유럽 국가들과 비하면 증가 속도가 상당히 낮은 편이어서 아직까지 노인들이 노동시장에 적극적으로 참여한다고 보기에 어렵다.

60) http://messaggeroveneto.gelocal.it에서 2014. 5. 25 인출.
61) http://www.ilgiorno.it/milano/cronaca/2013/10/07/961563-truffa-anziani-consigli-difendersi.shtml에서 2014. 5.26 인출

〈표 4-10〉 이탈리아와 15개국 유럽의 55-64세 인구의 학력별 고용율(1997, 2005)

구분		남성				여성			
		대졸 이상	고졸	중졸 이하	총	대졸 이상	고졸	중졸 이하	총
이탈리아	1997	74.4	53.6	36.7	42.0	46.1	30.7	11.3	14.8
	2005	73.6	51.3	37.1	42.7	47.4	30.4	12	20.8
	변화율	-0.8	-2.3	-1.6	+0.7	+1.3	-0.3	+0.7	+6.0
유럽 15개국[1)]	1997	63.1	47.5	41.6	47.2	50.9	32	20.9	26.1
	2005	64.5	48.9	41.7	53.3	53.9	35.7	22.3	35.5
	변화율	+1.4	+1.4	+0.3	+6.1	+3.0	+3.7	+1.4	+9.4

주: 1) 오스트리아, 벨기에, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 아일랜드, 이탈리아, 룩셈부르크, 네덜란드, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 영국을 의미함
자료: Zenezini(2009). Invecchiamento della popolazione, crescita, occupazione.

다섯째, 돌봄 여성 이민자들의 증가로서 노인 장기요양 서비스의 공식적인 골격의 부재로 인해 지난 20여 년간 장기요양서비스를 제공하는 민간부문의 규모가 크게 팽창되었다. 특히 외국인 요양보호사들이 이러한 사회적인 노인돌봄 욕구를 충족하기 위해 이탈리아로 많이 유입되었다. 주로 우크라이나, 러시아, 남미에서 온 여성들이 돌봄 제공자 역할을 하고 있다.

마지막으로 연금 수급자의 해외 이민이 증가하고 있다. 이탈리아 통계청(ISTAT, 2014)에 의하면 60세 이상 47만 3천명의 노인이 해외에서 거주하고 있다. 해외 이민의 주요 원인은 경제적인 문제로 연금 수급자 절반이 1,000 유로(환화 약 140만원) 이하를 받고 있어 많은 노인들이 이탈리아에서 생활을 유지할 수 없기 때문으로 설명될 수 있다. 경제적인 이유 외에는 수준 있는 생활을 유지하고 싶은 마음, 자녀에게 부담을 주기 싫은 마음, 나라의 정치적 및 경제적 상황에 대해 실망, 일상생활에서 접하는 타인의 불친절함, 기후가 좋은 곳에서 스트레스 없는 삶의 추구, 배우자가

사망한 후에 같이 지냈던 곳에서 탈피 등의 이유로 이민을 택하는 것으로 나타났다. 2013년 1월부터 국경을 개방한 후 코스타리카, 태국, 필리핀, 콜롬비아, 브라질, 쿠바에서 사는 이탈리아 노인들이 증가하고 있다.

3) 경제적 변화

이탈리아는 다른 유럽국가와 비교하면 노인 고용율이 상당히 낮은 편이다. 전통적으로 연금제도가 노후의 소득을 보장해왔기 때문에 노인의 고용이 사회적으로 중요하지 않는 것으로 여겨졌다. 하지만 1990년대 연금 개혁으로 인하여 연금급여의 수준이 점차적으로 낮아지고 있으며, 더불어 명목확정기여 방식의 연금제도(NDC)로 인해 재분배 기능이 약화되어 연금수급자 간의 불평등이 심화되고 있다. 이에 따라 취직하거나 재취직을 하고자 하는 노인들이 증가하고 있어 전반적으로 노인 노동력을 확대할 수 있는 여지가 크다. 하지만 스톡홀름에서 지정된 노인 노동참여율이 유럽연합 목표인 50%를 도달하려면 아직 정책적인 준비 상태가 많이 미흡하다(Zenezini 2009). 더불어 50세 이상 실업자들은 50세 이하인 실업자들에 비해 취직에 보다 많은 어려움을 겪는다. 2013년에 실업자들 중에 56.4%가 1년 이상 구직하려고 하는 반면에, 50세 이상인 구직자들은 61.4%를 기록해 이들은 장기실업 위험에 보다 쉽게 노출되어 있다는 것을 알 수 있다(ISTAT 2014).

4) 문화적 변화

이탈리아 사회에서 노인인구 구성 비율이 높아짐에 따라 노인에 대한 인식 또한 많이 변화하고 있다. 예전에는 노인이면 연금 받으면서 쉬어야

한다는 인식이 컸다. 하지만 최근에는 노인인구 집단내의 다양성을 인정하고, 연령과 건강 상태에 따라 노인들의 사회적인 활동이 충분히 이루어질 수 있다는 인식으로 변화하고 있다. 그 결과로 노인사회참여를 자극하는 여러 자원봉사 프로그램들이 확대되고 있다. 예를 들어, 벨루노(Belluno)시가 지역내 수풀산림에서 진행되는 자연보호, 계절 활동에 노인도 참여하도록 계획을 세우고 있다. 60세 이상이면 지원할 수 있고, 시간당 10유로(약 14,000원)을 지급받으며 사회적으로 기여할 수 있다.

나. 주요 노인문제

앞서 말한 사회적·경제적·문화적 차원을 고려했을 때 다양한 노인문제가 발생할 것으로 예측된다. 특히 노인의 빈곤, 건강문제, 노인복지시설 및 예산의 부족 등이 주요 노인문제로 부각되고 있다.

1) 노인 빈곤

이탈리아 노인의 경제적인 어려움은 연금제도의 부재에서 비롯된다기보다는 현재 연금제도의 약점에서 영향을 받는다고 할 수 있다. 평균적으로 보았을 때 이탈리아 연금급여 수준은 적절한 것처럼 보인다. 하지만 앞서 언급하였듯이, 재분배 기능이 미흡한 이탈리아 연금제도 탓에 적당한 수준의 연금급여를 받지 못하는 수급자들이 상당히 많다. 결론적으로 연금급여의 불충분한 수준, 노인 장기요양제도를 위한 별도의 기금 부재[62], 그리고 연금제도 내의 높은 불평등이 노인들의 경제적인 어려움을

62) 2006년 프로디(Prodi) 정부가 전국적으로 해당되는 장기요양 기금을 설립하였지만, 경제위기가 다가오면서 Berlusconi 정부가 이 기금을 무효화 하였다.

자극하는 가장 큰 요인이다. 이탈리아 통계청에 의하면(ISTAT 2014), 7년 사이에 (2003년~2010년) 노인의 월간 지출이 거주주택과 에너지(+2.9%), 또는 교통비(+0.7%)에 있어서는 증가한 반면에 식비(-1.7%), 의류(-0.8%), 가구(-0.8%) 및 의료서비스(-0.6%)에 대한 지출은 대체적으로 축소된 것으로 보여주고 있다. 2010년 기준, 이탈리아 전체노인의 상대빈곤율은 13%인 반면에, 남부지역 노인의 상대빈곤율은 26%로 전체노인에 비해 두 배정도 빈곤 위험성에 노출되어 있는 사실을 알 수 있다(De Pretto 2012).

2) 노인의 건강

이탈리아의 의료제도(SSN)는 65세 이상 저소득층 노인에게 본인 부담료를 제외하도록 설계되었지만, 기대수명이 길어질수록 건강저하로 인한 돌봄수요 증가문제는 지속적으로 부각되고 있다. 이와 함께 장기요양제도의 결여로 인한 노인의 돌봄에 있어서 가족들의 심리적, 신체적, 재정적 부담이 크다. 물론 중앙정부가 제공하는 요양수당과 각 지방정부들이 지불하는 주 및 지역 요양수당을 통해 현금급여와 다양한 사회서비스들이 존재하고 있다. 하지만 지역 간의 격차로 인해 노인을 대상으로 하는 사회서비스 시스템의 일관성이 저하되고, 지역 간의 불평등이 심화되고 있다고 볼 수 있다.

3) 시설 및 예산 부족

이탈리아 노인 복지서비스는 존재하긴 하지만 지역마다 달라 많이 파편화되어 있을 뿐만 아니라, 2011년 예산법률에 의하여 크게 삭감되었

다. 사회서비스를 지원하는 사회정책 기금은 1년간(2010~2011년) 상당 부분 삭감되었으며, 같은 시기에 장기요양 기금은 4억 유로였지만 현재는 고갈되었다. 보편적으로 경제위기에 앞서 복지 예산이 삭감되어야 할 때 소득보장보다 사회서비스가 정치적으로 삭감하기 수월한 영역이기 때문이다. 결과적으로 사회서비스를 위한 중앙정부의 재정적인 지원이 76.3%로 줄었기 때문에 기금들의 확보 및 조정이 시급하다(Misiani 2011). 또한, 2011년과 2012년 사이에 노인장기요양서비스를 요청한 노인들의 대기기간이 이탈리아 모든 주에서 증가하고 있다. 특히 칼라브리아(Calabria), 캄바니아(Campania), 라치오(Lazio), 피에몬테(Piemonte)의 대기기간이 가장 많이 길어졌다(De Pretto et al. 2012).

2. 초고령사회와 노인복지정책

가. 사회서비스 불평등을 대응하는 중앙정부의 국립플랜 수립

현재 이탈리아 노인복지정책의 전체적인 틀은 국립 연금제도와 주별로 구분된 노인복지서비스 제도로 구성되어 있다. 주별로 고령화 수준과 노인복지서비스의 양과 질이 다양하며, 남북 지역 간의 차이가 크다는 특징이 있다. 이러한 지역 간 불균형 문제에 대응하기 위해서 유럽연합의 영향으로 남부지역의 사회서비스 활성화를 위한 보완적인 국립 플랜이 설립되었다. 이는 앞서 언급한 아동 양육 및 노인장기요양 서비스(Servizi di cura all'infanzia e agli anziani non autosufficienti)로 이탈리아 정부의 연대성을 위한 액션 계획(PAC)의 전반적인 틀 내에 속하는 정책이다. 국립플랜은 3년(2013년~2015년) 계획으로 실행은 이탈리아 내무부가 담당하고 있다.

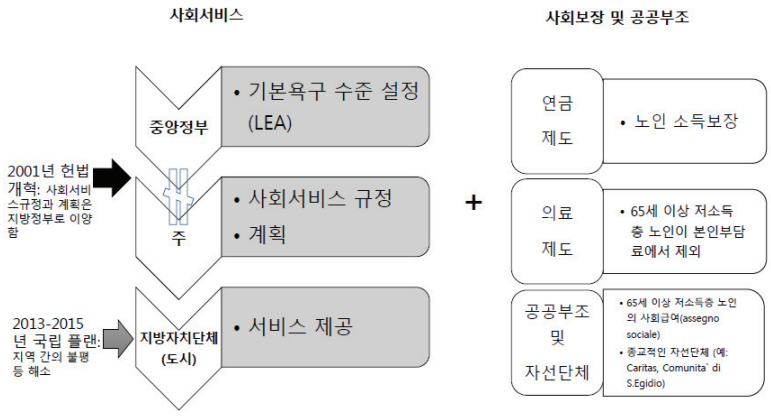
국립플랜은 상대적으로 사회서비스가 소외된 칼라브리아(Calabria), 캄바니아(Campania), 풀리아(Puglia), 시칠리아(Sicilia)주 등의 남부지역을 대상으로 유럽연합이 지지하는 수렴성을 달성하고자 하는 보완적인 지원 프로그램이다. 플랜의 기대효과는 아동과 노인복지 사회서비스의 양과 질의 개선으로 집약할 수 있다. 특히 노인복지서비스와 관련하여 1) 방문요양서비스를 받는 노인수의 증가, 2) 실버산업의 활성화, 3) 노인복지행정의 효율성과 전문성, 4) 창의적인 사회서비스 생산 자극 등의 세부적인 목표들을 추구한다.

나. 초고령사회의 노인복지서비스 현황

1) 전반적인 정책 틀

이탈리아 노인복지서비스 정책에 대한 책임은 국가, 주 그리고 지방자치단체 간의 역량 네트워크 안에서 공유된다. 정부의 역량은 공공 요양 급여 예산과 서비스 제공 기준(LEA)을 위한 전반적인 법적 구조안에서 드러난다. 그러나 이에 대한 노력이 불충분한 탓에 결론적으로 지방정부가 노인복지뿐만 아니라 사회서비스 전반을 책임지고 있다고 해도 과언이 아니다. 즉, 주에서는 보건 서비스 제공과 같은 중요한 입법의 권한을 갖고 있고, 지방자치단체는 직접적인 사회서비스 제공을 책임진다.

[그림 4-4] 초고령화 대응 기본 틀



대상자는 주로 기본적인 욕구를 스스로 해결하기에 어려운 65세 이상의 노인이다. 경제적 어려움으로 인해 기본욕구를 충족하기 불가능하거나, 도와줄 가족들이 없는 독거노인이다. 각 지방자치단체는 별도의 사회서비스를 제공할 수 있는데, 일반적으로 반영해야 하는 사회적인 욕구는 주거의 욕구, 사회적 관계에 대한 욕구, 영양 섭취의 욕구, 개인적인 케어의 욕구, 여가에 대한 욕구, 특별한 어려움을 겪을 때의 욕구 등이다.

이에 따라 노인과 그 가족을 서비스 대상자로 선정한다. 서비스 종류는 재가서비스와 같은 직접적인 서비스 제공, 서비스 대상자가 전문적인 도움을 받을 수 있는 곳으로 보내는 의뢰(referral)서비스, 기존 서비스의 역량강화, 주거시설 입소, 노인정 이용 등이 있다. 지방자치단체의 규모별 차이가 있지만, 제공되는 서비스들은 주로 주거시설, 노인정, 급식서비스, 여름철 휴가지 제공, 응급 전화서비스, 재가서비스, 현금급여, 교통서비스, 노인센터, 가족보호 지원으로 요약할 수 있다. 이탈리아 노인복지서비스의 종류를 설명하는 전반적인 틀은 다음 표와 같이 요약할 수 있다.

〈표 4-11〉 이탈리아 노인복지서비스 종류

개입 영역	서비스 그리고/또는 급여
재가 서비스	- 통합 방문 요양서비스(assistenza domciliare integrata) - 방문요양보호사(assistenza domiciliare)
시설 서비스	- 통합 건강 및 사회적 돌봄을 위한 시설제도(presici sociosanitari) - 노인요양시설(presidi socioassistenziali)
준시설 서비스	- 노인복지센터
현금급여	- 국민 요양수당(indennità di accompagnamento) - 주 또는 지역 요양 수당(assegni di cura)
민간부문 요양에 대한 지원	- 세제 혜택, 요양보호사 고용을 위한 특별 급여, 훈련 코스, 민간서비스의 지원과 제공에 상응하는 서비스

자료: 홍이진 외(2012). 주요국의 사회보장제도: 이탈리아. 한국보건사회연구원

2) 지방정부 사례: 에밀랴 로만냐(Emilia-Romagna)주[63]

에밀랴 로만냐(Emilia Romagna)주의 노인 복지서비스 종류를 제시함으로써 지역단위에서 사회서비스의 특성을 보다 구체적으로 살펴볼 것이다. 에밀랴 로만냐주는 2013년 초에 65세 이상 노인의 비율이 23%로 초고령사회가 상당히 진행된 지역이다.

65세 이상 노인 인구는 잠재성과 사회적 및 의료적 욕구가 다양하기 때문에 동질의 집단으로 보기 어렵다. 에밀랴 로만냐 주의 65세 이상 노인 중 45%는 건강하며 질병의 위험에 덜 노출되어 있다(74세 이상 28%). 노인의 25%는 건강하지만 질병과 사회적인 취약성의 위험이 존재하고 있다(65~74세 23%, 74세 이상 28%). 18%는 취약한 증상들을 보여주고 있다(65-74세 6%, 74세 이상 31%). 노인의 12%는 일종의 장애를 입은 자들

63) 에밀랴 로만냐 주 홈페이지(2014). 에밀랴 로만냐 주의 노인사회서비스현황. http://sociale.regione.emilia-romagna.it/anzianiㅇ서 2014. 6.19 인출

이며(65-74세 4%, 74세 이상 18%), 이 중에 장애인 등급에 속하는 노인도 있는데, 이들은 부분 장애(10%)와 완전 장애(2%)를 입은 자들로 구분한다. 완전 장애인은 2011년에 1만 9천명으로 추정한 바가 있다.

에밀랴 로만냐 주의 노인 사회서비스 프로그램은 사회서비스, 건강서비스, 주택지원, 사회생활, 지식과 문화, 이동, 관광, 운동 및 스포츠 등으로 구성된다.

사회서비스에는 지역요양수당을 통해 이루어지는 요양보호사의 도움과 관련된 교육훈련과 지역사회 민감성을 향상하기 위한 홍보, 방문 요양 네트워크(관련 서비스에 접속할 수 있게 하는 응급 전화서비스, 세금할인 혜택, 현금급여), 외국에서 온 요양보호사의 전문성을 개선하기 위한 정보 및 교육프로그램 실행, 지역 요양 수당, e-care(진단, 약물 처방 및 치료시 인터넷, 원격의료), 치매 방지 등이다.

건강서비스[64]는 인공 기관 제공, 의료 서비스, 재활 치료, 일상생활의 도움, 사회생활을 위한 활동을 가능케 하는 시설, 주거시설, 정신건강 환자를 위한 거주시설, 말기 환자용 병원(hospice), 치료공동체, 주택지원, 노인정 등이 있다. 그리고 환자의 이동과 전문적인 의료 등과 관련된 전문 도움과 상담, 서비스 제공자들의 교육훈련, 병원시설 내 장기간 입원실 및 재활 치료실 개설(2개월까지), 클라이언트를 중심으로 하는 요양원 내 맞춤 케어, 예방적인 조치 등으로 구성된다.

주택지원서비스로 공공주택 시설 제공, 저소득층 가구 대상의 주택건축을 위한 민간 기업과 협의, 주택비 지원을 위한 사회적 기금 설립, 장애인에 건물 접근이 어렵게 하는 요소들을 제거하기 위한 주 기금 설립, 장애노인을 위한 자택 개조 지원, 관련 정보 및 상담 센터 설립, 낙후된 도

64) 에밀랴 로만냐 주 홈페이지, 에밀랴 로만냐주의 의료제도 현황. http://www.ausl.re.it/ticket-esenzioni.htm에서 2014. 6.20 인출

시에 거주하는 노인을 위한 주거여건 개선 등이다.

그 밖에 자원봉사 활동 기회 제공, 평생교육, 컴퓨터 교육, 구독료, 교통비, 자전거 거리, 차량 개조, 지역 내 행사 및 기회에 관한 정보를 제공하고 있다.

3. 노인복지정책의 과제

고령화가 가속화되는 이탈리아는 커다란 사회적, 경제적, 문화적 변화들을 안고 있기 때문에 사회서비스 뿐만 아니라 보다 규모가 큰 문제들에 직면하고 있다. 물가가 인상하고 있는 반면에 연금급여의 양극화로 인해 득보장 수준이 낮아지고 빈곤에 추락할 위험성이 심각해지는 문제, 건강제도(SSN)에 있어서 지역별, 소득별 접근의 차이가 발생하는 불평등의 문제, 그리고 본인 부담율이 증가하고 있는 문제가 대표적이다(De Pretto et al. 2012; Jessoula, Pavolini 2013). 이에 따라, 경제적 어려움에 직면하고 있는 노인들과 그들의 가족들이 다양한 형태로 대응하려고 하는 전략들을 세우고 있다. 소득이 부족하지만 자택을 보유하고 있는 자들은 소유권(nuda proprieta) 매매방식을 택하게 되는 경우가 많아지고 있으며, 연금급여가 부족하거나 사각지대에 속하는 노인들이 다시 노동시장에 진입해서 경제 활동해야 하는 경우가 늘어나고 있고, 물가가 비싼 이탈리아를 떠나 보다 저렴한 국가에서 정착하려고 하는 경우들이 증가하고 있다. 또한, 기대수명의 증가와 지속적인 고령화 추세의 결과로, 꾸준한 돌봄을 필요로 하는 만성질환자들의 수요가 증가하고 있다. 그 결과, 현금 및 현물 사회서비스가 부족한 가족들은 계속해서 해외에서 온 돌봄 여성이민자의 도움을 받을 수밖에 없는 경우들도 많다.

이렇게 다양한 사회적 변화에 대한 정부의 적절한 대응이 중요하지만,

2000년 이후, 오히려 정치적으로 삭감하기가 수월한 사회서비스를 줄이는 경향을 보이고 있다. 2008년 경제위기 이후에 국가의 재정적인 상태가 악화되어 정부가 개입할 수 있는 여지가 좁아서 실질적으로(de facto) 고령화 사회로 인한 다양한 사회적인 위험들의 국가 책임 하에 보호되었다기보다는 문제들이 지나치게 개인화되었다고 볼 수 있다(Pizzuti 2011).

아울러, 행정적인 구조 자체가 전국에 해당되는 효율적인 서비스를 제공할 수 있는 것은 아니었다. 현재 노인복지정책과 서비스는 주로 지방정부인 주(regione)와 지방자치단체(comune)가 책임지기 때문에 지역별 차이가 크며 파편화될 수 있는 구조이다. 이는 전통적으로 중앙정부는 소득보장 분야를 그리고 종교조직과 지방정부는 사회적으로 소외된 자들을 위한 자선과 사회서비스를 주로 맡았기 때문이기도 하다. 이러한 역사적인 전통을 극복하기 위해서 2000년 제정된 제328법은 보다 통합적이고 일관성이 있는 사회서비스제도를 마련하기 위한 법적인 틀이었다. 하지만 지방분권화를 규정하는 헌법 개혁과의 충돌로 인해 제328법의 실행과정에서 많은 어려움들을 겪었다. 따라서 사회서비스 제공이 지역 간의 불평등 문제를 극복하여 보다 통합적이고 일관성이 있게 개선될 필요가 있다. 특히 2000년 제328법의 취지를 살리기 위해서 통합적인 복지서비스 제공을 마련해야 하는 것이 큰 과제로 부각된다.

결론적으로 연금제도와 건강제도의 불평등 문제도 노인 요구 악화에 상당한 영향을 미치고 있음으로 노인복지정책이 전반적으로 개선될 필요가 있지만, 우선 사회서비스의 재원 확보와 지역사회 간의 불평등 해소가 가장 시급한 과제로 간주된다.

제4절 시사점

국가간 사회경제적 그리고 문화적 차이에도 불구하고, 초고령 사회는 국가에 관계없이 공통적인 노인문제 및 사회적 문제를 야기하고 있음을 발견할 수 있었으며, 국가에 따른 대응 정책의 공통점과 차이점도 확인할 수 있었다. 본 절에서는 해외 사례에서 밝혀진 노인복지서비스 영역별 문제와 수요변화 양상을 종합적으로 제시하고, 이를 기반으로 우리 사회가 대비해야 할 과제들을 도출하고자 한다.

첫째, 인구고령화로 인한 노인이 직면하게 되는 가장 근본적인 문제는 노인빈곤이며, 이에 대한 대응으로 노인경제활동 참여가 증가하고 있는 것을 볼 수 있다. 해외에서는 노동시장에서의 연령제한을 없애고, 정년연장, 계속고용, 노인고용연장을 통해 중장년층의 고용을 활성화시키기 위해 근로형태를 보다 다양화하는 노력들이 발견되고 있다. 그러나 우리나라의 경우, 아직까지는 노인에 대한 고용촉진보다는 베이비붐 세대를 중심으로 한 고용정책을 추진하고 있는 것이 현실이다. 또한, 노인의 신체적 혹은 사회적 욕구에 부합하는 근무여건이나 근로환경이 조성되지 못하고 있다. 향후 초고령 사회에 직면하게 될 생산인구 감소에 대한 기업의 수요와 취업욕구가 있는 노인의 매칭 가능성을 높이고, 고령친화적 노동환경 형성을 위한 정책적 접근이 요구된다.

둘째, 초고령 사회에서는 고독사와 노인자살이 공통적인 문제로 제시되는 동시에 노인의 사회참여의 증가나 신노년 문화의 등장과 같은 상반된 현상이 나타나고 있다. 이에 반해 우리나라는 노인자살과 고독사의 문제는 현 시점에서도 해결해야 하는 중대한 과제이지만, 노인여가문화, 자원봉사, 평생교육 참여율 모두 외국노인에 비해 상당히 저조한 실정이다. 즉, 사회적 고립과 사회참여 부족 모두 상대적으로 열악한 것을 볼 수 있

으며, 이에 대한 사전적인 개입 없이 초고령사회에 진입한다면 현재 초고령 국가에서 겪는 문제의 규모와 강도보다 더 심각한 상황에 처할 것으로 보인다. 그러므로 가족과 지역사회의 노인안전망을 강화하고 노인여가활동과 사회참여를 위한 대책 마련이 시급하다.

셋째, 노인인구 증가는 건강하지 못한 노인의 증가를 가져와 이들을 부양하기 위한 가정과 사회의 부담으로 이어지고 있다. 치매노인의 증가는 전 세계적인 위험으로 나타나고 있으며, 이는 노인의 실종이나 교통 및 안전사고 증가, 그리고 가정 혹은 시설내 학대와도 연결되고 있다. 그리고 노인에 대한 가족의 부양부담은 정서적인 문제를 넘어 직장생활 유지를 위협하거나 개호살인이나 개호자살과 같은 새로운 위험도 가져오고 있다. 이 밖에 양질의 서비스 제공인력 부족과 돌봄비용 증가 등이 공통적인 고령화 문제로 제기되었다. 해외 초고령 국가의 노인돌봄 관련 대응 정책으로는 가정내 비공식 돌봄제공자의 부담완화와 직장생활 병행을 위해 개호휴가제, 가족수발시간법 등을 도입하여 추진하고 있다. 그리고 요양보호사 수급문제를 해결하기 위해 내부적으로 전문인력양성 체계를 구축하는 동시에 해외 인력을 유치하는 노력을 병행하고 있다. 또한, 지역사회 노인돌봄을 강화하기 위해 지역포괄케어시스템을 운영하고 요양서비스와 비요양서비스 간의 연계를 활성화시키고 있는 것을 볼 수 있다. 즉, 노인 돌봄과 관련하여 노인요양서비스에서 포괄하지 못하는 가족의 돌봄 피로도를 줄이기 위한 제도 확대와 서비스 개발이 시급하다고 할 수 있다.

넷째, 생활환경에 관한 사회적 위험으로 생활안전 사고, 노인운전자 교통사고, 노인학대, 노인범죄 등이 공통적으로 제시되고 있다. 이에 대한 초고령 국가들의 대응으로는 고령친화적인 지역환경 조성, 노인범죄예방 프로그램 등을 실시하고 있다. 그리고 노인들의 주택소유 방식이나 주거형태의 다양화도 나타나고 있다. 예를 들면, 노인 코하우징, 주거공동체,

돌봄주거공동체, 세대통합주거프로젝트 등 초고령 사회에 부응하는 노인 주거형태도 다변화되고 있다.

다섯째, 지방자치단체가 노인복지서비스의 실질적인 수행주체가 됨에 따라 복지서비스 및 인프라의 지역간 격차가 표면화되고 있는 것으로 나타났다. 이는 지역간 인구규모와 특성의 불균형으로 인한 지방재정의 격차와도 연결되어 있다. 우리나라도 이미 지역간 재정 불균형과 노인복지서비스 격차의 문제가 가시화되고 있어 이에 대한 중앙정부와 지방정부간의 역할 정립과 구체적인 정책이 마련되어야 할 것이다.

마지막으로 노인세대 안에서의 소득이나 건강 등에서의 격차가 심화되는 동시에 세대간 갈등도 증가하는 등의 사회 전반적인 갈등이나 불만 요인들이 나타나고 있다. 노인의 사회적 고립과 고독사가 증가하는 한편, 노인들의 여가활동 참여율 증가 또한 증가하고 있다. 그리고 경제적 안정으로 인해 자원봉사 및 사회 기여에 대한 노인들의 관심이 증가하는 동시에 다른 한편으로는 생활비 부족 등으로 인한 생계형 노인범죄도 늘어나는 등 노인 세대내 격차가 심화되고 있다. 또한 노인복지예산의 급증은 경제사회적으로 열악한 환경에 처해 있는 젊은 세대의 부담으로 이어지는 반면, 노인세대는 교육, 고용, 가족정책 등에 대한 상대적 관심이 적어 세대간 간극이 커지고 있는 것으로 나타났다. 우리 사회의 지속가능성을 높이기 위해 균형잡힌 생애단계별 및 세대통합적인 제도 설계가 이루어져야 할 것이다.

〈표 4-12〉 초고령사회의 노인복지서비스 현황과 시사점

영역	노인문제	변화 양상	정책 및 서비스
경제 활동	- 노인빈곤	- 노인 경제활동 증가 - 노인노동형태 다양성	- 정년연장, 계속고용제도 도입 - 생애노동시간정책
사회 참여	- 고독사 - 노인자살	- 노인사회참여 증가 - 신노년 문화 등장 - 노인이슈의 보편화	- 사회참여 및 학습 지원
노인 돌봄	- 치매노인의 행방불명, 교통사고 증가 - 돌봄 비용 증가 - 돌봄제공 전문인력 수급문제 - 요양시설 부족 - 이주노인 돌봄	- 가정의 돌봄부담 증가 (개호퇴직) - 개호살인, 개호자살 증가 - 외국돌봄인력 활용 - 해외노인시설 이주	- 지역포괄케어시스템 구축 - 가족돌봄시간법(일-수발 양립), 개호휴가제도 - 수발직업법(전문인력양성)
생활 환경	- 노인학대 - 노인범죄 - 노인교통사고 - 주거비용 증가	- 노인주거형태의 다양화 - 자발적인 노인주거공동체 형성	- 노인적합주거환경개선 - 노인상담센터 및 인력 확대 - 노인범죄피해방지프로그램 - 새로운 노인이미지 및 문화 형성
기타	- 지역인구 불균형 - 노인복지서비스의 지역간 격차 - 노인 세대내 격차 - 세대간 갈등 증가		

제5장
결론

제1절 노인복지서비스 대응 방향
제2절 노인복지서비스 정책과제

5 결론

제1절 노인복지서비스 대응 방향

본 연구는 초고령사회에 안정적으로 진입하고 초고령사회가 초래하는 사회적 위험을 예방하기 위해서는 사회경제적 변화뿐만 아니라 노인복지서비스 구조와 내용의 변화도 불가피하다는 전제하에 시작되었다. 이에 본 연구는 노인복지서비스의 수요변화와 예측되는 위험들을 분석하여 개선방안을 도출하는 것을 목적으로 한다. 노인복지서비스의 수요와 초고령사회의 위험은 EU의 활동적 노화 패러다임을 기반으로 한 '활동적 노화 및 세대간 연대'의 핵심 원칙에 근거하여 경제활동, 사회참여, 노인돌봄, 그리고 생활환경 등의 네 가지 영역으로 구분하여 검토하였다.

초고령사회에 대비하기 위해서는 기본적으로 노인복지서비스 및 인프라의 확대와 질적 개선, 그리고 지역 중심의 서비스 제공시스템 구축이 노인복지 전 영역에 걸쳐 이루어져야 할 것으로 나타났다.

첫째, 노인복지서비스의 수요 증가에 따른 노인복지서비스 및 관련 인프라의 확대는 지속되어야 할 것이다. 전통적으로 사회복지 대상계층인 빈곤노인은 여전히 주된 정책대상이 되는 동시에 인구구조변화로 인해 새롭게 나타나는 노인 및 부양가족의 위험 규모와 유형은 이전과는 다른 양상으로 나타나고 있다. 특히, 노인의 취업욕구와 돌봄 욕구는 초고령 사회의 핵심 이슈로 제기되고 있으며, 이러한 수요를 충족시키기 위한 서비스 제공기관 및 인력의 확보가 선행되어야 할 것이다. 이와 함께 지역사회에서의 안전하고 활기찬 생활을 위한 사회참여와 주거환경이 지금보다는 다

양해질 것으로 전망되며, 노인안전과 인권보장에 대한 욕구 또한 증대될 것으로 나타났다. 즉, 노년기 삶 전반에 걸친 노인복지서비스에 대한 수요 증가에 따라 노인복지서비스의 확대는 당분간 불가피할 것이다.

둘째, 노인복지서비스 인프라 증대와 함께 서비스 질적 개선도 병행되어야 하는 과제이다. 노인복지서비스가 세분화되고 다양화됨에 따라 정신건강, 치매, 주거환경, 물리적 근로환경 등에 있어서의 인적, 기술적 전문성이 요구되고 있다. 노인정신건강을 위한 상담과 치료, 돌봄 제공에 있어 서비스 제공인력의 전문성은 서비스 질 담보의 기본 요소가 되며, 노화에 따른 주거시설과 근로환경의 인체공학적 기술의 도입 등을 통해 양질의 노인복지서비스를 보장해야 할 것이다.

셋째, 지역친화적인 노인복지서비스 제공체계 구축이 요구된다. 노인의 생활범위는 다른 세대와는 달리 지역사회 안으로 좁혀지게 되며, 지역의 특수성을 고려한 지역밀착적인 노인복지서비스 제공시스템을 촘촘하게 구축해야 할 것이다. 이를 위해서는 지역사회내 민간의 복지역량과 함께 지방자치단체가 핵심적인 역할을 수행해야 할 것이다. 본 연구에서 검토했던 초고령국가인 일본, 독일, 이탈리아 모두 노인복지서비스의 실행주체는 지방자치단체이며, 이로 인해 지역에 따라 노인복지서비스의 내용과 수준이 다른 것을 볼 수 있다. 우리나라 역시 노인복지서비스의 실질적인 수행은 지자체에 있지만, 아직까지는 중앙정부에서 제시하는 노인복지사업을 중심으로 진행되고 있다. 일부 광역자치단체에서는 자체적인 노인복지서비스를 개발하고 시범사업을 실시하고 있으나, 전반적으로 지자체의 자율성과 역량은 충분하지 않다고 할 수 있다. 그러므로 지역의 특성에 맞는 노인복지서비스 발굴과 수행을 위한 중앙정부와 지방정부간의 역할을 명확히 할 필요가 있다. 지방정부의 경우, 지역의 공무원과 학계, 실천현장의 전문가들이 협력하여 노인복지서비스 기획과 추진, 평

가 등에 대한 지역 역량을 강화할 필요가 있다. 그리고 중앙정부는 노인복지서비스가 지역중심으로 기획되고 전달되면서 발생가능한 지역간 서비스 격차와 이로 인한 삶의 질 격차를 완화시키기 위한 거시적이고 포괄적인 정책 설계에 주안점을 두어야 할 것이다 .

제2절 노인복지서비스 정책과제

1. 고용환경의 고령 적합화

초고령사회 노인의 경제활동참여 욕구를 충족시키기 위해서는 일자리 확대도 중요하지만, 노년기 '일'의 개념을 다양화하고 이에 따른 일자리 형태도 차별화해야 할 필요성이 제기되고 있다. 즉, 노인 경제활동과 관련한 초고령사회 대응을 위해서는 고용환경의 고령 적합화가 필요하며, 이와 함께 노년기 경제활동에 대한 사회적 인식 변화가 선행되어야 할 것이다. 이와 관련한 내용은 다음과 같다.

첫째, 노인의 노동역량 감소를 고려한 근무조건의 다양화와 노인 근로자를 위한 물리적 환경 개선 노력이 필요하다. 나이가 들수록 장시간 근무 또는 주5일 근무는 신체적인 부담을 가져오며, 도리어 건강을 해칠 수 있는 요인으로 작용할 수 있다. 그러므로 주말 파트타임 제도, 계절성 파트타임 등과 같은 노인이 참여할 수 있는 근무시간, 근무조건 등의 다양화를 통해 경제활동 참여의 선택권의 폭이 넓어질 필요가 있다. 이와 함께 근로자의 고령화와 노인근로자 증가에 따른 사업장의 물리적 환경에 관한 연구와 기술지원도 확대할 필요가 있다. 특히, 노인 근로자 비율이 높은 산업 혹은 직장의 경우, 고령근로자지원팀 설치와 같이 고령근로자

지원을 업무화하거나 노인들이 이해하기 쉬운 방식으로 업무순서나 기계 조작법 등을 제시하고, 안전을 위한 장비를 설치하여 노인근로자의 근로 부담을 완화할 필요가 있다. 이러한 노인 특성에 맞는 작업시스템과 작업 환경 개선을 통해 노인근로자의 건강과 안전을 확보해야 할 것이다.

둘째, 노인고용의 사회적 차별을 해소하고, 노인근로자에 대한 사회적 인식을 개선할 필요가 있다. 현재 우리 사회에서 취업의 가장 중요한 잣대는 연령이며, 50대 후반과 60대 취업희망자 사이에서도 보이지 않는 연령 장벽이 존재하고 있다. 따라서 노인이 경제활동에 참여하고자 할 때 연령이 진입장벽이 되는 것이 아니라 건강이나 기술과 지식 등에 따라 일을 할 수 있는 고용시스템이 형성되어야 할 것이다. 또한, 노동시장에서 노화와 근로역량에 대한 인식 변화를 통해 직장내 차별을 해소하고, 노인근로자에 대한 편견이나 선입견이 완화되어야 할 것이다.

2. 생애주기적 사회참여 기반 마련

노인이 지역사회 안에서 자율적이고 활력있는 삶을 영위하기 위해서는 지역사회내 인프라 및 사회참여 기회가 늘어나야 할 것이며, 무엇보다도 사회참여 기반마련은 노년기뿐만 아니라 전 세대를 위한 정책설계가 이루어져야 할 것이다. 그러므로 생애주기적 사회참여 기반 마련 및 노년기 사회참여증진을 위해 다음과 같은 정책과제를 제시하고자 한다.

첫째, 청·중년기부터 여가문화활동의 생활화가 필요하다. 독일 사례에서 볼 수 있듯이 은퇴 이후 은퇴자들의 여가활동이 증가할 것이라는 예상과는 달리 은퇴자들은 은퇴 이전에 참여했던 여가활동을 유지하는 것으로 나타났다. 즉, 노년기에 들어서면서 늘어나는 여유 시간이 여가활동이나 사회참여활동으로 반드시 전환되는 것은 아니라는 점이다. 그러므로

젊은 시기부터 문화여가활동이나 자원봉사활동을 적극적으로 참여하여 생활화할 수 있도록 생애단계별 지원 정책을 설계할 필요가 있다.

둘째, 노인의 다양한 사회적 욕구를 충족시키기 위한 복합사회참여 모델 개발이 필요하다. 최근 경기도는 독거노인의 고독사와 노인자살 등의 위험을 완화하고자 경로당이나 마을회관 등을 카네이션 하우스로 리모델링하여 독거노인에게 소일거리, 건강, 여가서비스 등을 제공하는 시범사업을 펼치고 있다. 사업의 운영주체도 노인복지관, 사회적기업, 주민자치 등 다양한 시도를 하고 있으나, 아직까지는 법적 근거 부재와 운영지침이나 관리규정 등의 부재 등의 한계를 가지고 있다(유병선, 김나연 2014). 그러나 향후 고령화 사회를 대비하여 노인들의 사회참여를 촉진시키고, 지역사회와의 교류를 강화하기 위해서는 지역 특성에 맞는 다양한 모델들이 개발되고 보급되어야 할 것이다.

셋째, 기존에 운영되고 있는 노인여가복지시설의 수급 조절과 기능 강화에 대한 대책이 필요하다. 현재 전국에 64천여개의 노인복지시설이 운영되고 있으나, 노인여가시설의 역할을 제대로 수행하고 있는지에 대한 정확한 실태파악이 부족한 실정이다. 노인인구는 지속적으로 증가하지만 지역간 노인인구의 차이는 커질 것으로 전망되고 있다. 그러므로 노인인구 증가에 따른 기존의 경로당이나 노인교실 기능을 강화하는 한편, 지역간 인구격차를 고려하여 경로당과 노인교실 밀집지역에서 이용율이 낮은 시설의 통폐합과 같은 대책 마련이 필요할 것이다.

3. 노인돌봄 부담의 사회적 공유

초고령사회에서 가장 부각되는 노인복지서비스 영역은 노인돌봄이라 할 수 있다. 그리고 노인에게 직접적으로 제공되는 요양 및 돌봄서비스의

규모와 질적인 부분도 지속적인 정책영역이 되고 있으나, 초고령사회에 대비하기 위해서는 공식적 혹은 비공식적 돌봄제공자에 대한 지원 강화가 새로운 이슈로 떠오르고 있다. 노인돌봄 부담의 사회적 공유와 관련한 세부적인 과제는 다음과 같다.

첫째, 일과 노부모 돌봄을 병행할 수 있는 '일-돌봄 양립 정책' 에 대한 준비가 필요하다. 돌봄의 사회화가 중요한 쟁점으로 부각되면서 공적 영역에서 제공되는 공식적인 돌봄의 역할이 강조되고 있다. 그러나 실제적으로 가족으로부터의 비공식 돌봄이 노인돌봄의 가장 큰 비중과 역할을 차지하고 있으며 앞으로도 비공식 돌봄의 역할과 중요성은 유지될 것으로 보인다. 이로 인해 초고령 사회에서는 노부모 돌봄과 직장생활 병행의 문제가 나타나고 있다. 특히, 형제·자매 수가 적어 자녀 1인이 부모를 책임져야 하는 경우가 늘어나고 있으며, 미혼율이 증가하면서 여성보다는 남성 성인자녀의 부담이 커질 것으로 예측되고 있다. 이에 대한 대응으로 독일은 가족수발시간법을 도입하고 일본은 개호휴가제도를 보급하는 등의 정책을 펼치고 있다. 이를 통해 불필요한 노인요양시설 입소를 예방하고, 노부모 돌봄과 근로활동을 병행할 수 있는 유연한 사회 및 노동환경을 추구하고 있다. 생산가능인구가 감소하고 있는 상황에서 부모수발로 인한 퇴직자의 증가는 향후 경제에 악영향으로 작용할 가능성이 높으며, 우리나라도 돌봄과 직장생활의 양립을 실현하기 위한 정책 마련에 대한 논의가 진행되어야 할 것이다.

둘째, 돌봄과 관련하여 노인이 요보호노인을 돌보는 노노케어의 증가에 따라 노인 돌봄 제공자에 대한 지원이 요구된다. 고령화가 심화되면서 독거노인가구의 증가와 함께 노인부부가구 역시 눈에 띄게 증가하고 있다. 이는 가구내 건강한 노인이 건강하지 않은 노인을 돌보게 될 가능성이 커지는 것을 의미하며, 이로 인한 수발제공 노인의 신체적 및 정신적

건강의 악화는 물론 사회참여의 기회도 박탈되면서 사회적으로 고립될 가능성이 높아진다. 그러므로 독거노인 뿐만 아니라 노인부부가구, 특히 건강하지 못한 노인을 돌보는 노인에 대한 건강유지, 사회참여 등을 위한 지역사회 자원연계와 프로그램 제공 방안이 수립되어야 할 것이다.

셋째, 돌봄제공 인력 수급 대책마련 및 처우개선에 대한 지속적인 노력이 필요하다. 향후 돌봄이 필요한 노인이 급증함에 따라 돌봄제공 인력에 대한 수요도 증가할 것으로 예측되는 가운데 우리나라 요양보호사 역시 2020년에는 약 5만 4천명, 2030년에는 약 15만명이 부족할 것으로 보고되고 있다(서동민 외 2012). 해외 초고령국가에서도 돌봄제공 인력의 부족이 심각한 문제로 대두되고 있으며, 이를 해결하기 위해 외국에서 돌봄인력을 유치하는 상황에 이르고 있으나 해외 인력 유입에 따른 사회적 비용 또한 큰 것으로 나타나고 있다. 이에 대한 대책으로 지금부터 서비스 제공인력에 대한 적정수준의 임금과 근무환경 개선을 통해 돌봄 일자리를 양질의 일자리로 전환할 필요가 있다. 이와 함께 돌봄인력의 상당수는 50세 이상 여성 고령자로 육체 및 감정노동의 강도가 상대적으로 높을 것으로 예측할 수 있다. 그러므로 고령 여성 인력에 대한 일-가정 양립 지원, 은퇴 혹은 노후설계 프로그램, 고령근로자를 위한 시설환경과 장비 등이 지원도 강구되어야 할 것이다.

넷째, 노인돌봄 제공인력의 전문성 강화에 대한 대책이 마련되어야 한다. 향후 돌봄이 필요한 노인 중 치매노인이 차지하는 비중이 증가할 것으로 전망되었다. 그러므로 현재의 요양시설 근무자뿐만 아니라 재가서비스를 제공하는 돌봄제공 인력을 대상으로 치매에 대한 민감성을 높이기 위한 교육이 강화될 필요가 있다. 뿐만 아니라 치매노인을 케어할 수 있는 전문인력 양성을 위한 교육시스템도 구축되어야 할 것이다.

다섯째, 앞서 언급한 노인돌봄의 영역과는 다소 거리가 있지만, 노인의

심리정서적 돌봄을 위한 노인상담센터 및 전문상담인력에 대한 확보가 요구된다. 불과 10여 년 전까지만 해도 노인의 건강문제는 신체적 기능저하에 집중되었으나, 최근 노인우울이나 자살이 급증하면서 노인 정신건강에 대한 관심과 지원의 필요성이 제기되고 있다. 최근 6년간 노인보호전문기관에 접수되는 상담유형도 자살이나 우울과 같은 심리정서적인 문제나 성이나 가족문제 등의 일상생활에 대한 상담이 급증하고 있는 것으로 나타났다. 사회복지현장에서도 알코올, 우울, 성 등과 같은 노인 정신건강 문제의 심각성과 개입의 시급성을 제기하고 있다. 그러나 노인의 정신건강문제를 상담하고 해결하기 위한 전문 인력이 부재한 실정이다. 그러므로 노인의 신체적 건강 악화나 인지적 기능 저하와 함께 심리정서적인 문제를 해결하기 위한 노인전문상담센터의 설치와 노인전문 상담인력의 교육과 배치가 필요한 시점이라 할 수 있다.

마지막으로 지역내 자원봉사, 복지단체 등을 주축으로 자발적인 주민조직을 결성하여 지역사회 안에서의 노인돌봄공동체를 구현해야 할 것이다. 예를 들면, 일본의 후쿠오카현 오무타시는 지역의 기관과 주민이 참여하는 "고령자 SOS 네트워크"를 구축하여 운영하고 있다. 경찰서에 치매노인 수색요청에 접수되면, 우체국, 전철역, 택시협회, 가스회사 등의 협력단체에서 우체부, 택시운전기사, 상점 종업원, 방범대와 일반시민에게 통신기기를 이용해 정보가 전달됨으로써 지역주민 모두가 사회적 지지망이 된다. 그리고 매년 1회 치매노인 배회로 인한 행방불명 상황을 가정한 모의훈련을 실시하여 치매노인 발견시 대처방법, 대화방법 등에 대한 교육 실시를 통해 노인돌봄의 질적인 수준을 높이고 있다. 이와 같이 늘어나는 노인인구에 대한 안전망 확충을 가족이나 일선 공무원들의 책임으로 전가하기 보다는 지역사회 공동의 역할로 가져가는 문화가 형성되어야 할 것이다.

4. 안전한 생활환경 조성

초고령사회에는 노인들이 거주하는 주거환경 뿐만 아니라 지역사회의 물리적 환경과 심리정서적으로 안전한 환경에 대한 보장이 요구되고 있다. 가능한 오랫동안 가정에서 생활할 수 있는 안전한 생활환경을 조성을 위한 방안은 다음과 같다.

첫째, 노인들이 기능상의 제한을 가지고 있더라도 거주하던 집과 지역사회에서 최대한 오래 생활하기 위해서는 안전하고 불편함 없는 거주환경 및 노인주거형태의 다양화에 대한 대비가 필요하다. 해외 사례에서 볼 수 있듯이 전통적인 주거형태에서 벗어나 세대통합주거형태, 자립주거공동체, 돌봄주거공동체, 서비스제공형 노인전용주택 등 노인의 욕구와 자립도에 따른 다양한 유형의 지역밀착형 소규모 주거시설 혹은 주거공동체를 시범적으로 운영하면서 발전해 나갈 필요가 있다. 우리나라는 아직까지 노인들의 주거환경이나 주거형태에 대한 정책적인 지원이 미흡한 실정이다. 그러나 주거는 모든 생활의 기반이므로 노인의 건강상태나 서비스 욕구에 맞는 안전하고 편리한 주거시설 정비 활동과 함께 노인주거유형에 대한 다양한 시도와 지원이 이루어져야 할 것이다.

둘째, 지역사회내 안전한 생활환경 구축에 대한 체계적인 접근이 필요하다. 노인의 안전사고 사망원인은 자살 다음으로 교통사고와 추락이 높게 나타났으며, 치매노인의 배회와 실종, 범죄 피해노인 등이 증가하고 있다. 그리고 가정 뿐만 아니라 의료시설, 상업시설 등에서의 안전사고도 끊임없이 발생하고 있으나 이에 대한 대책은 미흡한 실정이다. 노인들이 교통사고, 실종, 재해, 범죄 등으로부터 안전하게 생활하고 피해를 줄이기 위해 지역사회내 시설 및 환경정비에 대한 적극적인 지원이 이루어져야 할 것이다.

이와 함께 노인과 가족이 안심하고 생활할 수 있도록 IT 기술을 적극 활용할 필요가 있다. 단편적인 예로 일본은 GPS 기능을 탑재한 단말기를 치매노인의 신발 등에 부착하여 위치정보를 확인하는 치매고령자 위치정보탐색 시스템을 운영하고 있다. 이와 같이 IT 기술이 불편을 겪는 노인의 일상생활에 녹아들어 지역사회에서 자립가능성을 높일 수 있는 기술이 개발되고 상용화 될 수 있어야 할 것이다.

넷째, 노인복지서비스 제공기관 및 인력에 대한 노인인권 및 학대예방 교육을 강화할 필요가 있다. 노인학대의 상당 부분은 가정에서 일어나고 있으나, 노인관련 시설이 증가하면서 노인시설에서의 학대가 눈에 띄게 증가하고 있다. 이러한 시설이나 서비스 제공자에 의한 학대 이면에는 고강도 육체 및 감정노동, 그리고 열악한 처우 등과 같은 만족스럽지 못한 근로환경이 유의미하게 작용했을 수 있다. 그러나 서비스 제공자로서 노인에 대한 존엄성을 존중하고, 본인도 인식하지 못한 채 자행되는 노인학대의 다양한 개념과 사례에 대한 올바른 교육이 지속적으로 제공되어야 할 것이다.[65] 노인복지서비스 제공인력에 대한 교육의 한계를 보완하여 노인에게 직접적으로 서비스를 제공하는 인력에 대해서는 노인인권과 학대예방교육을 매년 정기적으로 실시할 필요가 있으며, 교육시간을 강화하고 내용에 대해서도 전문성을 보장해야 할 것이다.

65) 현재 요양보호사 양성교육과정에 '노인의 인권과 학대예방'은 세부 교육내용으로 포함되어 있으나, 실제적으로 교육의 비중이나 교육수준에 대해서는 교육기관이나 강사에 따라 편차가 있다. 그리고 노인돌봄기본서비스는 신규 생활관리사를 대상으로 11시간 노인학대 및 자살예방 교육을 실시하고 있으며, 노인돌봄종합서비스는 연2회(총 4시간)에 걸쳐 바우처 결제 단말기 사용법과 인권보고 및 노인학대예방 교육을 실시하도록 규정하고 있다. 노인기본서비스는 기존 인력에 대한 인권이나 학대예방 교육은 의무가 아니며, 돌봄종합서비스는 서비스 제공기관 자체적으로 관련 교육을 연 2시간 받도록 되어 있어 교육의 실효성을 담보하기 어려운 실정이다.

5. 지속가능한 사회시스템 구축

경제활동, 사회참여, 노인돌봄, 생활환경 등 네 개의 영역 이외에 지속가능한 초고령사회 진입을 위해 개입이 필요한 세 가지 정책과제를 제안하고자 한다.

첫째, 지역간 노인복지서비스 격차 및 공백에 대한 대응 장치 마련이 시급하다. 인구고령화와 함께 저출산의 위험은 지역간 인구불균형과 서비스 제공기관 및 제공인력 등의 인프라 격차를 가져와 지역에 따라 노인복지서비스 수급 불균형을 초래할 가능성이 높다. 특히, 농어촌 지역의 노인복지서비스 공백의 문제는 이미 몇몇 지역에서는 경험하고 있으며, 향후 더욱 심화될 것으로 전망된다. 일반적으로 경로당이나 노인요양시설은 군 지역에 밀집해 있는 반면 사회기반시설인 의료 혹은 여가문화시설은 시 지역에 집중되어 있다. 또한, 대중교통의 접근이 어렵거나 운행빈도가 적은 지역의 노인의 경우, 노인복지서비스의 이용이나 제공에 제한이 따르게 된다. 그러므로 초고령사회 노인복지서비스의 공백이나 마을 소멸 등의 문제에 대처하기 위해 인구밀도가 낮은 지역에 대한 서비스 전달체계 혹은 노인복지서비스 안전망 구축을 위한 모델 개발과 적용이 요구된다.

둘째, 생애주기적 관점에서 전 연령계층을 위한 사회서비스 설계가 필요하다. 현재 청년세대의 근로활동, 사회참여, 건강상태 등은 미래 노인의 빈곤문제, 사회참여, 보건의료와 직접적인 관련이 있다. 또한, 초고령사회의 노인문제는 현재 중년층의 경제, 건강, 문화여가, 가족관계 등의 상태와 직결된다. 그러므로 초고령 사회에 유연하게 대응하기 위해서는 생애주기적 관점에서의 고용정책, 사회참여정책, 보건의료정책 등이 마련되어 연속적인 구조안에서 노인 계층뿐만 아니라 전 생애에 걸쳐 전 세

대가 더불어 살기 좋은 사회 환경을 조성하는데 주력해야 할 것이다.

셋째, 노인에 대한 이미지 개선이 필요하다. 우리나라 노인에 대한 이미지는 노인빈곤, 노인자살, 노인우울 등의 용어들과 중첩되면서 존경의 대상이 아닌 도움이 필요하거나 부담되는 부정적인 이미지도 점철되어가고 있다. 또한, 현재 중년층의 노후준비, 특히 경제적 준비 수준은 매우 취약하여 중년층이 노년기에 접어들면 빈곤노인이 대량으로 발생할 것에 대한 개인 및 사회적 불안감이 고조되어 있다. 그러나 이와 같은 노년기에 대한 불안이나 공포감은 세대통합이나 노인복지서비스 발전에 부정적인 요인으로 작용가능하다. 그러므로 노인과 노년기에 대해 사회 전체가 가지는 불안, 불만, 부담 등의 이미지를 극복하고 활동적이고 여유 있는 긍정적인 이미지로의 인식을 전환하기 위한 사회 전 영역에서의 변화 노력이 필요하다.

참고문헌

경찰청. 연령별 교통사고 현황. 각 년도.

_____. 연령별 운전면허 소지자 현황. 각 년도.

_____. 경찰청범죄통계. 각 년도.

고용노동부(2010). 고령자고용현황.

_____(2013). 고령자고용현황.

관계부처합동(2014). 제1차 사회보장기본계획('14~'18)案: 국민행복을 향한 생애주기별 맞춤형 고용·복지.

_____(2013). 노인안전종합대책 세부추진계획.

국가인권위원회(2012). 노인집중취업분야 인권상황 실태조사. 서울: 국가인권위원회

국민건강보험공단(2010). 2010년 상반기 건강보험 주요통계. 서울: 국민건강보험공단.

_____(2014). 2014년 1분기 건강보험 주요통계. 서울: 국민건강보험공단.

_____. 장기요양보험통계연보. 각 년도.

권중돈(2012). 노인복지론. 서울: 학지사.

권우현·박명수·이시균·김준영·전주용·박세정(2012). 중장기 인력수급전망 2011~2020. 서울 : 한국고용정보원.

권현수(2009). 노인의 사회참여가 삶의 만족도에 미치는 영향: 우울, 주관적 건강상태의 매개효과를 중심으로. 한국생활과학회지, 18(5), pp.995-1008.

김경혜·김선자·노은이(2010). 초고령사회 서울의 변화전망과 정책과제. 서울시정개발연구원.

김동환(2013). 일본의 고령화 대책. 한국금융연구원.

김상우·이채정(2014). 치매관리사업의 현황과 개선과제. 서울: 국회예산정책처.

김수영·이강훈(2009). 이전소득의 독거노인가구 빈곤경감 효과비교. 한국노년학 29(4), pp.5-37.

김수영·이민홍·장수지(2014). 노인일자리사업 참여노인의 심리사회적 건강변화에 관한 연구. 노인복지연구, 64, pp. 371-393.

김수완·조유미(2006). 우리나라 노인가구의 소득구성 및 빈곤율 분석: 가구유형별 근로소득과 공적연금소득의 비중 및 빈곤제거효과를 중심으로. 사회복지연구, 29, pp.5-37.

김유경·김미숙·이용표·김가희(2012). 사회복지시설 관리·운영 효율화 방안: 노인·아동·장애인 생활시설을 중심으로. 보건복지부·한국보건사회연구원

김종해(2007). 저출산 고령화 대책. 월간 복지동향, 제100호, pp.37-39.

김찬우(2008). 노인돌봄서비스 수요 추정관련 고찰. 사회복지정책 34, pp.81-103.

나항진(2004). 삶의 질 향상을 위한 노인 여가의 역할에 관한 연구. 한국노년학, 24(1). pp.53-70.

모선희·김형수·유성호·유경아(2006). 현대노인복지론. 학지사.

문병근·하종원(2009). 인구고령화가 지방재정수입에 미치는 영향에 관한 연구: 부산·울산·경남지역의 기초자치단체를 중심으로. 재정정책논집, 11(1), pp.59-89.

문형표 외(2006). 인구구조 고령화의 경제·사회적 파급효과와 대응과제. 경제·인문사회연구회 협동연구 총서(총괄보고서). 서울 : 한국개발연구원.

문화체육관광부, 한국문화관광정책연구원. 국민여가생활조사. 각년도.

민세진(2012). 우리나라의 고령화 취약성. 한국경제학보, 19(1), pp.49-80.

박세경·신수민·이정은·김정은·안상훈·장원봉(2013). 사회서비스 발전 전략. 서울: 보건복지부, 한국보건사회연구원

박영란(2010). 고령사회의 젠더이슈. 젠더리뷰, 제16호 2010년 봄호, pp.45-54

박영란·홍백의·심우정·부가청(2011). 베이비부머 은퇴 후 생활지원을 위한 신복지모형 개발 연구. 보건복지부.

박영란(2013). 초고령사회 대비 EU의 '활동적 노화(active ageing)' 정책 패러다임. 유럽연구, 31(1), pp.135-158.

백학영(2006). 저소득 독거노인의 빈곤경험에 관한 질적 연구. 사회복지연구, 33, pp.5-39.

보건복지부(2001). 2001년도 노인보건복지 국고보조사업 안내. 서울: 보건복지부.

_____(2011a). 2011년 저출산·고령화에 대한 국민인식조사 결과보고서.

_____(2011b). 제3차 국민건강증진종합계획(2011~2020). 서울: 보건복지부.

_____(2012). 제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015). 서울 : 보건복지부.

_____(2014a). 2014년도 노인보건복지사업안내. 서울: 보건복지부

_____(2014b). 자살실태조사. 서울: 보건복지부.

_____. 노인복지시설현황. 각 년도.

보건복지부·분당서울대학교병원(2013). 2012년 치매유병률 조사. 서울 : 보건복지부.

보건복지부·질병관리본부(2012). 국민건강영양조사 2012. 서울: 질병관리본부.

보건복지부·중앙노인보호전문기관(2014). 2013 노인학대 현황보고서. 서울: 보건복지부, 중앙노인보호전문기관.

보건복지부·보건사회연구원. 노인실태조사. 각 년도.

볼런티어 21(2011). 2011 전국자원봉사활동 및 기부실태조사연구: 1999~2011년 자원봉사 및 기부실태 비교. 서울: 볼런티어 21.

서동민·김욱·문성현·이용재·임정기(2012). 장기요양 종사인력 중장기 수급전망 및 대책. 국민건강보험공단·백석대학교.

석상훈(2012). 노인빈곤과 소득불평등의 실태와 원인분석. 2012년 사회정책연합 공동학술대회 자료집. 근간.

선우덕·김세진·모선희(2012). 선진국의 고령사회정책: 유럽국가의 활기찬 노후정책을 중심으로. 한국보건사회연구원.

석재은(2003). 노령계층의 소득계층별 필요소득수준 연구. 한국인구학, 26(1), pp.77-113.

석재은·김태완(2000). 노인의 소득실태분석과 소득보장체계 개선방안 연구. 한국보건사회연구원.

송기욱(2014). 경남의 안전한 고령운전자 교통환경 조성을 위한 정책모색과 시

사점. 경남정책 Brief, 2014-16.
송주희(2011). 지역사회 노인치매코호트에서의 노인치매와 우울증의 잠재적 위험 인자분석. 질병관리본부.
송재창(2013). 강원 영동지역의 인구 고령화 현황과 정책과제. 지역경제포커스, 2013-4호. 한국은행 강릉본부.
윤석완(2009). 인구감소와 고령화에 의한 지방재정지출의 영향. 한국지방재정논집, 14(3), pp.41-71.
윤은기(2007). 고령화와 사회복지지출: 건강보험과 국민연금 중장기 재정소요분석을 중심으로. 노인복지연구, 38, pp.185-208.
여유진·김미곤·권문일·최옥금·최준영(2012). 현세대 노인의 빈곤 실태 및 소득보장 방안 연구. 한국보건사회연구원.
윤희숙·권형준(2013). 가구유형과 공적연금 수급여부를 고려한 고령층 빈곤과 자산분포 현황. KDI 정책포럼 254호, 한국개발연구원.
이미진(2011). 노인 장기요양서비스의 질 측정상의 쟁점에 대한 고찰. 사회복지정책, 38(1), pp.141-165.
이소정(2013). 노인일자리사업 참여가 노인의 사회관계에 미치는 효과분석. 노인복지연구, 59, pp.331-354.
이시균·황규성·윤정향·방글(2013). 돌봄서비스의 인력수요 전망: 노인돌봄서비스 중심으로. 한국고용정보원.
이윤경·정경희·오영희·남효정(2012). 100세 시대 대응 고령화 지역연구. 한국보건사회연구원.
이찬영·태원유·김정근·손민중(2011). 인구고령화의 경제적 파장: 성장잠재력, 생산성, 세대 간 일자치 대체를 중심으로. 삼성경제연구소.
이찬영(2014). 고령화시대 노동공급 대응전략: 광주전남지역을 중심으로. 2014년도 서울행정학회 동계학술대회 자료집. 근간.
이환범(2012). 대구·경북 고령화 사회에 대비한 효율적 대응체계 구축방안: 주요 선진국 사례연구를 토대로. 대구경북연구원.
임언·박혜석·추지윤(2014). 한국성인의 학습전략 국제비교 및 역량과의 관계분

석. 직업능력개발연구, 17(1), pp.131-149.

정경희·오영희·이윤경(2003). 지역별 노인복지 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원.

정경희·이윤경·이소정·유삼현(2008). 초고령지역의 보건복지 모형설계를 위한 세부지침 개발: 고령친화적 지역사회설계를 위한 지침 개발. 한국보건사회연구원, 보건복지가족부.

정경희·오영희·손창균·박보미·이수연·이지현 외(2011a). 2011년도 노인실태조사. 한국보건사회연구원.

정경희(2011). 독거노인의 생활실태 및 정책과제. 보건·복지 Issue&Focus, 제72호. 한국보건사회연구원.

정경희·정은지·남현주·최혜지(2012). 고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA) 이행실태 및 평가. 한국보건사회연구원.

정순둘·김성원(2012). 사회복지학 분야 '고령화 사회' 연구동향: 인식과 대책. 사회과학연구논총, 27, pp.275-311.

정순둘·이민홍(2013). 2013년 독거노인지원사업 연구성과 보고. 보건복지부·독거노인종합지원센터.

정홍원·이영범(2012). 저출산·고령화에 따른 사회복지 공적전달체계 개편 방안. 한국보건사회연구원.

최성재·장인협(2010). 고령사회의 노인복지학. 서울: 서울대학교 출판문화원.

최숙희(2008). 고령화정책의 우선순위 분석. 삼성경제연구소.

최인덕·박종연·이상림, 이정면(2009). 장기요양 대상자 및 시설, 인력의 중장기 추계. 서울: 국민건강보험공단.

통계청(2009). 국민생활시간조사. 각 년도.

_____(2011). 장래인구추계 2010~2060.

_____(2013a). 사망원인통계 2012.

_____(2013b). 고령자통계 2013.

_____. 경제활동인구조사. 각 년도.

_____. 생명표. 각 년도.

_____. 주민등록인구현황. 각 년도.

_____. 인구활동조사. 각 년도.

하미승·이정순(2011). 노인복지 서비스 전달체계의 효과성에 영향을 주는 요인 연구. 한국정책과학학회보, 15(2), pp.53-81.

한국노동연구원. 고령화연구패널조사. 각 년도.

한국노인인력개발원(2014). 2013 노인일자리 통계동향. 서울: 한국노인인력개발원.

한국소비자원(2013). 2012년도 고령자 안전사고 사례분석. 서울: 한국소비자원

한진희·최경수·신석하·임경묵·김종일(2007). 고령화 사회의 장기 거시경제변수 전망: 2006~2080. 한국개발연구원.

허준수(2014). 노인들의 사회참여활동 유형별 결정요인에 관한 연구. 노인복지연구, 64, pp.235-263.

황남희(2014). 한국노년층의 여가활동 유형화 및 영향요인 분석. 보건사회연구, 34(2), pp.37-69.

황종남·권순만(2009). 중·고령자의 사회활동 참여와 인지기능과의 관계. 한국노년학. 29(3), pp.971-986.

AGE in cooperation & EY2012(2012). *European Year for Active Ageing and Solidarity Between Generations.*

Bureau of Labor Statistics U.S(2013). Volunteering in the United States 2013. Bureau of Labor Statistics U.S.

OECD(2013a). *Pensions at a Glance 2013: Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries*. Paris: OECD.

_____(2013b). *Ageing and Employment Policies 2013.* Paris: OECD.

_____(2013c). Employment Outlook 2013.

_____(2013d). OECD Fact book 2013.

_____(2013e). Health data.

Roseveare. D. (2013). *Skilled for Life?: Key findings from the survey of*

adult skills. OECD Skills Strategy. OECD.

The Council of the European Union. (2012). *Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity*.

Volunteer bénévoles Canada(2013). Volunteering and Older Adults final report February, 2013. Ottawa: Volunteer Canada.

World Health Report(2001). Mental Health, New Understanding, New Hope. Geneva: Word Health Organization.

〈일본〉

みずほ総合研究所(2012). 「懸念される介護離職の増加」求められる『全社員対応型・両立支援』への転換

警察庁(2010). 平成21年の犯罪. 東京：警察庁

厚生労働省(2012). 認知症施策推進５か年計画(オレンジプラン)（平成25年度から29年度までの計画

_____(2013a). 介護給付費実態調査月報(平成25年1月審査分)

_____(2013b). 介護人材の確保について社会保険審議会介護保険部会(第47) 資料

厚生労働省(2014). 特別養護老人ホームの入所申込者の状況

厚生労働省医政局(2014).「全国医政関係主管課長会議資料」(平成26.3.3)

厚生労働省統計協会(2011).「国民の福祉の動向2011·2012」

国土交通省(2011). 都市型コミュニティの在り方と新たなまちづくり政策研究会. 東京: 国土交通省.

国立社会保障, 人口問題研究所(2014). 生活保護に関連した公的統計情報の概要. 東京：国立社会保障・人口問題研究所

寺沢, 根岸(2014).「医療提供体制及び介護保険制度改革の概要と論点」『立法と調査』351.

小笠原祐次, 橋本泰子, 浅野仁編(2005). 高齢者福祉. 東京：有斐閣.

社会福祉学習双書編集委員会(2012.) 老人福祉論：高齢者に対する支援と介護保険制度. 東京：社会福祉法人全国社会福祉協議会.
総務省(2013). 平成25年情報通信白書. 東京：総務省.
総務省統計局(2013). 労働力調査(速報). 東京：総務省統計局.
総務省(2007) 平成19年就業構造基本調査報告. 東京：総務省.
東京大学高齢社会総合研究機構(2014). 東大がつくった高齢社会の教科書. 東京: Benesse.
湯原悦子(2011). 「介護殺人の現状から見出せる介護者支援の課題」『日本福祉大学社会福祉論集』第125号.
内閣府(2005). 2005年度経済財政白書. 발행장소: 内閣府.
_____(2008). 平成20年度 年次経済財政報告 東京: 内閣府.
_____(2009) 平成20年度 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査結果. 東京：内閣府.
_____(2012). 平成24年度版高齢者社会白書. 東京: 内閣府.
_____(2013). 新しい 高嶺社會對策對講 骨子案. 東京: 内閣府.
日本経団連(2008). 人口減少に対応した経済社会のあり方. 東京: 日本経団連.
法務省(2012).「犯罪白書」.
NHK 無縁社会プロジェクト取材班(2010).『無縁社会』文藝春秋.
NEWSポストセブン(2014).「認知症の高齢者が交通事故 家族が監督責任問われることも」(2014.03.01.)

〈독일〉

Aner, K. (2010). "Soziale Altenhilfe als Aufgabe Sozialer Arbeit", in Aner, Kirsten und Karl, Ute(Hrsg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter, *Wiesbaden: VS Verlag fur Sozialwissenschaften,* pp.33-50.
Arbeitsgruppe Alte Menschen im NationalenSuizidpräventionsprogram m für Deutschland(2013). *Wenn das Altwerden zur Last wird Suiz*

idprävention im alter. Köln: gefördert vom BMFSFJ.

Asam, W. (2010). "Kommunale Alten(hilfe-)planung und SGB XI", in Aner, Kirsten und Karl, Ute(Hrsg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter, *Wiesbaden: VS Verlag fur Sozialwissenschaften*, pp.59-66.

Bäcker, G., Naegele, G., Bispinck, R., Hofemann, K., & Neubauer, J. (2010). *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland (Band2).* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

BMAS(2009). *Sozialbericht(A 101-09).* Bonn.

_____(2013). *Sozialbericht(A101-13).* Bonn.

BMFSFJ(2010). *auf der Suche nach der passende Wohn- und Betreuungsform.* Meckenheim: DCM GmbH.

_____(2013a). *Altenbericht.* Berlin.

_____(2013b). *Deutsche Alterssurvey.* Berlin.

_____(2013c). *Länger zuhause leben- Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter.* Frankfurt am Main: Druck— und Verlagshaus Zarbock.

_____(2013d). *Informationen zum Programm Anlaufstellen für ältere Menschen.*

Deutsche Seniorenliga e.V.(2013). *Familienpflegezeit.* Bonn: gefördert vom BMFSFJ.

Fischer, A., Nullmeier, F., Rulff, D., Schroeder, W., Sellin, P., Wiesenthal, H. (2013). *Sicherheit und Fairness in der alternden Gesellschaft: Bericht der Demographie-Kommission der Heinrich Böll Stiftung.* Reinheim: Lokay Druck.

Munimus, B. (2013). Generationenkonflikt? Vielleicht später- Neue Machtarithmetik in der alternden Gesellschaft. *Neue Gesellschaft Frankfurter Hefte, 11,* pp.29-31.

Statistisches Bundesamt(2012). *Mikrozensus: Haushaltszahlen ab 2005.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Wurm, S., Berner, F., Tesch-Romer, C. (2013). *Altersbilder im Wandel. Aus Aus Politik und Zeitgeschichte, 2013*(4-5), pp.3-8.

〈이탈리아〉

Hong, Moini, G., Pancaldi, F., Raitano. M, Jessoula, M., Stasi, S., et al. (2012). 주요국의 사회보장제도: 이탈리아. 한국보건사회연구원.

De Pretto, D., Montemurro, F., Mancini, G. (eds.) (2012). Il Rapporto sille condizioni sociali degli anziani in Italia. Auser.

Girotti, F. (1998). Welfare state: storia, modelli e critica. *Roma: Carocci.*

ISTAT (2014). Rapporto annuale 2014. Roma: ISTAT

Jessoula, M., Pavolini, E. (2013).Country Document 2013: Pensions, health and long-term care. ASISP

Misiani, A. (2011). "Finanziaria 2011: fine delle politiche sociali?". *Prospettive Sociali e Sanitarie*. 51(1): 19-20.

Pizzuti, F.R. (2011). *Rapporto sullo stato sociale 2011. Questione giovanile, crisi e welfare state.* Roma: Dipartimento di Economia e Diritto alla "Sapienza".

Regione Emilia Romagna (2007). "Piano di azione per la comunita` regionale. Una societa` per tutte le eta`: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo". *Gruppo di lavoro interassessorile.*

Zenezini, M. (2009). "Invecchiamento della popolazione, crescita, occupazione". *Studi e Note di Economia, 3,* pp.431-468.

〈홈페이지〉

국민건강보험공단(2011). 요양보호사 및 장기요양기관 대표자 설문조사 실시. 보도자료. 국민건강보험공단 홈페이지. http://www.nhic.or.kr에서 2014. 9.23 인출.

노르웨이 통계청. Statistics Norway. Time use survey 2010. www.ssb.no/ 에서 2014. 8.14 인출.

도로교통공단. TAAS 교통사고 분석시스템. http://taas.koroad.or.kr에서 2014. 8. 6 인출.

행정자치부(2014a). 어린이보호구역 현황. http://mogaha.go.kr 에서 2014. 8.9 인출.

_____(2014b). 노인보호구역 현황. http://mogaha.go.kr 에서 2014. 8.9 인출.

에밀랴 로만냐주. 에밀랴 로만냐 주의 노인사회서비스 현황. http://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani에서 2014. 6.19 인출

_____. 에밀랴 로만냐 주의 의료제도 현황. http://www.ausl.re.it/ticket-esenzioni.html 에서 2014. 6.20 인출

이탈리아 변호사. http://www.lawyer-in-italy.net에서 2014. 9.25 인출.

일본 통계청. Statistics Japan, Time use survey 2011. www.stat.go.jp/english/data/shakai.에서 2014. 8.25 인출.

핀란드 통계청. Statistics Finland, Time use survey 2009-2010. www.stat.fi/til/akay/index_en.html 에서 2014. 8.20 인출.

통계청(2013). 인구동향조사. http://kosis.kr/wnsearch/totalSearch.jsp 에서 2014.08.25. 인출.

통계청(2012). 고령자고용현황. http://kosis.kr/wnsearch/totalSearch.jsp 에서 2014.08.26. 인출.

한국재가노인복지협회(2013). http://www.kacold.or.kr/Front/Board/View.asp?MenuNum=s,0,5&pdsno=2298&col=&searchstr=&page=1

&kind=dansin.에서 2014.09.25. 인출.

한국중앙자원봉사센터. (2013.12.31.), 2013년 12월 31일 현재 봉사통계현황. www.1365.go.kr에서 2014. 9.16 인출.

大阪市ホームページ. 오사카시의 고령자 복지서비스 현황. http://www.city.osaka.lg.jp/fukushi 에서 2014.05.30. 인출.

Alzheimer Europe(2009). Prevalence of dementia in Europe. http://www.alzheimer-europe. org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe에서 2014. 9. 3 인출.

Australian Bureau of Statistics(2011). 2010 Voluntary work. Australian Bureau of Statistics. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120919132719/ 2014. 8.16 인출.

BMFSFJ. (Dez. 8. 2010). Altersgerecht umbauen – Förderprogramm der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW). http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aktuelles,did=165498.html에서 2014. 6. 25 인출.

_____. (Jul. 31. 2013). Aktionsprogramm "Sicher leben im Alter" (SiliA). http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere/menschen,did=14 0394.html에서 2014. 5. 25 인출.

_____. (Jun. 25. 2014). Zuhause im Alter – Wohnen im Alter.http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=128292.html에서 2014. 6. 25에 인출.

_____. (Nov. 1. 2012). Initiative "Neue Bilder im Alter“. http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=174230.html에서 2014. 5. 25에 인출.

Epoch Time. (Sep. 14. 2013). Bundesagentur: Bis 2016 fehlen fast 40.000 Pflegekräfte. http://www.epochtimes.de/Bundesagentur--Bis-2016-fehlen-fast-40000-Pflegekraefte-a1092375.html에서 2014. 5. 8 인출.

Institute for volunteering research(2014). Volunteering stats 2013-2014. http://www.communities.gov.uk/communities/research/citizenshipsurvey/에서 2014. 8.18 인출.

J-CASTニュース. (2014.04.19). 「認知症で『徘徊』『行方不明』年間1万人時代が来た 地域ぐるみで解決図る『大牟田モデル』に感心高まる」(2014.04.19.).

manager-magazin. (Oct. 22. 2013). 900.000 Menschen brauchen Grundsicherung. http://www.manager-magazin.de/politik/artikel/mehr-alte-menschen-bekommen-sozialhilfe-a-929242.html에서 2014. 5. 7 인출.

Milano 노인범죄 현황, http://www.ilgiorno.it/milano/cronaca/2013/10/07/961563-truffa-anziani-consigli-difendersi.shtml에서 2014. 5. 26 인출

Pflege.de. (2014). Neues Pflegeberufegesetz: Was Entscheider wissen sollten. https://www.pflege.de/magazin/fachinformationen/pflegeberufegesetz에서 2014. 5. 9 인출.

Spiegel. (Oct. 9. 2013). Polizei registriert mehr kriminelle Senioren. http://www.spiegel.de/panorama/justiz/wachsende-seniorenkriminalitaet-stellt-polizei-vor-herausforderungen-a-926994.html에서 2014. 5. 7 인출.

Steffen Kröhnert. (May. 11. 2006). Zur demografischen Lage der Nation. bpb. http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/70883/demografische-lage-der-nation에서 2014. 5. 8 인출.

Veneto 노인범죄 현황. http://messaggeroveneto.gelocal.it 에서 2014. 5.25 인출.

ZDF. (Aug. 22. 2013). Pflege im Ausland - gut und günstig?. http://www.zdf.de/volle-kanne/pflege-im-ausland-29395408.html에서 2014. 5. 8 인출.