

연구보고서 2016-09

노인복지정책 진단과 발전 전략 모색



정경희 · 강은나 · 이윤경 · 황남희 · 양찬미

【책임연구자】

정경희 한국보건사회연구원 선임연구위원

【주요 저서】

인구구조 변화에 따른 노인복지정책의 발전방향
한국보건사회연구원, 2015(공저)

2014년도 노인실태조사
보건복지부-한국보건사회연구원, 2015(공저)

【공동연구진】

강은나 한국보건사회연구원 부연구위원

이윤경 한국보건사회연구원 연구위원

황남희 한국보건사회연구원 부연구위원

양찬미 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2016-09

노인복지정책 진단과

발전 전략 모색

발행일 2016년 12월 31일

저자 정경희

발행인 김상호

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인쇄처 (주)범신사

가격 10,000원

발간사 <<

2016년 현재 65세 이상 노인인구는 전체 인구 중 13.2%에 달하는 676만 3000명이다. 이는 2000년의 노인인구 339만 5000명과 비교할 때 두 배에 달하는 규모이다. 또한 통계청에서 제시한 기준과 추계에 의하면 10년 후인 2025년에는 노인인구(65세 이상)가 1000만 명을 넘어서며, 전체 인구에서 차지하는 비중도 20%에 달할 것으로 예상되고 있다. 또한 2037년에는 65세 이상이 1,605만 9687명으로 전체 인구의 30%를 넘어설 것으로 추계되고 있다. 즉 정책 대상자로서의 절대적인 노인인구 규모가 급속히 증가하고 있다. 정책적 대응에 있어 고령화율 증대에 관심을 둬으로써 우리 사회의 고령화에 따른 사회적 문제 해결과 사회 시스템의 변화가 가능했다면, 노인인구의 규모 증대에 주목함으로써 노인 개개인의 삶의 질에 대한 관심의 구체화가 가능할 것이다. 이러한 맥락에서 볼 때 노인인구의 절대적인 규모 증가와 다양성 증대에 적절히 대응한 자원 배분의 우선순위 설정, 구체적인 노인복지정책 수립 및 방향 설정 등이 중요하다 하겠다. 통계청이 고령사회(Aged Society)로 규정하고 있는 노인인구(65세 이상)의 비중이 14%에 달하는 2018년이 가까워진 시점에서 지금까지의 노인복지정책의 발전과정을 살펴보고 향후 발전 전략을 모색해 보는 것은 시의적절할 것이다.

최근까지 노인복지와 관련한 많은 연구가 이루어졌지만, 대부분이 노인의 특성 파악과 정책 분석을 별도로 실시하여 노인복지정책이 노인의 특성과 욕구에 상응하고 있는가를 점검하지는 못하였다. 한편 정책 방안 제시를 목적으로 한 연구의 경우는 특정 정책 영역을 집중적으로 연구하거나 폭넓은 정책 방안 모색의 일부로 노인복지정책을 다루고 있어 제시

된 방안과 방향성이 포괄성과 구체성을 동시에 확보하지 못하고 있는 상황이다. 또한 기존의 노인복지정책 진단과 발전 전략은 5년 정도의 단기 주기로 모색되거나(예: 저출산·고령사회기본계획의 일부, 치매관리종합계획(2016~20)), 개별적인 정책별로 성과 평가가 이루어지고 있어(예: 저출산·고령사회정책 성과 평가) 정책 패러다임의 변화를 모색하기에는 한계가 있다.

2000년대 초반, 고령화라는 현상이 사회에 미치는 파급 효과에 대해 관심을 가지므로써 우리 사회의 대응력이 한 단계 도약하였다면, 노년기 사회 구성원의 삶에 초점을 둬므로써 노인의 삶의 질 향상과 우리 사회의 지속 가능성을 담보할 수 있는 계기를 마련할 수 있을 것이다. 이러한 배경하에 본 연구는 노인의 특성과 욕구라는 정책 수요자의 시각에서 삶의 다양한 측면에 대한 노인복지정책을 진단하고 앞으로의 발전 방향을 모색해 보고자 한다.

본 보고서는 정경희 선임연구위원의 책임하에 원내의 강은나 부연구위원, 이윤경 연구위원, 황남희 부연구위원, 양찬미 연구원에 의하여 작성되었다. 본 연구진은 바쁘신 중에도 본 보고서를 검독해 주신 본원의 오영희 연구위원, 소중한 검토 의견을 주신 박영란 강남대학교 실버산업학부 교수와 익명의 평가위원들에게 감사드린다. 또한 전문가 조사에 응해 주신 전문가에게도 감사의 마음을 전한다.

2016년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	7
제1절 연구의 배경 및 목적	9
제2절 연구의 내용 및 방법	12
제2장 진단 틀 정립을 위한 검토	15
제1절 진단 틀과 범위	17
제2절 경험적 검토	24
제3장 노후소득보장 정책: 안정적인 노후소득 확보	41
제1절 정책의 발전과정과 개요	43
제2절 정책의 현황과 진단	54
제3절 발전 전략	74
제4장 노인 건강 지원 정책: 건강 유지	83
제1절 정책의 발전과정과 개요	85
제2절 정책의 현황과 진단	102
제3절 발전 전략	128
제5장 노인 돌봄 정책: 적절한 보호	135
제1절 정책의 발전과정과 개요	137
제2절 정책의 현황과 진단	149
제3절 발전 전략	165

제6장 노인의 경제활동 지원 정책: 적절한 일자리	171
제1절 정책의 발전과정과 개요	173
제2절 정책의 현황과 진단	197
제3절 발전 전략	213
제7장 노인의 여가활동 지원 정책: 활기찬 노후 생활	219
제1절 정책의 발전과정과 개요	221
제2절 정책의 현황과 진단	238
제3절 발전 전략	257
제8장 결론	263
제1절 진단 결과 종합	265
제2절 전문가 의견	279
제3절 정책 과제	288
제4절 연구의 한계와 향후 과제	295
참고문헌	297
부록	305
부록 1. 전문가 조사 설문지	306
부록 2. 부표	321

표 목차

〈표 1-1〉 전문가 조사의 응답자 및 응답자 일반 사항	13
〈표 2-1〉 노년기의 4고(苦)와 연계한 제3차 저출산고령사회기본계획의 ‘고령사회 대책’ 분야의 정책 과제	22
〈표 2-2〉 인구 사회 경제적 변화 추이	28
〈표 2-3〉 이상 자녀 수 변동 추이	28
〈표 2-4〉 가치관의 변화 추이	29
〈표 2-5〉 인구고령화 추이	30
〈표 2-6〉 노인의 출생 연도별 노화 추이	31
〈표 2-7〉 노인의 특성 관련 향후 변화	34
〈표 3-1〉 국민연금제도의 변천	47
〈표 3-2〉 기초연금제도의 변천	49
〈표 3-3〉 기초연금제도 개요	49
〈표 3-4〉 국민기초생활보장제도 개요	51
〈표 3-5〉 2016년도 급여 종류별 선정 기준	52
〈표 3-6〉 공적연금 수급자 및 수급률: 65세 이상	55
〈표 3-7〉 기초연금 수급 현황	56
〈표 3-8〉 국민기초생활보장 수급 현황	57
〈표 3-9〉 연도별 국민연금의 소득 대체율	58
〈표 3-10〉 출생 연도별 국민연금(노령연금)의 수급 개시 연령	59
〈표 3-11〉 기초연금(안)의 주요 내용	60
〈표 3-12〉 노후소득보장제도 진단 틀	63
〈표 3-13〉 진단 틀별 분석 단위	65
〈표 3-14〉 노인가구의 소득 구성	66
〈표 3-15〉 노후소득보장제도의 대상 충분성(수급률)	67
〈표 3-16〉 빈곤 여부별 노인가구의 노후소득보장제도 수급률 및 평균 수급 금액	69
〈표 3-17〉 노후소득보장급여의 적절성(빈곤율과 빈곤갭)	70

〈표 3-18〉 노후소득보장제도의 형평성(노인의 특성별 빈곤율과 빈곤갭)	73
〈표 3-19〉 공적연금제도의 형평성(노인의 특성별 빈곤율과 빈곤갭)	74
〈표 4-1〉 65세 이상 노인 의료비 증가	89
〈표 4-2〉 노인 지역사회통합건강증진사업의 구성 및 주요 내용	95
〈표 4-3〉 치매 관리 사업	97
〈표 4-4〉 대한민국 연령별 10만 명당 자살자 수(2014)	102
〈표 4-5〉 평균수명 및 기대여명 추이	103
〈표 4-6〉 65세 이상 인구의 사망 원인	105
〈표 4-7〉 노인의 주요 만성질환 유병률 추이	106
〈표 4-8〉 노인의 건강관리 실천 행위	108
〈표 4-9〉 노인의 일상생활 동작의 자립률	108
〈표 4-10〉 우리나라 보건의료 자원 현황	112
〈표 4-11〉 우리나라 공공 보건의료기관 인프라 현황	112
〈표 4-12〉 의료서비스 이용률	113
〈표 4-13〉 의료서비스 만족도	113
〈표 4-14〉 향후 늘려야 할 복지서비스(65세 이상)	114
〈표 4-15〉 노인 건강 지원 사업과 대상자	115
〈표 4-16〉 노인복지관 건강생활지원사업 프로그램	116
〈표 4-17〉 지역사회 노인 건강증진 프로그램의 유형별 운영 현황	117
〈표 4-18〉 충청남도 15개 시·군 보건소 혈압 및 식수 2시간 조절률 평균 비교	119
〈표 4-19〉 본태성 고혈압 환자와 당뇨병 환자의 매일 복용하는 처방 의약품 성분 수 분포 ..	121
〈표 4-20〉 고의적 자해(자살)에 의한 사망률(65세 이상)	122
〈표 4-21〉 노인 건강 지원 사업별 내용	126
〈표 4-22〉 연령군별 보건기관을 이용하게 되는 주된 이유	127
〈표 5-1〉 노인 돌봄 정책별 서비스 종류	142
〈표 5-2〉 노인장기요양보험 등급별 인정 점수 기준 변화	143
〈표 5-3〉 장기요양급여의 월 한도액(2015년 기준)	144
〈표 5-4〉 노인 돌봄 정책 수급 대상자 수 추이	152

〈표 5-5〉 노인 돌봄 정책 수급 대상 보장성의 지역별 형평성	154
〈표 5-6〉 노인장기요양보험 재가입 서비스의 월 급여 한도액	156
〈표 5-7〉 장기요양급여의 월 한도액(2015년 기준)	157
〈표 5-8〉 노인장기요양보험 보험 자격 및 급여 유형별 이용 비율	159
〈표 5-9〉 등급별 시설급여 이용 비율	160
〈표 5-10〉 노인장기요양서비스의 공급 현황	163
〈표 6-1〉 2016년 노인일자리 및 사회활동 지원 사업 내용	182
〈표 6-2〉 노인취업지원센터 사업 수행 체계 및 역할	184
〈표 6-3〉 대한노인회 취업지원센터 2015년 연령별 알선 및 취업 현황	185
〈표 6-4〉 대한노인회 취업지원센터 2015년 직종별, 연령별 취업 현황	186
〈표 6-5〉 노인일자리 및 사회활동 참여자 선발기준표(2016년 기준)	188
〈표 6-6〉 노인일자리사업 참여노인 일반적 특성 비교	189
〈표 6-7〉 시장형 및 인력파견형 사업의 세부내용	190
〈표 6-8〉 사회활동 및 민간 일자리 참여노인 비중 변화	191
〈표 6-9〉 노인복지예산 및 노인일자리사업 예산	192
〈표 6-10〉 고령자친화기업 사업추진 실적	193
〈표 6-11〉 고령자친화기업 근로자 현황	194
〈표 6-12〉 시니어인턴십 사업 유형별 지원현황	195
〈표 6-13〉 시니어인턴십 사업추진 실적	196
〈표 6-14〉 시니어인턴십 참여자 성별 및 연령대	196
〈표 6-15〉 노인일자리사업 참여노인과 참여희망자의 일반적 특성 비교	198
〈표 6-16〉 노인일자리사업 참여노인의 참여 이유	199
〈표 6-17〉 노인일자리사업 참여노인 일반적 특성 비교	200
〈표 6-18〉 근로지속·희망노인의 일반적 특성	203
〈표 6-19〉 근로능력 및 근로희망 여부에 따른 유형별 특성	205
〈표 6-20〉 희망일자리의 특성	206
〈표 6-21〉 연령군별 희망하는 시간당 급여수준	209
〈표 6-22〉 일반특성별 희망 근로시간 및 희망 근로소득	210

〈표 6-23〉 현재 근로노인 및 근로희망노인 간 특성 비교	212
〈표 7-1〉 노인복지법상의 노인여가복지시설의 목적 및 특징	226
〈표 7-2〉 노인복지법상의 노인여가복지시설 수 변화 추이	226
〈표 7-3〉 주요 노인 여가활동 지원 시설의 목적 및 특징	235
〈표 7-4〉 노인복지법상의 노인여가복지시설 수 변화 추이	236
〈표 7-5〉 노인의 주말이나 휴일의 여가 활용	239
〈표 7-6〉 노인의 제특성별·활동 내용별 사회참여 현황	241
〈표 7-7〉 노인의 노인여가복지시설 이용 현황	243
〈표 7-8〉 65세 이상 노인의 일반 특성별 평생교육 프로그램 참여 실태	245
〈표 7-9〉 여가활동별 중요성 및 이행 실태에 관한 전문가 평가	248
〈표 7-10〉 65세 이상 노인의 일반 특성별 자원봉사활동 참여 영역	252
〈표 7-11〉 65세 이상 노인의 일반 특성별 노인을 위한 지출 유무 및 월평균 지출액	253
〈표 7-12〉 노년기 사회참여 관련 인프라 현황(시설 수)	254
〈표 7-13〉 노년기 사회참여 관련 인프라 현황(기관당 노인 수)	256
〈표 7-14〉 전문가가 평가하는 각 주체의 역할의 중요성	258
〈표 8-1〉 노인복지정책의 영역별 인프라 구축 및 주요 서비스	269
〈표 8-2〉 노인복지정책의 영역별 법적 기반 및 기본계획	270
〈표 8-3〉 노인복지정책의 영역별 예산 부담 방법	273
〈표 8-4〉 노인복지정책의 영역별 진단 결과	277
〈표 8-5〉 노인복지정책 영역별 중요성 절대 평가	280
〈표 8-6〉 노인복지정책 영역별 중요성 상대 평가	280
〈표 8-7〉 노인복지정책 영역별 이행 실태 절대 평가	280
〈표 8-8〉 노인복지정책 영역별 노인의 욕구 대비 충분성	281
〈표 8-9〉 노인복지정책 영역별 다른 연령층에 대한 정책적 관심 대비 충분성	282
〈표 8-10〉 노인복지정책 영역별 사회적 재정적 능력 대비 충분성	282
〈표 8-11〉 노인복지정책 영역별 대상자 규모의 적절성	283
〈표 8-12〉 노인복지정책 영역별 급여 서비스 수준의 적절성	284
〈표 8-13〉 공적 서비스 제공의 가장 큰 문제점	284

〈표 8-14〉 노인복지정책 발전 방향 고려 요소	285
〈표 8-15〉 노인복지정책 발전 전략 기본 원칙	285
〈표 8-16〉 향후 10년간 중점 시행 영역	286
〈표 8-17〉 서비스 제공 시 정부 역할의 중요성	287
〈표 8-18〉 서비스 제공 시 시민 사회(NGO) 역할의 중요성	287
〈표 8-19〉 서비스 제공 시 민간 시장 역할의 중요성	287
〈표 8-20〉 노인복지정책의 영역별 발전 전략	293

그림 목차

[그림 1-1] 연구 진행 과정	13
[그림 2-1] 현대화 이론과 연계한 노인 문제	21
[그림 2-2] 한국의 고령화 대응 정책의 발전 단계	25
[그림 2-3] 연령별 노인인구 구성비 전망	31
[그림 2-4] 노인의 가구 형태 변화와 전망	33
[그림 2-5] 노인의 교육수준 변화와 전망	33
[그림 2-6] 보건복지부의 노인복지예산 규모 추이(1993~2015)	36
[그림 2-7] 보건복지부 노인복지예산의 영역별 예산 구성비(2007~2015)	37
[그림 2-8] 노인장기요양보험 재정 수입·지출 현황	38
[그림 2-9] 연도별 노인 의료비의 변화 추이	39
[그림 2-10] 연도별 국민연금 기금 운용 규모 및 급여 지출액 변화	39
[그림 2-11] 연도별 국민연금 노령연금 수급자 및 1인당 평균 수급액 변화	40
[그림 3-1] 노후소득보장 체계도	45
[그림 3-2] 노후소득보장제도의 도입 및 주요 변화	53
[그림 4-1] 노인 건강수준 기준에 따른 정책의 범위	87
[그림 4-2] 건강보험 노인 진료비 본인부담경감 추진 현황	90
[그림 4-3] 노인건강검진사업 추진경과	94
[그림 4-4] 의료기관(밀도) 분포	125
[그림 5-1] 노인 돌봄 정책의 변화 과정	138
[그림 5-2] 노인 돌봄 정책의 수급 대상자 기준	151
[그림 5-3] 노인장기요양기관 평가결과	161
[그림 6-1] 민간 취업지원정책 변화과정	177
[그림 6-2] 노인일자리사업 내용의 변화과정	179
[그림 6-3] 취업 상태별 향후 취업 희망 여부	202
[그림 6-4] 노인경제활동 정책수요 규모	204

[그림 6-5] 경제활동참여노인의 근로조건	208
[그림 6-6] 건강 및 경제상태에 따른 일자리 지원 유형	218
[그림 7-1] 노인의 여가활동 지원 관련 주요 정책의 변화 과정	237
[그림 7-2] 노인의 여가활동 관련 다양한 공공시설 및 민간시설	259
[그림 8-1] 노인복지정책의 주요 발전과정	267
[그림 8-2] 노인복지사업 전달체계 현황	271



Abstract <<

Evaluation, Policy Issues and Strategies Regarding Welfare Polices for Older Persons

With rapid demographic changes in Korea, the population aged 65 and over have increased in both proportion and number. In 10 years, those aged 65 and over will take up 20% of the Korean population. In addition, the diversity among older persons is increasing because of the dramatic socioeconomic changes over the last 40 years. Therefore, it is time we come up with long-term policy strategies in response. Under these circumstances, this study is aimed to evaluate welfare polices on older persons and suggest strategies to enhance their quality of life.

This study consists of four parts. Part 1 reviews previous evaluations of policies on older persons and existing statistics on the characteristics of older persons. Part 2 presents the results of evaluation(in terms of the coverage, adequacy and equity) of policies concerning economic security, health, long-term care, labor and leisure activities. Based on these evaluations, policy issues and strategies are discussed. Part 3 presents the results of survey regarding policy issues and strategies of welfare polices for older persons. The respondents are professors and researchers on gerontology. The last part makes policy suggestions and priority setting toward the society older persons can enjoy stable and active lives.



1. 연구의 배경 및 목적

노인인구의 절대적인 규모 증가와 다양성 증대로 인하여 경험적 기반에 기초한 구체적인 노인복지정책 수립 및 방향 설정 등이 요구되고 있다. 따라서 노인인구(65세 이상)의 비중이 14%에 달하는 2018년이 가까워진 시점에서 지금까지의 노인복지정책을 노인의 특성과 욕구라는 정책 수요자의 시각에서 진단하고 향후 발전 방향을 모색해 보고자 한다.

2. 주요 연구 결과

노년기의 4고[苦(빈곤, 질병, 소외, 무위)]로 언급되는 4종류의 문제를 해결하기 위하여 수행하고 있는 정책을 중심으로 방향성, 충분성(양적 측면), 적절성(질적 측면), 형평성의 측면에서 검토하였다. 이를 정리하면 다음과 같다.

〈표〉 정책 대상과 내용: 정책 영역별 진단

영역(목표)	방향성	충분성(양적 측면)	적절성(질적 측면)	형평성
노후소득 보장 정책 (안정적인 노후소득 확보)	<ul style="list-style-type: none"> 다층적 노후소득 보장체계 구축을 위한 노력 경주 그러나 목표에는 미달한 상황 	<ul style="list-style-type: none"> 수급률을 기준으로 할 때 개별 제도별 수급률 측면에서는 아직 목표 미달성 	<ul style="list-style-type: none"> 빈곤율과 빈곤갭: 적극적인 노후소득 보장 정책 개선 노력에도 불구하고 노인 빈곤율 40%대 유지 	<ul style="list-style-type: none"> 인구 사회학적 특성별(지역, 성, 연령) 빈곤율 및 빈곤갭 발생. 이러한 지역별·성별·연령 집단별 노후 소득보장제도의 빈곤율 감소의 양상은 공적연금의 제도 설계에 기인

4 노인복지정책 진단과 발전 전략 모색

영역(목표)	방향성	충분성(양적 측면)	적절성(질적 측면)	형평성
노인 건강 정책 (건강 유지)	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험에 의하여 노인의료서비스 접근성이 크게 향상되었음. 그러나 건강 수준의 향상까지 이어지지 않는 못함 	<ul style="list-style-type: none"> 의료비 지원의 충분성은 제고되었으나 비합리적 의료 이용에 대한 지적 보건 의료 자원의 충분성은 제고되었으나 노인관점에서 관심은 부족 서비스 종류별 충분성의 편차 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 서비스 내용의 질적 적절성: 욕구에 기초한 체계적인 노인 건강증진 프로그램 진행 부족 서비스 제공 인력 부족 및 지자체 역량 강화 필요 정보 불충분으로 인한 약물 오남용 등의 문제 발생 노인 자살 문제에 대한 체계적인 관심 부족 	<ul style="list-style-type: none"> 의료 이용에 있어 소득 계층별 형평성 문제 발생 지역별 공공 의료의 형평성 부족
노인 돌봄 정책 (적절한 보호)	<ul style="list-style-type: none"> 방향성은 최근 경향에 따라 적절하게 설정되어있으나 실제 운영은 그렇지 못함 	<ul style="list-style-type: none"> 정책 설계는 요양 필요도와 소득 수준, 가구 형태에 따라 촘촘하게 마련되었으나 제도별 사각지대 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 급여량: 1~2등급자의 급여량 부족 급여 내용: 신체 및 인지 기능 강화를 위한 급여 부재 서비스 질: 제도 초기에 비해 하향 서비스 공급 및 전달체계: 서비스 유형별 공급에 편차 발생, 노인요양시설과 요양병원 간의 역할 혼재의 문제 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 서비스 간의 형평성 문제 발생: 시설급여와 재가급여의 서비스내용의 차이가 있으나 본인 부담금에는 큰 차이 없음 지역별 서비스 제공 규모에 있어서 형평성의 문제 발생
노인의 경제활동 지원 정책 (적절한 일자리)	<ul style="list-style-type: none"> 노년기의 근로에 대한 의미 고찰 없이 사업 진행 고용과 복지로 이원화되어 진행 	<ul style="list-style-type: none"> 노인일자리사업의 불충분성(수요는 현재 공급량에 비해 약 4배 이상) 사업 대상의 욕구와 사업 구조의 불일치성 	<ul style="list-style-type: none"> 미충족 수요 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 남자, 고학력 노인, 독거노인, 도시 지역 거주 노인, 건강 노인의 근로 욕구 대비 취업 가능 일자리 불충분
노인의 여가활동 지원 정책 (활기찬 노후)	<ul style="list-style-type: none"> 노인 여가에 대한 규정과 조정이 명확하지 않거나, 노인을 사회적 약자로 보고 있어 노인 전체 인구에 대한 정책적 접근을 하지 않는 한계 	<ul style="list-style-type: none"> 다양한 여가활동에서의 미충족 욕구 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 사회참여활동의 범주 대비 현재 공적 영역 정책의 적절성 부족 	<ul style="list-style-type: none"> 인프라 분포상의 낮은 수준의 지역별 형평성 일반적인 여가활동뿐만 아니라 비용을 지급하는 여가활동에 있어서의 매우 큰 성별 차이와 소득 수준별 차이 발생

3. 정책적 함의 및 과제

정책 진단 결과에 기초하여 도출된 정책적 함의를 정책 영역별로 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 노후소득보장 정책과 관련해서는 적절성과 관련하여 노인의 빈곤 감소 목표 설정의 합리성 제고와 소득 대체율 조정을 통한 국민연금의 소득보장 기능 강화, 충분성과 관련해서는 기초연금의 급여수준 조정 및 국민기초생활보장의 부양 의무자 기준 완화, 형평성과 관련해서는 형평성 제고를 위한 국민연금 개선 방향 마련이 제안되었다.

둘째, 노인 건강 지원 정책과 관련해서는 적절성이 가장 큰 문제로 파악되었다. 적절성 제고를 위한 방법으로는 이용자 중심의 맞춤형 노인 건강 증진 사업 추진 및 서비스 개발과 인력 및 인프라의 질적 개선 및 지역사회에서 나이 들기(Aging in Place)의 구현 등이 제시되었다.

셋째, 노인 돌봄 정책의 경우는 적절성 제고를 위한 연속적 돌봄 체계 구축, 재가 중심 보호의 확대를 위한 체계 개편과 서비스의 질 향상 방안 모색이 제안되었다.

넷째, 노인의 경제활동 지원 정책의 경우, 노년기 경제활동에 대한 관점 정립을 통하여 적절성 제고를 위한 적극적인 민간 일자리 연계 및 발굴, 보건복지부와 고용노동부의 적극적인 협업이 제안되었다. 또한 노인의 건강 및 경제 상태에 따른 맞춤형 지원을 통하여 정책의 적절성과 형평성을 제고할 필요성이 있다.

다섯째, 노인의 여가활동 지원 정책과 관련해서는 정책의 지향성을 적절한 공공과 민간의 역할 분담 방안 모색으로 설정하고, 다양한 여가활동에 대한 균형 잡힌 지원을 통하여 적절성을 제고하며, 서비스 내용과 인력의 고려 친화성을 증대할 것을 제안하였다.

6 노인복지정책 진단과 발전 전략 모색

마지막으로 노인보건복지기본계획(가칭)과 서비스의 내용 대비 담당 행정 체계, 또는 전문기관의 적절성과 전문성에 대한 체계적인 점검이 주기적으로 이루어지기 위해서는 추진 체계에 관한 규율을 노인복지법에 포함할 것을 제안하였다.

* 주요 용어: 노인복지정책, 방향성, 충분성, 적절성, 형평성

제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법



제1절 연구의 배경 및 목적

고령화에 대한 정책적 관심이 구체화된 것은 UN이 정한 세계 노인의 해(1999년)와 고령화율이 7%를 넘어선 2000년 전후였다. 2002년 개최된 제2차 고령화에 관한 국제회의와 저출산고령사회기본법 제정(2005년 5월) 등은 한 정책적 관심의 구체화를 가속화하였다. 이러한 현상의 바탕에는 노인의 양적 증대가 더 이상 무시할 수 없는 사회적 현상이라는 인식이 깔려 있다. 높아진 정책적 관심은 저출산고령사회기본계획으로 이어져 1차(2006~2010), 2차(2011~2015), 3차(2016~2020) 기본계획이 수립·실천되고 있다. 그런데 이는 정책 대상자로서의 노인 개개인에 대한 관심이라기보다 고령화라는 현상에 대한 관심에 무게의 중심이 있는 것이 사실이다.

한편으로는 치매나 노인장기요양과 같이 노인을 정책 대상으로 설정하고 있는 정책 분야에서도 개별적인 계획이 수립되고 있다. 또한 역사적으로 노인복지정책을 담당해 온 보건복지부를 넘어서 고용노동부, 문화체육관광부 등 다양한 부처에서도 노인을 대상으로 한 특화된 정책을 모색하고 있다. 그러나 이러한 개별적인 정책은 노인의 삶의 질 향상에 있어 우선순위에 대한 조율이나 영역별 균형에 대한 충분한 고려 없이 계획·시행되고 있다.

또한 우리 사회의 압축적인 사회 경제적 변화로 인하여 노인의 특성이 급속히 변해 가고 있다는 점도 노인을 대상으로 하는 정책을 수립하는 데

있어 유의해야 할 점이다. 1994년도부터 실시되어 온 각 노인실태조사에 기초해 볼 때 노인의 도시 지역 거주율이 꾸준한 증가 추세를 보이고 있으며, 평균수명의 증대 등으로 인하여 후기노인의 비율이 증가하였고, 노인의 교육수준이 크게 향상되었다. 또한 사회 경제적 변화와 더불어 가치관의 변화 등이 종합적으로 반영되어, 노년기의 대표적인 거주 형태가 자녀 동거에서 단독가구로 변화하였다(정경희 등, 2014). 이러한 노인의 특성 변화는 노인을 더 이상 하나의 집단으로 볼 수 없게 한다. 즉 노인의 특성 변화는 다양성 증대로 나타나며, 이러한 증대가 노인 내부의 다양성을 반영한 맞춤형 정책 개발의 요구로 이어지는 것이다.

2016년 현재 65세 이상 노인인구는 전체 인구 중 13.2%에 달하는 676만 3000명이다. 이는 2000년의 노인인구 339만 5000명과 비교할 때 두배에 달하는 규모이다. 또한 통계청에서 제시한 기준과 추계에 의하면 10년 후인 2025년에는 노인인구(65세 이상)¹⁾가 1000만 명을 넘어서며, 전체 인구에서 차지하는 비중도 20%에 달할 것으로 예상되고 있다. 또한 2037년에는 65세 이상이 1,555만 8000명으로 전체 인구의 30%를 넘어설 것으로 추계되고 있다(통계청, 2016a). 즉 정책 대상자로서의 절대적인 노인인구 규모가 급속히 증가하고 있다. 고령화율 증대에 주목함으로써 우리 사회의 고령화에 따른 사회적 문제 해결과 사회 시스템의 변화가 가능했다면, 노인인구의 규모 증대에 주목함으로써 노인 개개인의 삶의 질에 대한 관심의 구체화가 가능할 것이다. 이러한 맥락에서 볼 때 노인인구의 절대적인 규모 증가와 다양성 증대에 적절히 대응한 자원 배분의 우선순위 설정, 구체적인 노인복지정책 수립 및 방향 설정 등이 중요하다 하겠다. 통계청이 고령사회(Aged Society)로 규정하고 있는 노

1) 몇 세부서가 노인인가를 둘러싼 다양한 논의가 있지만 기본적인 통계 생산 및 국제적인 논의가 65세 이상을 노인으로 하고 있다는 점에서 65세 이상을 노인으로 언급하고자 함.

인인구(65세 이상)의 비중이 14%에 달하는 2018년을 앞둔 시점²⁾에서 지금까지의 노인복지정책의 발전과정을 살펴보고 향후 발전 전략을 모색해 보는 것은 시의적절할 것이다.

최근까지 노인복지와 관련한 많은 연구가 이루어졌지만, 대부분이 노인의 특성 파악과 정책 분석을 별도로 실시하여 노인복지정책이 노인의 특성과 욕구에 상응하고 있는가를 점검하지는 못하였다. 한편 정책 방안 제시를 목적으로 한 연구의 경우는 특정 정책 영역을 집중적으로 연구하거나 폭넓은 정책 방안 모색의 일부로 노인복지정책을 다루고 있어, 제시된 방안과 방향성이 포괄성과 구체성을 동시에 확보하지 못하고 있는 상황이다. 또한 기존의 노인복지정책 진단과 발전 전략의 모색은 5년 정도의 단기 주기로 노인복지정책의 발전 방향이 모색되거나[예: 저출산고령사회기본계획의 일부, 치매관리종합계획(2016~2020)], 개별적인 정책별로 성과 평가가 이루어지고 있어(예: 저출산고령사회정책 성과 평가) 정책 패러다임의 변화를 모색하기에는 한계가 있는 것도 사실이다.

2000년대 초반에 고령화라는 현상이 사회에 미치는 파급 효과에 대해 관심을 가짐으로써 우리 사회의 대응력이 한 단계 도약하였다면, 노년기 사회 구성원의 삶에 초점을 둬으로써 노인의 삶의 질 향상과 우리 사회의 지속 가능성을 담보할 수 있는 계기를 마련할 수 있을 것이다. 이러한 배경하에 본 연구는 노인의 특성과 욕구라는 정책 수요자의 시각에서, 삶의 다양한 측면에 대한 노인복지정책을 진단하고 향후 발전 방향을 모색해보고자 한다.

2) 연구가 시작된 시점에서의 통계청 인구추계에 의하면 2017년에 노인인구의 비중이 14%를 넘어서는 것으로 추정되었지만, 2016년 12월 8일에 발표된 새로운 인구추계에 의하면 이 시점이 2018년으로 1년 늦어지는 것으로 전망되었음.

제2절 연구의 내용 및 방법

본 연구는 연구 목적을 구현하기 위하여 다음과 같은 내용과 방법으로 수행되었다. 첫째, 주요 영역별 노인복지정책을 진단함에 앞서 진단의 틀을 정립하였다. 이를 위하여 관련 문헌을 고찰하였다. 더불어 관련된 다양한 통계를 활용하여 사회적 배경 및 노인의 특성 변화를 전망하였다. 둘째, 정립된 진단 틀에 기초하여 주요 영역별 진단을 실시하였다. 이를 위하여 관련 참고문헌 검토와 통계 자료 분석을 실시하였다.

또한 전문가와의 회의를 통하여 전반적인 방향을 설정하고, 이를 기반으로 한 구조화된 설문지를 활용하여 전문가 조사를 실시하였다. 설문지는 구조화된 질문과 서술식 질문을 모두 포함하고 있으며, 노인복지정책 전반에 관한 질문과 영역별 질문으로 구성되었다.

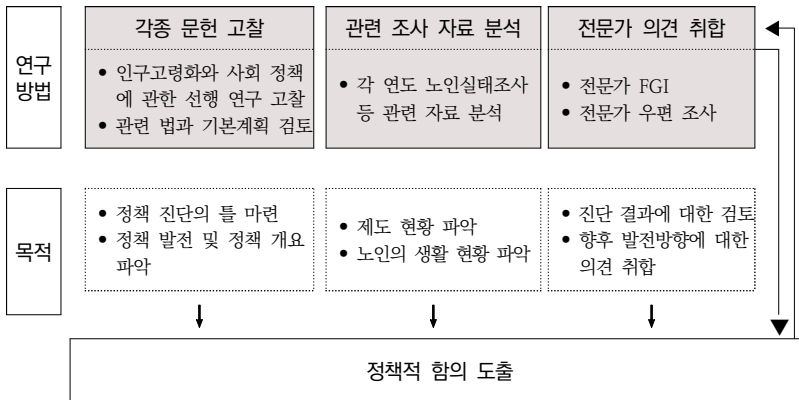
전문가 조사는 고령 분야의 다수 연구 경험을 갖고 있는 전문가 54명을 대상으로 하여 실시되었고, 그중 39명이 조사에 응답하였다. 노인복지정책 전반은 모든 전문가에게 응답을 요청하였으며, 영역별로는 응답자가 가장 많은 관심을 두고 있는 2개의 영역을 골라 응답하도록 하였다. 응답자의 특성을 살펴보면 대학교수가 23명, 연구기관 종사자가 15명 등이며 노인복지 분야 연구 기간은 평균 15.8년이다. 영역별 응답자를 살펴보면 14명(건강 지원 정책 영역)부터 25명(돌봄 정책)까지의 분포를 보이고 있다.

〈표 1-1〉 전문가 조사의 응답자 및 응답자 일반 사항

구분		응답자
총응답자 수		39명
근무지	대학	23명
	연구기관	15명
	기타(공무원)	1명
노인복지 분야 연구 기간		평균 15.8년 (표준편차 6.57)
영역별 응답자	소득보장 정책	19명
	건강 지원 정책	14명
	돌봄 정책	25명
	경제활동 지원 정책	21명
	사회참여활동 지원 정책	22명

이러한 연구 과정을 정리하면 [그림 1-1]과 같다.

[그림 1-1] 연구 진행 과정





제 2 장

진단 틀 정립을 위한 검토

제1절 진단 틀과 범위

제2절 경험적 검토



2

진단 틀 정립을 위한 검토 <<

다양한 영역의 노인복지정책을 체계적으로 진단하여 성과를 파악하고 해결해야 할 과제와 쟁점을 도출하기 위해서는 진단 틀을 마련하고 노인의 기본적인 특성의 변화 추이를 살펴볼 필요가 있다. 이에 본 장에서는 진단 틀을 마련하기 위한 이론적 검토를 실시하고 노인의 특성 변화 추이를 전망해 보고자 한다.

제1절 진단 틀과 범위

1. 기본 개념 검토

사회정책을 검토하는데 가장 근간이 되는 출발점은 Gilbert & Terrel(2013)에 의하여 제시된 바 있다. Gilbert & Terrel에 의하면 사회정책은 할당(Allocation), 급여(Provision), 전달체계(Delivery), 재정(Finance)이라는 4가지 측면에서 검토될 수 있다. 할당은 수급 자격 즉 정책의 대상을 의미하는 것으로 귀속적 욕구, 사회적 공헌에 대한 포상, 또는 전문가 판단 등에 의하여 대상자가 선정된다. 급여의 경우는 현금, 사회서비스, 기회, 권력 등이 이에 속하며 대체적으로 현금서비스와 현물 서비스는 구분되는 경향이 있다. 전달의 경우, 서비스를 전달하는 구체적인 방법으로는 중앙집권적 또는 지방분권적인 제공, 공공행정이거나 또는 민간 전문가가 제공하는 방법 등이 있다. 재정의 경우 재원을 어떻게 조달하는가 하는 재정 조달의 방법을 의미하는 것으로 공공 자원, 민간 자원,

공공과 민간 재원의 혼합 등이 대표적인 방법이다. 할당(Allocation), 급여(Provision)는 노인을 대상으로 한 정책에 한정하여 고찰할 수 있지만, 전달체계(Delivery)와 재정(Finance)은 노인복지정책뿐만 아니라 한 국가의 전반적인 서비스 전달체계의 맥락과 자원 분담이라는 틀 속에서 논의되어야 한다는 점에서 본 연구에서는 노인(과 노인을 구성원으로 하는 가족)에게 제공되고 있는 서비스의 내용에 초점을 두고자 한다.

한편 누구에게 어떠한 서비스를 제공할 것인가를 논의하는 데 있어 출발점이 될 수 있는 기준으로는 다양한 논의가 이루어진 바 있다. 송근원, 김태성(2008)에서는 기술적 및 정치적 실현 가능성, 효율성, 효과성, 사회적 효과성, 사회적 형평성의 6가지를 제시하고 있다. 한편 박성복, 이종렬(2000)은 노력성, 능률성, 효과성, 적절성, 형평성, 대응성, 체제 유지성, 과정 등 8가지의 기준을 제시한 바 있다. 또한 안해균(1984)은 정책 평가 기준으로 효과성, 형평성, 능률성, 대응성, 적절성 등의 5가지를 제시하고 있다. Gilbert & Terrel(2013)의 경우는 이러한 4가지 선택의 차원과 더불어 사회적 정의를 평등(Equality)과 형평성(Equity) 및 적정성(Adequacy)이라는 측면에서 논의하고 있다. 평등은 모든 사람을 동등하게 대우해야 한다는 수리적 평등성(Numerical Equality)과 개개인의 특징 및 장점에 상응하는 대우를 해야 한다는 비례적 평등성(Proportional Equality)의 측면이 있는데, 그중 형평성은 비례적 평등성과 일맥상통한다. 적정성은 적절한 수준의 서비스를 제공해야 한다는 주장을 담고 있다.

2. 진단 틀 정립

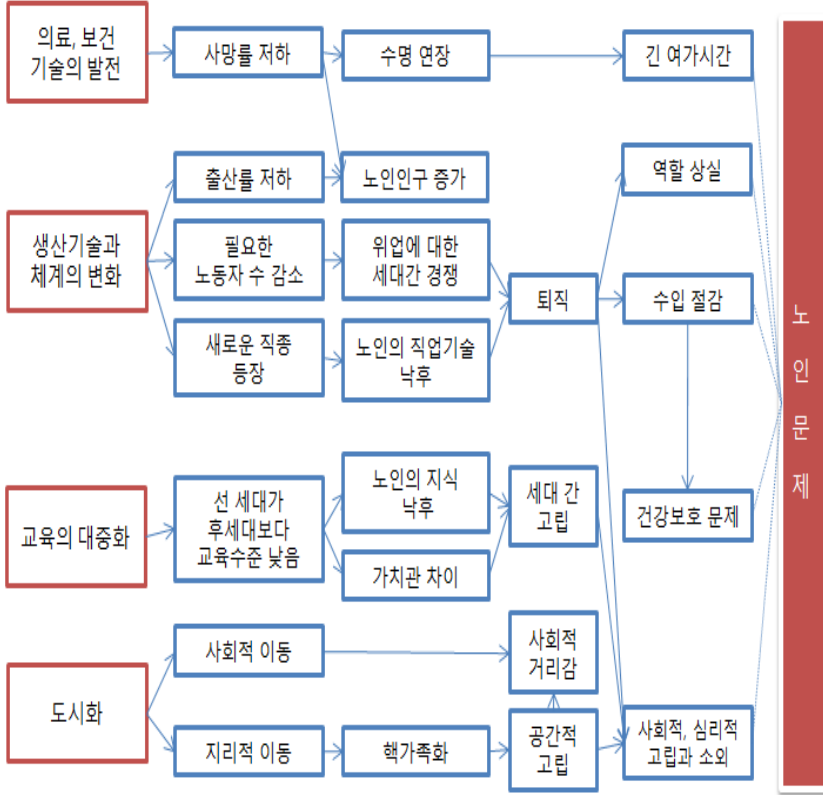
본 연구는 노인복지정책을 진단함에 있어 Gilbert & Terrel(2013)가 제시한 차원을 활용하고자 한다. 할당과 급여는 누구에게 어떠한 내용의 서비스를 제공할 것인가와 관련된 것으로, 노인복지정책의 경우 노인(과 노인을 구성원으로 하는 가족)에게 어떠한 서비스를 제공할 것인가로 이어진다. 할당의 경우는 비용적 효과성과 사회적 효과성 중 무엇을 우선시할 것인가에 대한 논의와 서비스 제공에서는 선택의 자유와 사회적 통제 중 어떤 것을 중요하게 고려하여 정책 대상자를 선정할 것인가가 이슈가 될 수 있다.

한편 이러한 각 차원에 대한 진단을 실시함에 있어 적절성과 형평성이 확보되어 있는가에 관심을 두고자 한다. 적절성은 사전적으로 알맞고 올바른 성질로 정의하는데, 본 연구에서는 서비스의 적절성을 의미하는 것으로 양적 및 질적인 적절성을 모두 살펴보고자 한다. 이때 양적인 적절성은 충분성으로, 질적인 적절성은 괜찮은 수준의 적절한 서비스가 제공되고 있는가로 표현될 수 있을 것이다. 한편 형평성은 동등한 자를 동등하게, 동등하지 않은 자를 동등하지 않게 취급하는 것을 의미하는 개념으로, 소수 집단의 배제 문제를 해결하기 위한 노력이 이루어지고 있다. 이러한 적절성과 형평성에 관한 논의는 주로 건강정책과 관련하여 건강보험의 보장성과 의료서비스 이용에 있어서의 형평성을 둘러싸고 활발히 논의되었다(이선희, 2008; 신호성, 2009; 이용재, 2010; 김계숙, 2013; 정형선, 2013). 이와 더불어 각 영역별 주요 정책의 발전 과정을 살펴봄으로써 정책의 방향성이 적절히 정립되었는지도 검토할 것이다.

3. 진단 대상 정책의 범위

주요 검토 대상 정책으로는 노년기의 4고[궂(빈곤, 질병, 소외, 무위)]로 언급되는 4종류의 문제를 해결하기 위하여 수행하고 있는 정책으로 한정하고자 한다. 최성재, 장인협(2010)은 노인 문제를 현대화 이론(Cogwill & Homes, 1972)과 연계하여 설명하고 있는데, 사회 경제적 변화에 따라 노년기에는 긴 여가 시간, 역할 상실, 수입 절감, 건강 보호 문제가 발생하게 되며, 이러한 현상을 노년기의 4고[궂(빈곤, 질병, 소외, 무위)]로 정리하고 있다(그림 2-1 참조). 이는 또한 Maslow의 위계적 욕구론에 의할 때 각 단계별 욕구의 충족을 의미하기도 한다. 마슬로의 위계적 욕구론에 의하면 인간은 삶에 의미와 만족을 주는 욕구에 의해서 동기화되는데 욕구 단계는 욕구의 강도에 따라서 생리적 욕구(the Physiological Needs), 안전 욕구(the Safety Needs), 소속과 애정의 욕구(the Belongingness and Love Needs), 자존의 욕구(the Esteem Needs), 자아실현의 욕구(the Self Actualization)의 위계질서를 갖는다. 빈곤이나 질병으로부터의 고통을 해소하는 것은 생리적 욕구와 안전 욕구의 충족, 무위와 고독의 완화를 목표로 하는 정책은 소속과 애정의 욕구, 자존의 욕구, 자아실현의 욕구와 관련 있다 하겠다.

[그림 2-1] 현대화 이론과 연계한 노인 문제



자료: 최성재, 장인협(2010). [그림 2-2](p.44) 재인용.

개별 사회는 경제활동 중단에 따른 수입 감소와 그로 인한 빈곤 문제의 발생, 생물학적 노화 과정에서 발생하는 질병 발생에 대응한 적절한 건강 관리와 보호의 문제, 경제활동 중심의 사회 구성과 연령 분리적인 사회에서 발생하는 소외 문제, 수명 연장 및 역할 상실로 인해 발생하는 무위의 문제 등에 대응하기 위하여 다양한 정책을 마련하게 된다. 따라서 국가별

22 노인복지정책 진단과 발전 전략 모색

정책의 구체적인 내용은 상이하게 마련이다. 현재 우리나라에서의 4고(苦)와 관련된 노인복지정책의 내용은 제3차 저출산·고령사회기본계획의 ‘고령사회 대책’ 분야의 과제가 가장 포괄적인 것으로 판단된다.³⁾ 따라서 본 연구는 <표 2-1>에 정리된 것과 같은 정책을 범위로 설정하되, 개별적인 정책보다는 정책을 통하여 노년기의 4고(苦) 해소에 어느 정도 근접해 있는지를 양적인 충분성, 질적인 측면에서의 적절성, 형평성이라는 기준으로 검토하고자 한다.⁴⁾

<표 2-1> 노년기의 4고(苦)와 연계한 제3차 저출산·고령사회기본계획의 ‘고령사회 대책’ 분야의 정책 과제

과제명	세부과제	노년기의 4고(苦)
1. 노후소득보장 강화		
1-1. 공적연금 강화	1인 1국민연금 확립(복지부) 연금 분할 청구권 제도 확대(인사처/교육부) 기초연금 내실화(복지부) 다층 노후소득보장체계 내실화(복지부)	빈곤
1-2. 주택·농지연금 대폭 확산	주택연금 대폭 활성화를 통한 노후소득 증대(금융위) 농지연금 확산으로 고령·농업인 노후소득 증대(농식품부)	
1-3. 퇴직·개인연금 활성화	퇴직·개인연금 확산·정착(고용부/금융위)	
1-4. 노후 준비 여건 확충 ¹⁾	장수 리스트를 대비한 금융 시스템 개선(금융위) 노후 준비 지원 확대(복지부)	
2. 활기차고 안전한 노후 실현		
2-1. 고령자 건강 생활 보장	고령자 운동 활성화(복지부) 고령자 질병 예방 및 관리 강화(복지부/식약처) 고령자 정신건강 관리 강화(복지부) 노인 의료비 부담 경감(복지부)	질병

3) 사회보장정책의 비전과 정책 과제를 종합적으로 제시하는 사회보장기본계획(1차, 2014~18)에서는 생애 주기별 맞춤형 사회안전망을 구축한다고 하는 정책 목표하에 평안하고 활력있는 노후를 위한 방안으로 노후소득보장 강화, 노후의 건강 및 안전 제고, 안정되고 보람있는 노후생활 지원을 제시하고 있음.

4) 이는 최성재, 장인협(2010)의 분류에 따르면, 개인 고령화에 초점을 두는 분석으로 인구 고령화에 따른 사회적 문제 해결은 포괄하지 않는 것임.

과제명	세부과제	노년기의 4고(苦)
	포괄 간호·간병서비스 확대(복지부) 장기요양보험제도 고도화(복지부) 치매에 대한 대응 체계 강화(복지부) 호스피스 활성화 등 후기 의료 체계 강화(복지부)	
2-2. 고령자 사회참여 기회 확대	고령 세대의 여가 기회 확대(문체부) 고령 친화형 콘텐츠 개발(문체부) 고령자 문화·여가 인프라 개선(복지부) 고령자 자원봉사 지원 체계 강화(복지부) 고령자 사회활동지원사업의 공익활동 내실화(복지부) 고령자 교육 기반 확충(복지부) 계층별 맞춤형 평생교육 활성화(교육부) 시·도·시·군·구·읍·면·동까지 연계된 국가 평생교육 진흥 추진 체계(교육부)	무위와 소외
2-3. 세대 간 이해 증진	세대 간 이해 증진 기회 확대(복지부) 효행 장려 풍토 조성 및 확산(교육부)	(소외)
2-4. 고령자 친화적 주거 환경 조성	고령자를 위한 임대주택 공급 확대(국토부) 고령자가 안전하고 편리하게 살기 위한 주거 여건 마련(국토부) 원스톱 주거 지원 안내 시스템 구축(국토부)	-
2-5. 고령자 안전 및 권익 보장	노인 학대 예방 체계 강화(복지부) 노인 안심 생활 지원(복지부) 고령 운전자 안전 관리 강화(경찰청) 고령 보행자 교통사고 감소(경찰청)	-
3. 여성, 중고령자, 외국인력 활용 확대		
3-2. 중·고령자 근로기반 확대 ¹⁾	60세 정년제의 성공적 안착 집중 지원(고용부) 정년 제도 중장기 개선 방안 검토(고용부) 장년기 근로 시간 단축 활성화(고용부) 중·고령자 취업 지원 활성화(복지부/고용부) 중·고령자 창업 지원 체계 강화(고용부/기재부) 고령 근로자 친화형 작업 환경 개선 지원(고용부) 은퇴자 직무 경험 활용 제도 활성화(고용부/미래부/중기청) '고령' 기준 재정립을 위한 사회적 합의 방안 마련 추진(복지부)	무위

주: 1) 고령사회 대책이라는 명칭하에 속해 있는 '3. 여성, 중고령자, 외국인력 활용 확대' 중 노인 과 관련이 있는 중고령자 근로 기반 확대 관련 정책을 무위와 관련한 정책으로 분류하여 검토하고자 함. 그 외 사회 체계 정비 차원의 정책으로 사회의 불특정 다수를 대상으로 한 정책은 본 연구의 범위에서 제외함.

자료: 대한민국정부(2015). 제3차 저출산·고령사회기본계획(2016~2020).

제2절 경험적 검토

정책 영역별 진단을 실시하기에 앞서서 노인복지정책의 발달 과정 개요를 정리해 보고, 정책의 수립과 수행에 직간접적인 영향을 주었을 사회적 배경 및 노인의 특성 변화를 살펴보고자 한다. 노인 특성의 경우 현재 까지의 특성 변화와 더불어 향후 전망을 실시해 보고자 한다.

1. 노인복지정책 발달 과정 개요

우리나라의 노인복지정책의 전반적인 발전과정은 [그림 2-2]와 같이 정리할 수 있다. 해방 후 60년간의 노인복지정책의 역사는 해방 후~1950년까지의 요보호 노인을 위한 구호사업기와 60년대의 노인 보호에서 노인복지로의 전환을 위한 기반 마련이라는 초기 단계를 거쳐, 1970년대와 1980년대에 명실상부한 노인복지로의 전환과 기반 마련이 이루어졌다. 1981년에 제정된 노인복지법이 중요한 전기로, 비로소 ‘노인’이 독자적인 서비스 대상으로 부각되었다. 이를 기반으로 하여 기존의 산발적으로 수행되어 오던 노인복지정책이 체계화되기 시작하였다.

다음 단계로의 변화는 2000년을 기점으로 이루어졌는데, 인구고령화라는 문제에 대한 대응이 정책적 어젠더화되었기 때문이다. 저출산고령사회기본법 제정(2005. 5.)이 이루어졌으며, 그에 기초하여 저출산고령사회위원회가 구성되었고 5년마다 저출산고령사회기본계획이 마련되고 있다.⁵⁾

5) 구체적인 서술은 한국보건사회연구원·한국교육개발원, 한국노동연구원·한국여성정책연구원 (2009), 「한국경제60년사」-사회·보건복지분과-에 기술되어 있음.

[그림 2-2] 한국의 고령화 대응 정책의 발전 단계

【정책 발전 단계】	고령화율
요보호 노인을 위한 구호사업기(1948~1961년)	-
↓	
노인보호사업의 실시(1962~1971년)	2.9%(1960) → 3.1%(1970)
↓	
노인복지로의 전환 및 기반 마련(1972~1987년) - 노인복지법 제정(1981)	3.8%(1980)
↓	
노인복지의 확충(1988~1998년)	5.1%(1990)
↓	
고령화에 대한 체계적·구체적인 대응(1999년 이후) - 노인복지 장기 발전 계획 수립(1999) - 저출산고령사회기본법 제정(2005) - 노인장기요양보험, 기초노령연금 도입(2008)	7.2%(2000) → 13.2%(2016)

자료: 한국보건사회연구원에서 개최한 제5차 인구 포럼(2014. 9. 5.)에서 발표한 정경희의 ‘한일 고령화 대응 정책 비교와 발전 방향’의 [그림1]에 기초하여 정리한 것임.

현재까지 세 번의 저출산고령사회기본계획이 수립되었는데, 이를 통하여 정책 기조 및 초점의 변화 추이를 살펴볼 수 있다. 1차 저출산고령사회기본계획에서 2차 저출산고령사회기본계획으로 넘어가는 단계에서는 고령자의 잠재력 실현을 최대화하며, 사전 예방적 접근을 강화하고 정책 대상자 확대 및 정책 범위 확대를 강조하였다(이삼식 등, 2010). 한편 3차 저출산고령사회기본계획은 1차와 2차 기본계획이 제도 도입과 인프라 구축 등에 초점을 두었다고 평가하면서, 3차 기본계획에서는 이를 기반으로 한 제도의 내실화에 중점을 두겠다고 천명하고 있다. 또한 노인인구의 양적 증대 및 질적 수준의 변화에 대응하기 위하여 정책이 다양해져야 한다고 강조한 바 있다. 더불어 세부 정책 간의 연계성과 상호 보완성을 고려해야 함도 강조하고 있다(이삼식 등, 2015). 이를 위한 전략으로

는 사각지대 해소 및 급여수준 제고를 통하여 실질적인 소득보장을 가능하게 하고, 사전 예방 및 관리 강화를 통하여 건강 수명을 제고하며, 일반적 생활 영역으로 문화여가 지원을 확대함으로써 문화여가 지원의 범주를 확대하여 질적 수준을 제고하고, 교통 안전의 적극적 조치, 이용 시설의 안전을 강화함으로써 안전 수준 및 대상 영역을 확대하는 것을 제시한 바 있다.

2. 사회적 배경과 노인의 특성 변화

가. 인구·사회·경제·문화적 변화

정책이 진공 상태에서 수립되고 수행되지 않는다는 점에서 노인복지정책의 배경이 되어 온 우리 사회의 인구·사회·경제·문화적 변화 추이를 살펴볼 필요가 있다. 노인인구의 증가, 고령화율 증대와 더불어 평균수명도 증가하여 1970년에 62.3세이던 평균수명이 최근 82.1세로 약 20세 증가하였다. 즉 노년기가 확장된 것이다.

한편, 평균 자녀 수도 1970년의 4.1명에서 지속적으로 감소하여 2005년 이후 2.4명을 유지하고 있다. 이러한 변화는 평균 가구원 수에도 반영되어 1970년의 5.4명에서 2005년에 2.9명, 2010년 2.7명으로 평균 가구원 수가 급감하였다.

이러한 인구학적 변화와 더불어 사회 경제적 변화도 발생하여 1인당 GNI는 1970년의 253.0달러에서 2015년에 27,213.5달러로 거의 100배에 달하는 규모로 증가하였다. 또한 복지지출의 규모도 커져, 1990년에 3.41%였던 것에 비하여 최근(2014년)에는 13.33%에 달한다. 더불어 국민의 교육수준도 높아져 평균 교육 연수가 1970년의 5.7년에서 2010

년 11.6년으로 두 배에 달하는 규모를 보이고 있다. 즉 우리 사회의 사회 및 경제적 역량이 강화된 것이다.

또한 문화적인 변화를 살펴보기 위하여 출산 및 결혼, 부모 부양과 관련된 가치관을 살펴보면 <표 2-3>~<표 2-5>와 같다. 이상 자녀 수는 1976년에 2.84명에서 2012년 2.22명으로 변화하였는데, 다른 변화에 비해서는 상대적으로 그 변화의 폭이 적다. 이를 평균 자녀 수와 비교하여 살펴보면, 이상 자녀 수라는 가치관의 변화에 비하여 실제 출산 행위의 변화 폭이 컸음을 확인할 수 있다. 또한 결혼과 관련해서는 1998년에는 긍정적인 생각이 약 4분의 3에 달했으나(73.5%) 최근에는 약 절반을 상회하는 수준(57.3%)에 불과하다. 특히 반드시 해야 한다는 견해는 33.6%에서 15.2%로 약 절반 수준으로 감소하였다. 한편 부모 노후 부양과 관련한 변화도 뚜렷하다. 가족이라는 생각이 압도적이었던 것에 비하여 최근에는 가족과 정부·사회의 공동 책임이라는 생각으로 변화하고 있다. 1998년은 가족이라는 응답이 89.9%였으나 최근에는 동 응답이 31.5%에 불과하다. 반면 가족과 정부·사회라는 응답은 2002년에는 18.2%에 불과했지만 2014년에는 47.5%에 달한다. 더불어 스스로 해결해야 한다는 응답은 1998년의 8.1%에서 2014년에는 약 두 배 수준인 16.6%에 달한다. 이러한 가치관의 변화는 노인복지정책을 둘러싼 수요와 대응 방안 마련에 직간접적으로 영향을 주었을 것이다.

28 노인복지정책 진단과 발전 전략 모색

〈표 2-2〉 인구 사회 경제적 변화 추이

	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2015
인구학적 변화							
총인구 수(천 명)	32,241	38,124	42,869	47,008	48,185	49,554	51,015
노인인구 수(천 명)	991	1,456	2,195	3,395	4,321	5,366	6,541
노인인구 구성비(%)	3.1	3.8	5.1	7.2	9.0	10.8	12.8
평균수명(세)	62.3	66.1	71.7	76.0	78.2	80.2	82.1
평균 자녀 수(명)	4.1	3.6	3.0	2.5	2.4	2.4	-
평균 가구원 수(명)	5.4	4.5	3.7	3.1	2.9	2.7	-
사회 경제적 변화							
1인당 GNI(명목, 달러)	253.0	1,703.0	6,515.0	11,951.3	18,654.0	22,147.4	27,213.5
GDP 대비 복지 지출(%)	-	-	3.41	8.01	9.22	11.33	13.33*
평균 교육 연수(년)	5.7	7.6	9.5	10.5	11.2	11.6	-

주: 1) *2014년 통계임.

2) '-': 통계가 구축되어 있지 않음.

자료: 1) 인구학적 변화: 통계청(2016c). 장래인구추계. 국가통계포털(<http://kosis.kr>에서 2016. 12. 20. 인출).

2) 평균수명(출생 시 기대여명): 통계청(2016). 생명표. 국가통계포털(<http://kosis.kr>에서 2016. 12. 20. 인출).

3) 평균 자녀 수, 평균 가구원 수, 평균 교육 연수: 통계청(각 연도). 한국의 사회지표. (<http://kotat.go.kr>에서 2016. 12. 20. 인출).

4) 1인당 GNI: 한국은행(각 연도). 국민계정. 한국은행 경제통계시스템(<http://ecos.bok.or.kr>에서 2016. 12. 20. 인출).

5) GDP 대비 복지지출: 보건복지부, 한국보건사회연구원(2016). 2016년 기준 한국의 사회 복지지출.

〈표 2-3〉 이상 자녀 수 변동 추이

(단위: 명)

	1976	1982	1985	1988	1991	1994	1997	2000	2003	2006	2009	2012
이상 자녀 수	2.84	2.46	2.10	2.05	2.16	2.29	2.29	2.26	2.26	2.28	2.26	2.22

자료: 오영희 등(2016). 출산력 조사(1974~2012)를 활용한 한국의 출산력 변천 과정 연구. 한국보건사회연구원.

〈표 2-4〉 가치관의 변화 추이

(단위: %)

구분	1998	2002	2006	2008	2010	2012	2014
결혼에 대한 견해(15세 이상)							
반드시 해야 한다	33.6	25.6	25.7	23.6	21.7	20.6	15.2
하는 것이 좋다	39.9	43.5	42.0	44.4	43.0	42.4	42.1
해도 좋고 하지 않아도 좋다	23.8	27.2	27.5	27.7	30.7	33.4	38.8
하지 않는 것이 좋다	1.1	1.7	1.8	2.4	2.8	1.5	1.6
하지 말아야 한다	0.2	0.2	0.4	0.5	0.5	0.3	0.4
잘 모르겠다	1.4	1.8	2.6	1.4	1.3	1.8	2.0
부모 노후 부양에 대한 견해							
스스로 해결	8.1	9.6	7.8	11.9	12.7	13.9	16.6
가족	89.9	70.7	63.4	40.7	36.0	33.0	31.5
- 장남(또는 맏며느리)	24.9	21.4	19.5	17.3	13.8	7.1	6.3
- 아들들(또는 며느리)	7.8	19.7	8.1	6.7	7.7	3.9	3.5
- 딸들(또는 사위)	0.6	1.4	0.9	0.9	1.8	0.7	0.7
- 아들과 딸들(모든자녀)	14.5	27.6	49.2	58.6	62.4	74.3	75.2
- 능력 있는 자녀	45.5	30.0	22.2	16.4	14.3	14.0	14.2
가족과 정부, 사회	-*	18.2	26.4	43.6	47.4	48.8	47.5
정부, 사회	2.0**	1.3	2.3	3.8	3.9	4.2	4.4

주: *는 1998년 가족과 정부, 사회에 대한 조사 자료 없음. **는 사회 및 기타 항목임.
 자료: 통계청(각 연도). 사회조사 보고서.

나. 노인의 특성 변화와 전망

1) 노인의 변화 추이

노인복지정책은 노인을 대상으로 한다는 점에서 65세 이상의 규모와 연령 구성비에 대한 이해를 기반으로 해야 한다. 통계청의 인구 추계에 의하면 2016년 현재 65세 이상 노인은 전체인구의 13.2%이며, 이러한 노인인구의 규모는 2025년이 되면 1000만 명을 넘고 2035년이 되면 약 1500만 명이 될 것으로 전망된다. 또한 노인인구 중 75세 이상이 차지하는 비중의 증가세가 뚜렷하다는 점도 인구고령화를 논의함에 있어 간과해서는 안 될 점이다(표 2-5와 그림 2-3 참조). 또한 생애를 보낸 시대적

배경이 노인의 라이프 스타일에 영향을 미칠 수 있다는 점에서 노인의 출생 시기를 살펴보았다. <표 2-6>에 의하면 현재의 노인들은 1947년 이전에 출생한 세대이다. 즉 대부분이 광복 이전에 태어난 세대로 일제 강점기에 태어나 청소년기를 보낸 세대라 할 수 있다. 반면 10년 후인 2026년의 노인들은 1961년 이전에 태어난 세대로, 광복 후 산업화를 청년기로 경험한 베이비붐 세대를 포괄하게 된다. 즉 2010년에 사회적 관심을 집중적으로 받기 시작한 베이비붐 세대가 본격적으로 노년기를 보내게 되는 것이다. 또한 20년 후인 2036년에는 노인의 약 3분의 2가 베이비붐 이후 세대로, 현 노인세대와는 매우 다른 사회적 환경 속에서 성장한 집단이라는 특징을 갖는다.

<표 2-5> 인구고령화 추이

	2016	2020	2025	2030	2035
총인구(천 명)	51,246	51,974	52,610	52,941	52,834
65세 이상 노인(천 명)	6,763	8,134	10,508	12,955	15,176
노인인구 구성비(%)	13.2	15.6	20.8	24.5	28.7
노년 부양비	18.0	21.8	29.4	38.2	47.9
노령화 지수	98.6	123.7	165.6	212.1	253.7

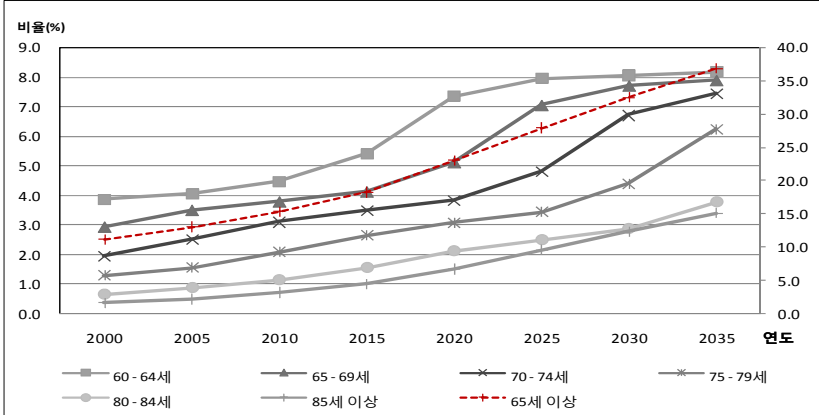
주: 1) 2010년까지는 확정 인구이며, 2011년 이후는 추계 인구[중위(medium) 가정 시나리오임].

2) 노년 부양비: (65세 이상 인구)/(15~64세 인구)*100으로 산출됨.

3) 노령화 지수는 유소년(0~14세) 인구 100명에 대한 65세 이상 고령 인구의 비임.

자료: 통계청(2016c), 장래인구추계, 국가통계포털(<http://kosis.kr>에서 2016. 12. 20. 인출).

[그림 2-3] 연령별 노인인구 구성비 전망



자료: 통계청(2016c). 장래인구추계. 국가통계포털(<http://kosis.kr>에서 2016. 12. 20. 인출).

<표 2-6> 노인의 출생 연도별 노화 추이

출생 연도	2016		2026		2036	
1967~1971년	45~49세	4,447,873	55~59세	4,399,428	65~69세	4,265,773
1962~1966년	50~54세	4,176,619	60~64세	4,072,366	70~74세	3,838,512
1957~1961년	55~59세	4,139,015	65~69세	3,955,941	75~79세	3,521,626
1952~1956년	60~64세	2,993,304	70~74세	2,763,007	80~84세	2,176,084
1947~1951년	65~69세	2,212,452	75~79세	1,900,653	85~89세	1,160,859
1942~1946년	70~74세	1,730,775	80~84세	1,283,211	90~94세	496,169
1937~1941년	75~79세	1,401,047	85 ⁺ (65 ⁺ 인구)	1,205,112 (11,107,924)	95 ⁺ (65 ⁺ 인구)	182,420 (15,641,443)
1932~1936년	80~84세	867,685				
1931년 ⁺ (1947년 ⁺)	85 ⁺ (65 ⁺ 인구)	550,883 (6,762,842)				
고령화율	13.2%		21.1%		29.7%	

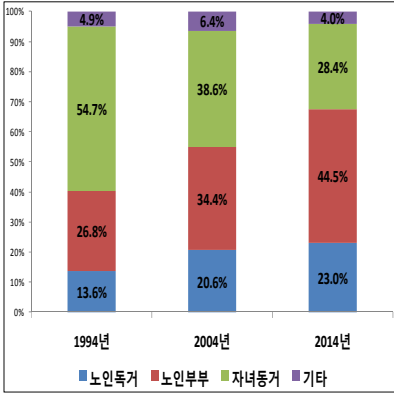
자료: 통계청(2016c). 장래인구추계. 국가통계포털(<http://kosis.kr>에서 2016. 12. 20. 인출).

한편 노년기의 가구 형태에도 큰 변화가 발생하여 20년 전에는 약 절반의 노인이 자녀와 동거하고 있었지만 2014년에는 약 4분의 1만이 자녀와 동거하고 있고 약 3분의 2가 노인단독가구이다. 노인 독거의 비중은 23.0%인데, 이 비율은 통계청의 가구추계에 의하면 2035년도에는 38.0%에 달할 것으로 전망된다. 즉 노인단독가구의 비중은 계속 증가할 것으로 전망된다.⁶⁾ 따라서 자녀 동거를 기본으로 설정한 과거의 노인복지정책은 향후 노년기의 긴 빈 등우리 단계를 보낸 후 혼자 생활하다가 사망에 이르는 과정을 기본으로 설정하는 변화를 추진해야 할 것이다.

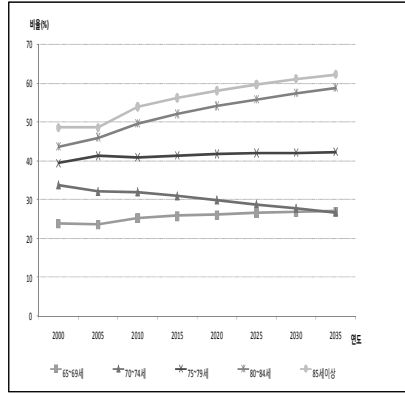
이러한 인구학적 변화 외에도 사회 경제적 위상의 변화도 지속될 것이며 그 변화의 속도 또한 가파를 것으로 전망된다. 20년 전만 해도 노인의 약 3분의 2가 공식적인 교육을 받은 경험이 없었던 것에 비하여 2014년 현재는 노인의 약 3분의 1이 중고등학교 이상의 학력을 갖고 있으며, 2025년에는 약 절반의 노인이 고등학교 이상의 학력을 소지하고 있을 것으로 전망된다. 2035년에는 30.3%가 대학교 이상의 학력자로, 지난 20년간의 변화에 맞먹는 변화를 예상할 수 있다. 이렇게 높아지는 교육수준과 다양화로 인하여 미래의 노인은 다양한 서비스재화를 요구할 것이며, 무엇이 적절한 서비스 수준인가에 대한 생각 또한 변화할 것이다.

6) 가구 추계는 가구주의 연령별로 실시되고 있기 때문에 독거의 비중만을 살펴보았음. 노인 단독가구의 증가에 따른 정책적 함의는 정경희 등(2014b)에 자세히 기술되어 있음.

[그림 2-4] 노인의 가구 형태 변화와 전망

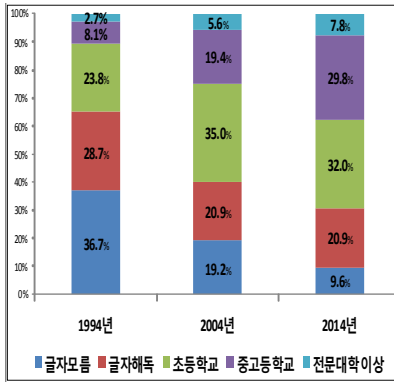


자료 : 각 연도 노인실태조사.

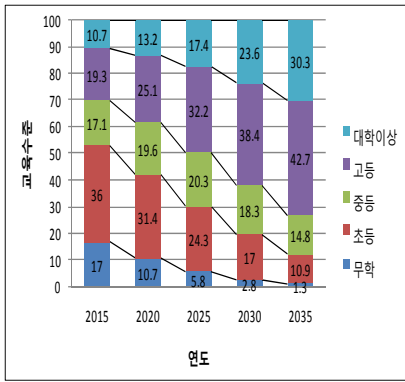


자료 : 장래 가구 추계(2010), 국가통계포털(<http://kosis.kr>).

[그림 2-5] 노인의 교육수준 변화와 전망



자료 : 각 연도 노인실태조사.



주 1) 인구 총조사 2010을 기준으로 추계한 전망치임.
 자료: 인구 총조사 2000, 인구 총조사 2005, 인구 총조사 2010, 국가통계포털(<http://kosis.kr>, 2016년 1월 25일자).

2) 전문가의 전망

우리 사회의 급격한 변화로 인하여 노인의 특성 변화를 계량적으로 전망하기는 어렵다. 이에 전문가들이 예상하는 노인의 특성변화를 살펴보면 <표 2-7>과 같다. 전문가들은 가까운 시일 내에 노인단독가구 형성이 증대할 것이며, 건강상태 개선도 이루어질 것으로 전망하고 있다. 즉 노인의 독자성이 증가할 것으로 판단하고 있는 것이다.

또한 노인의 권리 의식도 가까운 시일 내에 상승할 것으로 판단하고 있다. 그러나 노인의 시민 의식은 이보다는 조금 늦게 강화될 것으로 판단하고 있다. 한편, 소득의 충분성은 현재와 비슷한 수준을 유지하다가 10년 후에나 상승할 것이라는 전망이었다. 이러한 전문가의 의견과 전망은 앞으로 노인복지정책의 방향성을 모색하는 데 참고해야 할 것이다.

<표 2-7> 노인의 특성 관련 향후 변화

구성 요소	현재와 비슷	가까운 시일 내 상승	10년 후 상승
① 노인단독가구 형성	4.3	95.7	-
② 노인 건강상태 개선	8.7	82.6	8.7
③ 노인 소득 충분성 개선	52.2	8.7	39.1
④ 노인의 자아실현 욕구 상황	4.5	81.8	13.6
⑤ 노인의 권리의식 상황	-	87.0	13.0
⑥ 노인의 시민의식 상황	4.5	50.0	45.5

주: 정경희 등(2015). 인구구조 변화에 따른 노인복지정책의 발전 방향의 <표 6-12>(p.126)을 재인용함.

이러한 검토 결과에 기초하여 본 연구에서는 노인인구가 20%가 되는 2025년, 즉 지금으로부터 약 10년 후까지는 해결되어야 할 과제를 도출하고자 한다.

3. 노인복지정책의 전달체계와 재정

가. 노인복지예산 현황⁷⁾

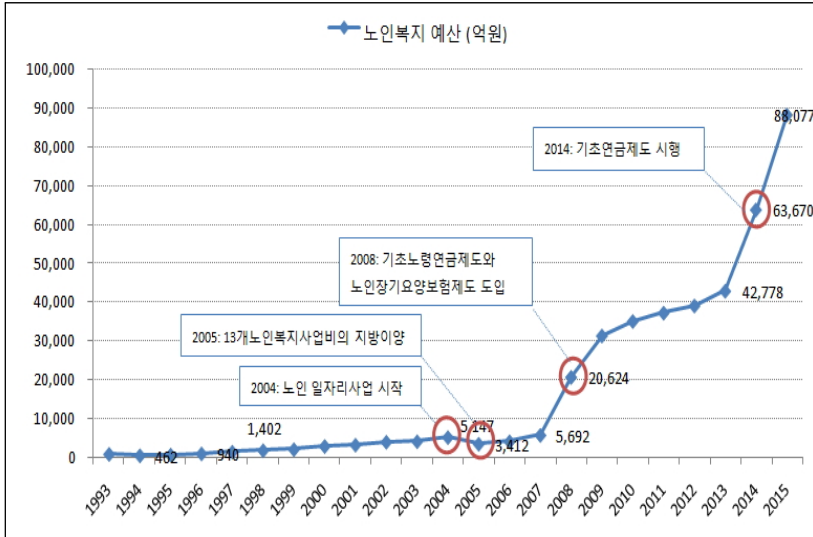
지속적으로 노인복지정책의 구심점이 되어 온 보건복지부 소관 노인복지예산의 변화를 살펴보면, 노인복지예산이 지속적으로 증가하였음을 볼 수 있다. 이는 지난 20년간 노인인구의 증가와 더불어 새로운 정책이 도입되었기 때문이다. 특히 2004년에 시작된 노인일자리사업은 노인복지예산이 증가한 계기가 되었으며, 2005년의 13개 노인복지사업비의 지방이양이 이루어짐으로써 약간 감소하였지만 2006년 다시 반등하였다. 이러한 증가세는 2008년을 분기점으로 하여 급격해졌는데, 이는 기초노령연금제도와 노인장기요양보험제도가 도입되었기 때문이며, 2014년 기초연금제도가 시행되면서 한 번 더 대폭 증가하였다. 이러한 노인 1인당 보건복지정책사업 수혜 금액은 연간 2,055,681원으로 추산되고 있다.

한편, 노인복지예산 구성의 변화 실태를 살펴보면, 2008년을 기점으로 여가·문화·기타 영역에서 소득·건강 영역으로 노인복지정책의 중심축이 바뀌었음을 볼 수 있다. 초기에는 여가인프라 구축 관련 예산이 큰 비중을 차지했지만 2007년 이후 노인복지정책의 관심이 노인소득보장과 노인의료보장으로 집중되는 경향이 나타나는데, 특히 예산 규모 및 증가 폭이라는 측면에서 노인소득보장 영역이 두드러진다. 2007년부터 2015년까지 노인의료보장 영역은 3배(2,050억 원 → 6,296억 원), 노인일자리 영역은 4배(845억 원 → 3,442억 원) 증가한 반면, 노인소득보장 영역은 33배(2,268억 원 → 7조 5,893억 원)로 폭증하고 있어 증가 폭과 규모면에서 월등한 우위를 보여 주고 있으며, 이는 기초연금의 영향에 기인한다.

7) 보건복지부의 노인복지 관련 예산은 정경희 등(2015)에 서술된 관련 내용을 요약한 것임.

36 노인복지정책 진단과 발전 전략 모색

[그림 2-6] 보건복지부의 노인복지예산 규모 추이(1993~2015)

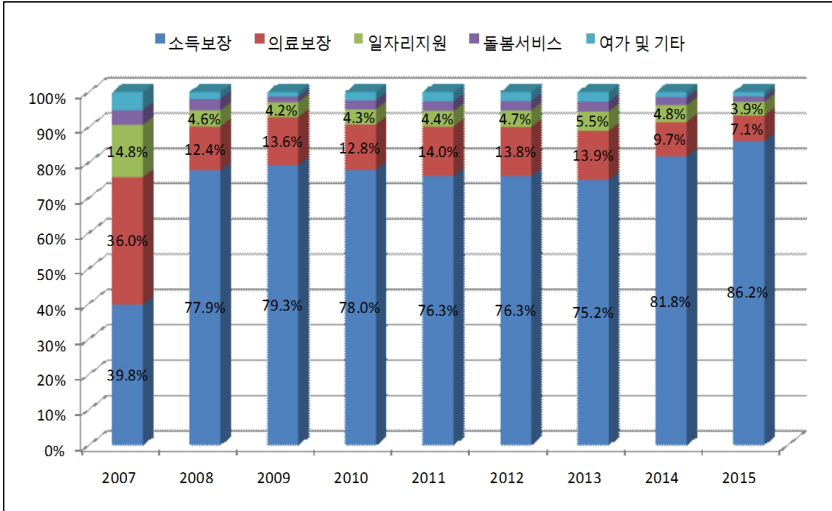


주: 2005년 13개 노인복지사업비 지방 이양으로 예산 감소(지방 이양 사업: 노인생활시설 운영 지원, 재가노인복지시설 개보수, 재가노인복지시설 운영 지원, 노인복지회관 신축, 노인복지회관 운영 지원, 경로당 운영 지원, 경로당 활성화 사업, 경로식당 무료 급식, 저소득 재가노인 식사 배달, 노인 인력 지원 기관 운영 지원, 노인 자원봉사활동 지원, 노인 건강 진단, 치매상담센터 운영 및 등록 환자 지원).

자료: 보건복지부 소관 세입 세출 예산서(각 연도).

영역별 구성비 추이를 [그림 2-7]을 통하여 살펴보면 노인 소득보장 관련 예산의 구성비 증가가 두드러지게 나타나고 있다. 2007년부터 2015년까지 노인 소득보장 영역은 39.8%에서 86.2%로 비중이 월등히 증가하였다. 반면 노인 의료보장 영역과 노인일자리 영역의 예산의 절대 규모는 증가하였지만 소득 관련 예산의 증가세를 따라가지는 못하여 전체 예산에서 차지하는 비중은 각각 36.0%에서 7.1%, 14.8%에서 3.9%로 축소되었다. 한편, 단위 사업별 예산은 기초연금(기초노령연금) 지급, 노인장기요양보험 지원, 노인일자리 지원, 노인돌봄서비스 지원 사업에 편중된 경향을 보이고 있다.

[그림 2-7] 보건복지부 노인복지예산의 영역별 예산 구성비(2007~2015)



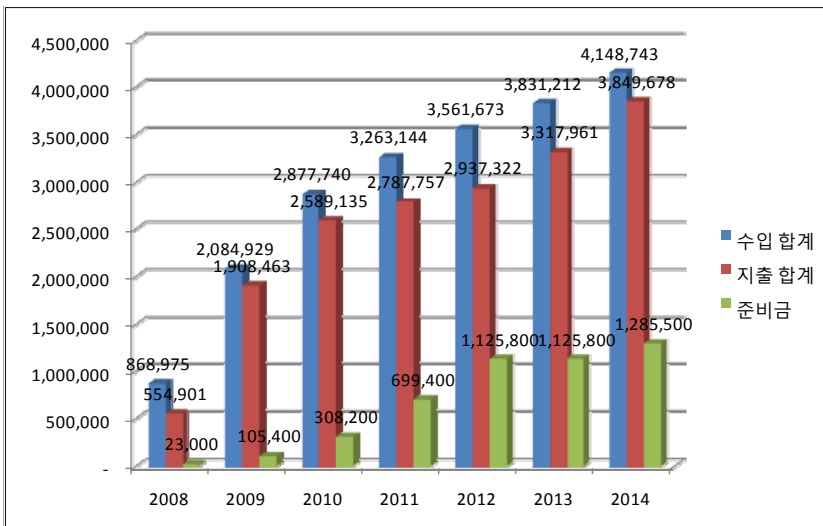
주: 노인복지예산은 보건복지부 소관 세입세출예산서 중 노인복지 관련 항목별 예산을 재구성함.
 자료: 보건복지부 소관 세입 세출 예산서(각 연도).

위에서 살펴본 예산에는 연금보험, 건강보험 등 사회보험 기금 형태로 국가가 일부 부담하는 급여와 보건복지부 외의 중앙부처 단위 사업 내 세부 사업에서 지원하는 급여는 제외되어 있다. 타 부처 예산의 경우 노인만을 특화하여 파악하고 있지 않으므로 아래에서는 보험에 의하여 진행되고 있는 노인장기요양보험과 더불어 모든 연령을 대상으로 하고는 있지만 노년기 삶에 영향을 미치는 건강보험과 국민연금의 예산만을 살펴보고자 한다.

사회보험의 경우는 지급액을 살펴보는 것이 의미 있을 것이다. 노인장기요양보험의 경우 4조 원을 육박하는데, 이는 2008년에 비해 4배 이상 증가한 것으로 지출액 기준 노인 1인당 약 61만 원에 해당하는 규모이다. 건강보험상의 총진료비는 2015년 기준으로 58조 170억 원이며 그중 노인 의료비는 21조 3,615억 원이다. 이는 총진료비의 36.8%에 해당하는 규모로 노인인구 비중에 비하여 월등히 높은 수준이다. 이러한 노인 의료비는 노인 1인당 343만 3000원에 해당하는 규모이다. 한편 국민연금의 경우는 총지출금이 2015년 기준 512조 3,240억 원으로 1인당 노령연금 평균 급여액은 39만 3,962원이다.

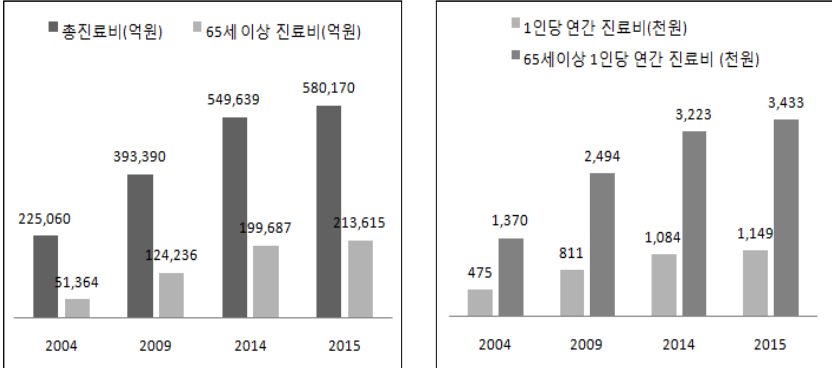
[그림 2-8] 노인장기요양보험 재정 수입·지출 현황

(단위: 백만 원)



자료: 국회예산정책처(2016). 예산안 부처별 분석: 보건복지위원회·여성가족위원회.

[그림 2-9] 연도별 노인 의료비의 변화 추이

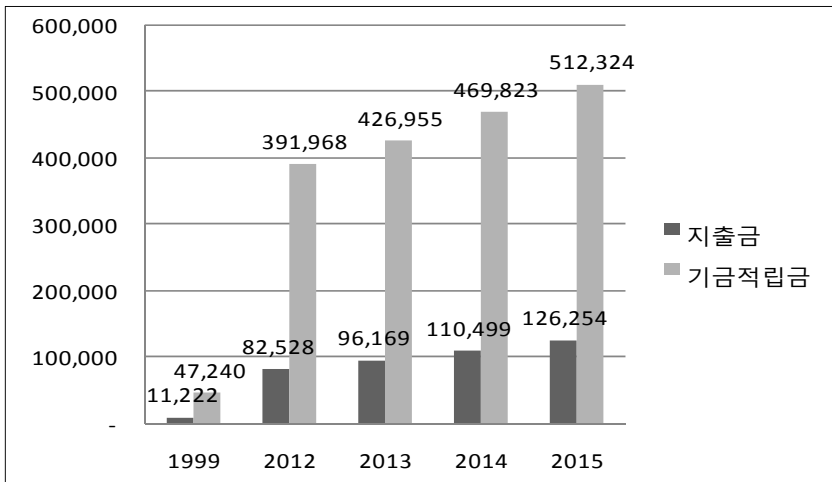


- 주: 1) 적용 인구는 연도 말 기준.
 2) 진료비의 경우, 지급 실적을 기준으로 함.
 3) 1인당 연간 진료비=총진료비/연도 말 건강보험 적용 인구(*연령별 연간 진료비는 해당 연령 별 건강보험 적용 인구를 분모로 함)

자료: 1) 국민건강보험공단. 건강보험 통계 연보 각 연도.
 2) 국민건강보험공단·건강보험심사평가원. 진료비 통계 연보(2009, 2015).

[그림 2-10] 연도별 국민연금 기금 운용 규모 및 급여 지출액 변화

(단위: 십억 원)

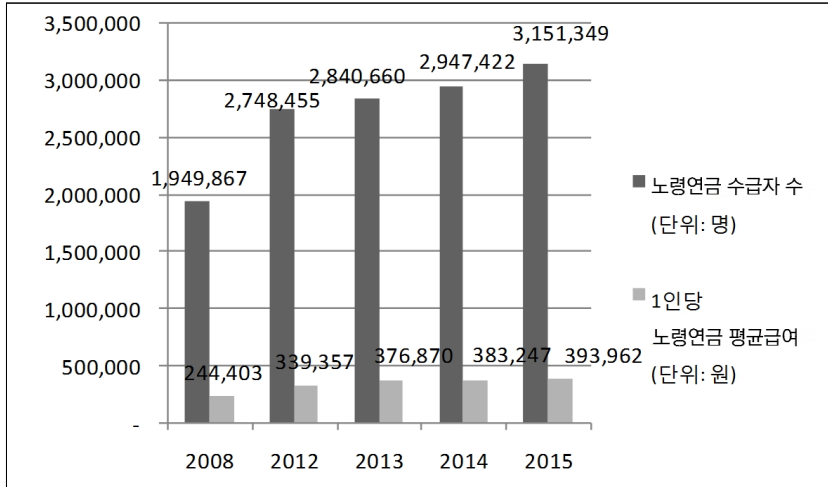


주: 기금 운용 규모(=보험료수입+기금운용수익+기타수입-급여지출액-운용비)는 시가 기준으로, 누계 기준임.

자료: 국민연금공단(2016). 2015 국민연금 생생 통계(원자료: 국민연금 통계 연보 각 호).

40 노인복지정책 진단과 발전 전략 모색

[그림 2-11] 연도별 국민연금 노령연금 수급자 및 1인당 평균 수급액 변화



자료: 국민연금공단(2016). 2015 국민연금 생생 통계(원자료: 국민연금 통계 연보 각 호).

제 3 장

노후소득보장 정책:
안정적인 노후소득 확보

제1절 정책의 발전과정과 개요

제2절 정책의 현황과 진단

제3절 발전 전략



3

노후소득보장 정책: << 안정적인 노후소득 확보

우리나라 노인의 2명 중 1명은 빈곤하다. 이는 OECD 가입국에서 1위이며, OECD 평균 노인 빈곤율보다 3배 높은 수준이다. 이러한 국가 비교가 아니더라도 우리나라 노인의 31.4%⁸⁾는 최저 생계비에도 못 미치는 소득으로 생활하고 있으며, 우리나라 전체 인구의 절대 빈곤율 7.7%에 비해 약 4배 높은 수준이다. 따라서 현 노인의 노후소득보장 정책의 목표는 빈곤 해소에 두어야 할 것이다. 그리고 우리나라 국민의 가족 가치관 변화와 우리 국가의 복지 수준 발전 단계에 맞추어, 노후소득보장은 사적 지원 체계보다는 공적 지원 체계 중심으로 설계되는 것이 바람직하다 할 것이다. 따라서 본 장에서는 노인의 빈곤 해소를 목표로 공적 노후소득보장제도의 현황을 살펴보고 정책 진단을 실시하고자 한다. 그리고 궁극적으로 노후소득보장 정책의 개선 방향을 모색해 보고자 한다.

제1절 정책의 발전과정과 개요

1. 노후소득보장 정책의 범위

본 연구에서 다루는 노인의 소득보장정책은 공적연금과 기초연금, 공공부조이다. 공적연금은 국민연금제도와 특수지역연금제도(공무원, 사립학교 교직원, 군인)이며, 기초연금은 기초연금제도, 공적부조는 국민기초

8) 2014년 기준으로 전체 노인 중 경상소득이 정부 발표 최저생계비보다 낮은 노인의 비율임.

생활보장제도이다. 이 중 국민기초생활보장제도는 국민 전체를 대상으로 하는 제도이지만, 현 노인의 노후소득에서 중요한 역할을 하고 있기 때문에 본 연구의 범위에 포함하고자 한다.

반면에 퇴직연금과 개인연금, 주택연금과 농지연금은 본 연구에서 다루지 않는다. 퇴직연금제도와 개인연금제도는 개인 스스로 노후의 경제적 준비를 할 수 있도록 지원하기 위해 마련된 제도로, 비교적 최근에 정책적 개입이 이루어지고 있기에 가까운 시일 내에 일정 규모 이상의 노인이 수혜 대상이 되기 어렵기 때문이다. 사업장 근로자를 가입 대상으로 하는 퇴직연금은 2005년 근로자퇴직급여보장법의 제정으로 시행되었으나, 2015년 6월 말 기준, 퇴직연금 도입률이 16.5%에 불과한 실정이다. 또한 대부분의 노인은 정규 노동 시장에서 은퇴하였기 때문에, 근로자를 대상으로 하는 퇴직연금의 가입자가 아니다. 개인연금은 공적연금을 보완하기 위해 1994년부터 시행되었으나 개인연금 가입률은 12.2%에 불과하다.⁹⁾ 또한 개인연금의 계약 유지율은 57.5%¹⁰⁾로 의도한 노후소득보장 역할을 하지 못하는 것으로 평가되고 있다.

주택연금과 농지연금은 노인이 보유한 자산을 소득화하여 노후 생활 안정 자금으로 활용하는 것인데, 현 노인 세대의 빈곤 완화가 가능한 정책임에도 불구하고, 아직 활성화되지 않아 가입 실적이 매우 미미하다. 주택연금 가입자 수는 32,216명(2016년 4월 말 기준),¹¹⁾ 농지연금 가입 건수는 5,143건(2015년 11월 기준)¹²⁾에 불과하다. 주택연금¹³⁾은 자신

9) 대한민국 정부(2015).

10) 대한민국 정부(2015). 10차년 기준 계약 유지율임.

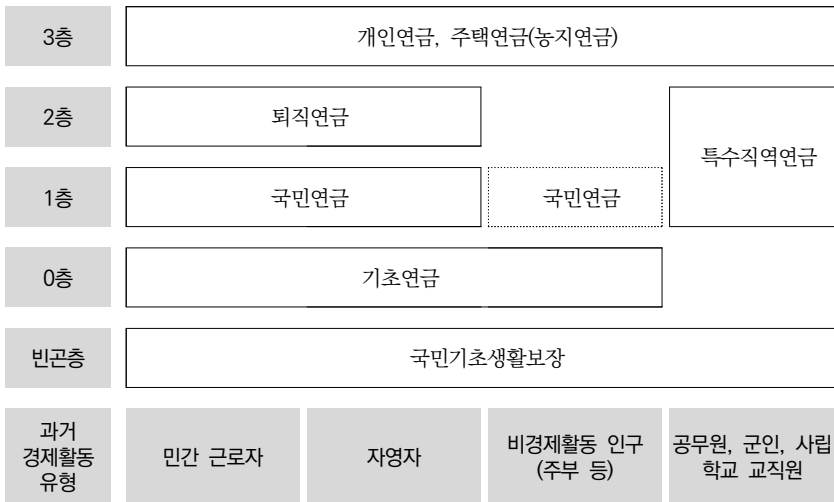
11) 한국주택연금공사 홈페이지(2016. 06. 02. 인출).

12) 대한민국 정부(2015).

13) 부부 중 최소 1명이 만 60세 이상인 경우 신청 가능하며 본인이 소유 및 거주하는 주택을 담보로 맡기되, 평생 거주하면서 노후 생활 자금을 연금으로 지급받는 역모기지론(reverse mortgage)임.

이 보유한 주택 자산을 유동화하는 것으로 2007년에 도입되었다. 농지연금¹⁴⁾은 현재 보유한 농지 자산을 유동화하여 노후 자금으로 활용하는 것으로 2011년에 도입되었다.

[그림 3-1] 노후소득보장 체계도



주: 비경제활동인구는 본인의 신청에 의해 국민연금 가능.

2. 정책 구성 요소별 개요

이하 국민연금과 기초연금, 국민기초생활보장 각 제도에 대해 살펴보겠다.

14) 65세 이상 고령 농업인으로 5년 이상 영농 경력이 있는 경우 신청 가능하며, 본인이 소유한(본인 및 배우자 이외의 자가 공동 소유하고 있는 농지 제외) 농지를 담보로 맡기되 농지에서 계속 농사를 지으며 연금을 받는 형식임.

가. 국민연금제도

국민연금은 18세부터 60세 미만 전체 국민을 가입 대상으로 하는 사회보험 방식의 공적연금제도이다. 국민연금은 가입자와 사용자, 국가로부터 받는 보험료를 재원으로 노년기 은퇴로 인한 근로소득 상실을 대신한 노후 주요 소득원이다. 공무원과 군인, 사립학교 교직원에게 적용되는 3개의 특수직역연금 또한 공적연금이지만 가입 대상이 특정 직업군에 한정되어 있다. 따라서 포괄 범위가 넓은 국민연금이 공적연금을 대표한다고 할 수 있다. 2014년 기준 공적연금 수급자 중 88.3%가 국민연금 수급자이며, 특수직역연금 수급자는 11.7%에 지나지 않는다.

공적연금 중 공무원연금이 1961년 최초로 도입되었으며 이후 1963년 군인연금이 공무원연금으로부터 분리되었다. 특수직역연금 중 마지막으로 사립학교교원연금이 1975년 도입되었으며, 1978년 사립학교 사무직원에게로 확대·적용되어 현재의 사립학교교원연금으로 변경·운영되고 있다. 국민연금은 1988년 직장 가입자를 대상으로 도입되었으며,¹⁵⁾¹⁶⁾ 이후 대상자가 점차 확대되어 1995년 7월 농어민, 1999년 4월 도시 지역 거주자를 포함한 전 국민연금제도로의 틀을 갖추게 되었다. 2003년부터 2006년에 걸쳐 근로자 1인 이상 사업장으로 적용을 확대하였으나, 10인 미만 영세 사업장의 국민연금 가입률이 낮아서 2012년 저소득 근로자에게 국민연금 보험료를 지원하는 두루누리사업이 시행되었다. 2008년은 국민연금 도입 20년이 되는 해로 완전노령연금(가입 기간이 20년 이상)의 지급이 시작되었다.

15) 국민연금 도입에 대한 사회적 논의는 1970년대부터 이루어졌지만, 석유 파동으로 경제 불황을 겪게 되어 시행이 연기됨. 이와 관련한 자세한 내용은 국민연금공단 홈페이지를 참조하기 바람.

16) 기업 규모별 국민연금 시행 연도가 다름. 1988년 도입 당시 10인 이상 사업장, 이후 1992년 5인 이상 사업장, 2003년 7월 5인 미만 사업장 근로자에게 단계적으로 확대됨.

〈표 3-1〉 국민연금제도의 변천

일자	내용
1973.12.24.	국민복지연금법 공포(석유 파동으로 시행 연기)
1986.12.31.	국민연금법 공포[법률 제3902호](구법 폐지)
1987. 9.18.	국민연금관리공단 설립
1988. 1. 1.	국민연금제도 실시(상시 근로자 10인 이상 사업장)
1992. 1. 1.	사업장 적용 범위 확대(상시 근로자 5인 이상 사업장)
1993. 1. 1.	특례노령연금 지급 개시
1995. 7. 1.	농어촌지역연금 확대 적용
1999. 4. 1.	도시지역연금 확대 적용(전 국민연금 실현)
2000. 7. 1.	농어촌 지역 특례노령연금 지급
2003. 7. 1.	사업장 적용 범위 1단계 확대(근로자 1인 이상 법인·전문직종 사업장)
2006. 1. 1.	사업장 적용 범위 확대 완료(근로자 1인 이상 사업장 전체)
2008. 1. 1.	완전노령연금(가입 기간 20년 이상) 지급 개시
2009. 8. 7.	국민연금과 직역연금 가입 기간 연계 사업 시행
2012. 7. 1.	10인 미만 사업장 저소득 근로자에 대한 국민연금 보험료 지원 사업 시행(두루누리사업)
2016. 8. 1.	구직급여 수급자에 대한 국민연금 보험료 지원 사업 시행(실업크레딧)

자료: 국민연금공단 홈페이지(http://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_01_02.jsp)에서 2016. 6. 1. 인출. 다만 2016. 8. 1. 실업크레딧은 연구진이 추가함.

나. 기초연금제도

2014년 7월부터 도입된 기초연금은 국민연금의 시행 시기가 오래되지 않아 국민연금에 가입하지 못하거나 가입 기간이 충분하지 못한 현 노인 세대에게 조세 방식으로 연금의 혜택을 주기 위해 도입되었다(보건복지부 기초연금 홈페이지, 2016. 5. 26. 인출).

현행 기초연금이 시행되기 이전의 제도 연혁을 살펴보면, 1991년 기초연금의 근간이라 할 수 있는 노령수당이 처음으로 도입되었다. 노령수당은 1988년 국민연금이 시행되었지만 연령 제한¹⁷⁾으로 국민연금에 가입

17) 국민연금 가입 대상 연령은 18세 이상 60세 미만임.

할 수 없었던 노인 세대의 빈곤 문제를 해소하기 위해 도입된 것이다. 선정 기준을 살펴보면, 연령 기준이 현재보다 높은 70세 이상 노인이며 소득 기준 또한 보다 엄격하여 생활보호 대상 노인 중 거택보호 노인으로 한정하였다. 따라서 1991년 65세 이상 노인 대비 노령수당 지급률이 3.4%에 불과하였다.

이듬해인 1992년 노령수당의 대상 규모를 생활보호 대상 노인 전체로 확대하여 65세 이상 노인의 지급률이 7.8%로 확대되었다. 이후 1998년 노령수당은 경로연금으로 변경되어 지급액이 확대되고 저소득 노인을 수혜 대상으로 포함시켜, 65세 이상 노인 지급률이 기존에 비해 2배 이상 증가하였다(18.0%). 2008년 경로연금은 다시 기초노령연금으로 변경되어 지급 대상이 현재와 동일한 소득 하위 70%로 확대되었다(보건복지부, 2015, pp.239-240). 그리고 2014년 기초노령연금은 급여수준을 약 2배 수준 높여 기초연금으로 변경되었다.

한편 기초연금제도의 연혁과 관련하여, 1996년 폐지된 노인교통수당을 살펴볼 필요가 있다. 노인교통수당은 1980년 경로 우대 및 경로 효친 사상을 확산하기 위해 민영 기관에서 70세 이상 노인에게 무료 승차를 허용하면서 시작되었다. 그러나 이후 민영 기관에서 경로 우대를 기피하여 1990년부터 정부의 재정 지원의 노인 경로 승차권 지급으로 전환되었다. 그러나 노인 경로 승차권제의 재정 부담이 국비:지방비, 70:30에서 1994년 지방비 100%로 전환되었다(석재은 등, 2005, p.43). 이후 노인교통수당은 1995년까지 65세 이상 노인에게 경로 승차권을 지급하던 것을 1996년부터 현금 지급으로 바뀌면서 고령화와 맞물려 지방자치단체에 재정 부담을 가중시켰다. 결국 기초노령연금이 기존 경로연금에 비해 지급 대상과 급여수준이 확대되면서, 2009년 노인교통수당은 폐지되었다. 따라서 기초노령연금은 기존의 노령수당뿐만 아니라 노인교통수당의 맥을 함께 이어 오는 것으로 볼 수도 있다.

〈표 3-2〉 기초연금제도의 변천

연도	주요 내용	대상 규모
1991	노령수당 제도 실시 · 주요 내용: 70세 이상 생활보호 대상 노인 중 거택보호 노인 대상	3.4%
1992	대상 규모 확대 · 주요 내용: 65세 이상 생활보호 대상 전체 노인 (1996년 경로 승차권 지급에서 현금 지급으로 변경)	7.8%
1998	경로연금제도로 변경 · 주요 내용: 지급액 확대, 저소득 노인 포함	18.0%
2008	기초노령연금제도로 변경 · 주요 내용: 대상 소득 하위 70%로 확대 (2009년 노인교통수당 폐지)	70.0%
2014. 7.	기초연금제도로 변경 · 주요 내용: 지급액 2배 수준 확대로 보장성 강화	70.0%

기초연금제도에 대해 보다 세부적으로 살펴보면 다음과 같다. 기초연금은 한국 국적을 가지고 국내에 거주하는 65세 이상 노인 중 소득 인정액 하위 70%에게 최대 약 20만 원의 연금액을 소득에 따라 차등 지급하는 제도이다. 기초연금은 연금보험료를 납부하지 않고 일정한 선정 기준을 충족하면 연금을 받을 수 있는 것이 특징이다. 이러한 무기여 기초연금의 재원은 국가와 지방자치단체가 조성하도록 하고 있다(기초연금법 제4조).

〈표 3-3〉 기초연금제도 개요

구분	선정 기준	연금액
기초연금	- 65세 이상 - 소득 인정액 하위 70% · 노인단독 100만 원 · 노인부부 160만 원	- 단독가구 최대 204,010원 - 부부가구 최대 326,400원

주: 소득 인정액과 연금액은 물가 상승률 등에 연동되어 매년 변동되며, 2016년 4월부터 2017년 3월 기준임.

자료: 보건복지부 기초연금 홈페이지(http://basicpension.mohw.go.kr/Nfront_info/basic_pension_d.jsp, 2016. 5. 26 인출).

기초연금 선정 기준에서 소득 인정액은 가구 유형에 따라 달리 적용된다. 소득 인정액이란 소득 평가액과 재산의 소득 환산액을 합산한 금액이며, 2016년 기준으로 노인단독가구 100만 원, 노인부부가구 160만 원이다.¹⁸⁾ 기초연금 수급자로 선정되면 단독가구에 속한 노인은 2016년 기준 최대 204,010원, 부부가구 노인은 최대 326,400원¹⁹⁾을 받을 수 있다. 부부가구의 1인당 기초연금액이 단독가구에 비해 작는데, 부부가 모두 기초연금을 받게 되는 경우 가구 유형에 따른 생활비의 차이를 감안한 것이다.

기초연금의 급여 수급으로 인한 수급자와 비수급자 간의 소득 역전을 방지하기 위해, 기초연금 수급으로 인해 소득 인정액과 기초연금 산정액을 합산한 금액이 선정 기준액 이상인 경우에 기초연금액을 감액하고 있다(노인복지법 제8조).²⁰⁾

다. 국민기초생활보장제도

국민기초생활보장은 빈곤의 위험으로부터 국민을 보호하는 핵심적인 사회보장제도이다. 국민기초생활보장은 빈곤 상태에 있는 모든 국민을 대상으로 하는 공적부조제도지만, 노인인구의 수혜 비율이 높다는 점에서 노후소득보장제도에서 상당한 역할을 하고 있다. 국민기초생활보장의 수급자는 전체 인구의 3.0%지만, 65세 이상 노인인구 중에서 수급 비율은 6.2%이다.²¹⁾

18) 2016년 4월부터 2017년 3월까지 적용됨.

19) $204,010\text{원} \times (100\% - 20\%) = 163,200\text{원}$. $163,200\text{원} \times 2\text{인} = 326,400\text{원}$. 원 단위 절사 적용.

20) 2016년 기준 소득 인정액과 기초연금 산정액이 노인단독가구 100만 원 이상, 노인부부가구 160만 원 이상이 되면 감액됨. 그러나 감액에 따른 최소 지급액을 설정하여 단독가구 및 부부 1인 수급 가구는 최소 2만 원, 부부 2인 수급 가구는 최소 4만 원을 지급받게 됨.

한편 우리나라 공적 부조의 전신은 1962년 생활보호제도로 1990년대 말까지 확대·발전하며 지속되었다. 그러나 1997년 말 발생한 외환 위기를 경험하면서 대량 실업과 그로 인한 빈곤 문제가 심각해지자 기존의 생활보호제도는 폐지되고, 2000년 국민기초생활보장이 도입되었다.²²⁾

그리고 최근 국민기초생활보장제도는 큰 변화를 맞이하여, 기존의 통합 급여가 2015년 7월부터 맞춤형 급여 체계로 큰 개편이 이루어졌다. 통합급여가 생계급여와 의료급여, 주거급여, 교육급여로 구분되는 맞춤형 개별급여로 개편되어,²³⁾ 통합급여하에서 획일적이던 선정·급여 기준을 가구 특성에 따라 다양화 하였다. 또한 부양 의무자 기준을 완화하여 사각 지대를 축소하고자 하였다. 부양 의무자 기준은 부양 의무자가 없거나, 부양 의무자가 있더라도 부양 능력이 없거나 부양받을 수 없는 상황에서 충족된다.

2015년 국민기초생활보장의 전체 수급자는 155만 4484명이며 이 중 65세 이상 수급자 수는 41만 9452명이다. 즉 국민기초생활보장 수급자 중 65세 이상 노인의 비중은 27.0%이다.

〈표 3-4〉 국민기초생활보장제도 개요

구분	선정 기준	65+ 수급자 비율 ¹⁾
생계 급여	<ul style="list-style-type: none"> • 소득 인정액이 중위 소득 29% 이하 • 부양 의무자 기준 충족 	27.0%

주: 1) 전체 인구 대비 65세 이상 수급자 비율은 2015년 기준임.

자료: 보건복지부(2015), 국민기초생활보장 수급자 현황; 통계청(2016b), p.29에서 재인용.

21) 2015년 기준.

22) 이하 자세한 내용은 제2절에서 서술 예정임.

23) 급여별로 소득 인정액의 선정 기준이 다름.

개별 급여의 선정 기준에 대해 보다 자세히 살펴보면, 생계급여는 중위 소득의 29%,²⁴⁾²⁵⁾ 의료급여 40%, 주거급여 43%, 교육급여 50%가 된다. 통합 급여에서 최저생계비는 중위 소득의 약 40%이며, 기존 현금 급여 기준선(생계, 주거급여 선정 기준)은 중위 소득의 약 33%였다. 따라서 맞춤형 개별급여 제도하에서는 생계급여와 주거급여의 선정 기준이 33%에서 각각 29%와 43%로, 교육급여 선정 기준 40%에서 50%로 보다 완화하여 대상 규모가 확대된 것이다.²⁶⁾

〈표 3-5〉 2016년도 급여 종류별 선정 기준(월 기준)

(단위: 천 원)

구분 \ 가구 규모	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구	7인 가구
생계급여 (기준 중위 소득 29%)	471	802	1,038	1,274	1,509	1,745	1,980
의료급여 (기준 중위 소득 40%)	650	1,107	1,432	1,757	2,082	2,407	2,731
주거급여 (기준 중위 소득 43%)	699	1,190	1,539	1,888	2,238	2,587	2,936
교육급여 (기준 중위 소득 50%)	812	1,383	1,790	2,196	2,602	3,008	3,414

주: 1) 생계급여 선정 기준 기준 중위 소득 29%는 동시에 생계급여 지급 기준에 해당.

2) 8인 이상 가구의 급여별 선정 기준: 1인 증가 시마다 7인 가구 기준과 6인 가구 기준의 차이를 7인 가구 기준에 더하여 산정.

* 8인 가구 생계급여 수급자 선정 기준: 2,216천 원 = 1,980천 원(7인 기준) + 236천 원(7인 기준-6인 기준)

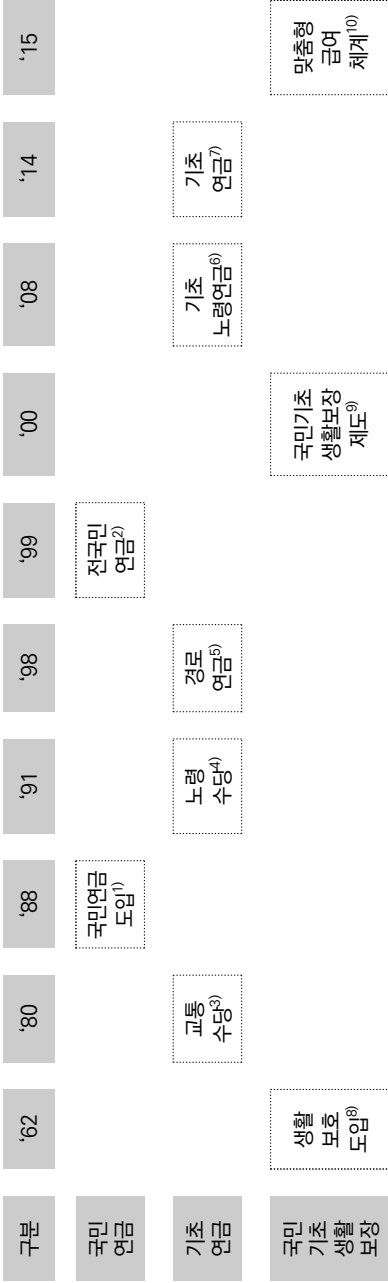
자료: 보건복지부(2016), p.ix.

24) 2016년 1인 가구의 기준 중위 소득은 162만 4831원임.

25) 개정된 국민기초생활보장법 부칙에 의해 2015년 28%에서 1%씩 상향 조정하여 2016년 29%, 2017년 30%를 최종 적용할 예정임.

26) 개별 급여의 선정 기준으로만 볼 때 주거급여와 교육급여의 선정 기준선이 완화되었지만, 생계급여 기준선은 기존 33%에서 29%로 강화된 것으로 볼 수도 있음.

[그림 3-2] 노후소득보장제도의 도입 및 주요 변화



- 주: 1) 직장 가입자(10인 이상)를 대상으로 시작함. 공적연금 중 특수직역연금은 공무원연금은 공무원연금 1961년 최초 도입, 63년 군인연금 분리, 75년 사립학교교원연금 도입됨(1978년 사립 학교 사무원으로 확대·적용되어 사립학교교원연금으로 변경).
 2) 적용대상을 1992년 5인 이상 사업장, 95년 농어촌 지역, 99년 도시 지역으로 확대되어 전 국민연금이 실현됨. 다만, 1인 이상 사업장까지의 적용 확대는 2006년 완료됨.
 3) 1980년 민영 기관에서 70세 이상 노인에 대한 무료 승차로 시작되었으나 민영 기관의 기피로 90년 정부(국비·지방비, 70:30)의 경로 승차권 지원으로 변경. 이후 94년 지방 정부 100% 지원으로 변경된 이후 96년부터 승차권 대신 현금 지원으로 변경되어 2008년까지 실시됨.
 4) 1991년 도입 당시 적용 대상은 70세 이상의 생활보호 대상 노인 중 거택보호 노인으로 한정함. 92년 생활보호 대상 65세 이상 노인으로 확대됨.
 5) 적용 대상에 저소득 노인을 포함하며, 지급액 확대.
 6) 적용 대상 소득 하위 70%로 확대.
 7) 지급액 2배 수준으로 상향 조정.
 8) 부양 대상 연령층(18세 미만과 65세 이상) 중심의 공적 부조로 도입됨.
 9) 1997년 말 외환위기 이후, 근로 능력 인구(19~64세) 포함한 공적 부조로 새롭게 도입됨.
 10) 기존의 통합형 급여 체계를 맞춤형 급여 체계(생계, 주거, 의료, 교육)로 개편함.

제2절 정책의 현황과 진단

본 절에서는 정부 공식 통계 자료를 이용하여 노후소득보장 현황을 살펴본 후, 노후소득보장 정책을 진단하고자 한다. 정책 진단은 개별 제도의 개선 사항을 평가한 후, 가계동향조사를 이용한 경험적 분석을 통해 실시될 것이다.

1. 현황

〈표 3-6〉에 공적연금의 수급자 및 수급률이 제시되어 있다. 공적연금 수급률은 65세 이상 주민등록인구 대비 국민연금과 특수직역연금의 수급 인구이다. 국민연금과 특수직역연금 등 공적연금을 받는 65세 이상 노인은 2015년 기준 총 280만 2천 명으로 전체 노인인구 중 41.4%에 불과하다. 이는 2012년 35.1%와 비교하여 6.3% 포인트 증가한 것이다. 공적연금의 종류별로 구분하여 살펴보면, 가입 대상이 가장 넓은 국민연금이 36.5%, 공무원연금 3.5%, 사학연금과 군인연금 0.6%와 0.7%이다.

〈표 3-6〉 공적연금 수급자 및 수급률: 65세 이상

(단위: 만 명, %)

구분	공적연금	연금 수급자 ¹⁾	연금 수급률 ²⁾
2012 ¹⁾	합계	209.7 (100.0)	35.1
	국민연금	183.5 (87.5)	30.7
	공무원연금	18.7 (8.9)	3.1
	사학연금	2.9 (1.4)	0.5
	군인연금	4.6 (2.2)	0.8
2013 ¹⁾	합계	234.8 (100.0)	37.6
	국민연금	206.1 (87.7)	33.0
	공무원연금	20.5 (8.8)	3.3
	사학연금	3.2 (1.4)	0.5
	군인연금	5.0 (2.1)	0.8
2014 ¹⁾	합계	256.9 (100.0)	39.4
	국민연금	226.7 (88.3)	34.8
	공무원연금	22.1 (8.6)	3.4
	사학연금	3.4 (1.3)	0.5
	군인연금	4.7 (1.8)	0.7
2015 ²⁾	합계	280.2 (100.0)	41.4
	국민연금	247.4 (88.3)	36.5
	공무원연금	24.0 (8.6)	3.5
	사학연금	3.8 (1.3)	0.6
	군인연금	5.1 (1.8)	0.7

주: 1) 연금 수급자 중 일시 수급 정지자를 제외한 실수령자 기준임.

2) 각 연금 수급자의 합계를 65세 이상 주민등록인구로 나눈 비율임.

자료: 1) 보건복지부, 공무원연금공단, 사학연금공단, 국방부, 각 연도; 국회 보건복지위원회 재정 통계 홈페이지(<http://stat.nabo.go.kr/fn03-92.jsp>에서 2016. 6. 2. 인출)에서 재인용.
2) 국민연금공단 국민연금통계연보, 공무원연금공단 공무원연금통계, 사립학교교직원연금공단 사학연금통계연보, 국방부 군인연금통계연보, 각 연도; 통계청(2016b), p.30 고령화 통계 표〈공적연금 수급자 현황(65세 이상)〉에서 연금수급자 수와 구성비 재인용. 단 연금 수급률은 저자가 재계산함.

2015년 기준 기초연금 수급자는 448만 명으로 전체 노인인구의 66.2%이다(표 3-7 참조). 이는 기초연금의 수급 대상 조건인 소득 하위 70%에 근접한 수치이다. 1인당 월 기초연금액은 2015년 20만 2000원

이다. 이는 기초노령연금의 2013년 1인당 9만 9000원에 비해 약 2배 증가한 수준이다.

2014년 통계에 의하면, 기초연금 전체 수급자(월 20만 원)의 약 56%가 1인 수급자이며, 35.4%는 부부 동시 수급자이다. 그 외 최소 2만 원에서 20만 원 미만으로 감액을 적용받는 수급자는 8.6%이다.

〈표 3-7〉 기초연금 수급 현황

(단위: 만 명, %)

구분	2012	2013	2014	2015
수급자 수 ¹⁾	393	406	435	448
수급 비율 ¹⁾	65.8	65.0	66.8	66.2

주: 2015년 수급자 수는 소급 지급분을 미반영함. 2014년 6월까지의 기초노령연금제도임.
자료: 국회 보건복지위원회 재정 통계 홈페이지(<http://stat.nabo.go.kr/fn03-99.jsp>)에서 2016. 6. 2. 인출.

한편 통계청(2016b)에 의하면, 55세에서 79세 고령층의 월평균 연금 수령액²⁷⁾은 2015년 49만 원, 2016년 51만 원 수준이다(통계청, 2016b, p.31).²⁸⁾ 송현주 등(2014, p110)에서 조사된 최소 노후 생활비로 개인 기준 99만 원, 부부 기준 160만 원과 비교해 보면, 연금 수령액이 노후소득으로써 충분한 금액이 아님을 알 수 있다.

2015년 기준으로 국민기초생활보장 수급자는 총 155만 4천 명이며, 이 중 65세 이상 노인은 41만 9천 명으로 27.6%의 비중을 차지하고 있다. 최근 국민기초생활보장제도가 맞춤형 급여로 전환된 이후 65세 이상 노인 수급자의 비율이 2014년 30.6%에 비해 3.6% 포인트 감소한 것이다. 그러나 2015년 전체 인구 대비 노인의 국민기초생활보장 수급 비중

27) 공적연금과 기초연금, 개인연금을 합산한 것임.

28) 이는 경제활동 인구 조사 청년층 및 고령층 부가 조사를 이용하여 공적연금 수급자 2014년 5,198천 명, 2015년 5,328천 명만을 대상으로 한 평균임.

은 하락하였지만, 수급자의 절대 수는 2014년 37만 9천 명에서 41만 9천 명으로 약 4만 명 증가하였다. 따라서 2015년 국민기초생활보장급여의 개편으로 전체 수급자 대비 노인 비중은 감소하였으나, 노인인구의 국민기초생활 수급자 규모는 확대된 것이다. 주민등록인구 기준으로 65세 이상 인구 대비 국민기초생활보장 수급률은 2014년 5.8%에서 2015년 6.2%로 증가하였다.²⁹⁾

〈표 3-8〉 국민기초생활보장 수급 현황

(단위: 천 명, %)

구분	2012	2013	2014	2015
전체	1,300	1,259	1,237	1,554
노인	376 (28.9)	376 (29.9)	379 (30.6)	419 (27.0)
노인인구 대비 수급 비율	6.3	6.0	5.8	6.2

주: 1) 일반 수급자에 한한 수급자 수입. 시설 수급자 수는 2012년 94천 명, 2013년 92천 명, 2014년 91천 명임.

2) 노인인구 대비 수급 비율은 65세 이상 주민등록인구 대비 수급자 비율임.

자료: 보건복지부, 국민기초생활보장 수급자 현황. 각 연도; 통계청(2016b). 2016 고령자통계. p.29에서 재인용.

2. 노후소득보장제도 개선의 평가

가. 국민연금제도 개선의 평가

국민연금 가입 후 9%의 보험료³⁰⁾를 10년 이상 납입한 경우 60세부터 급여를 받을 수 있다. 우리보다 먼저 공적연금제도를 도입한 서구 사회에서 재정 지속 가능성에 대한 우려의 목소리가 높아지자, 우리나라는

29) 노인의 빈곤 변화를 감안하지 않은 국민기초생활보장 수혜를 기준으로 설명한 것이므로 해석에 주의가 필요함.

30) 사업장 가입자는 본인과 사용자가 4.5%씩 부담함.

1999년과 2007년의 2차에 걸친 개혁에서 소득 대체율³¹⁾을 낮추고, 연금 수급 연령을 높였다. 기금의 적자를 막기 위한 개혁으로 ① 소득 대체율을 낮추는 방안과 ② 보험료를 높이는 방안이 함께 논의되었지만, 최종적으로 소득 대체율만 낮추도록 결정된 것이다.

1999년 국민연금 1차 개혁에서 소득 대체율을 70%에서 60%로 낮추고, 연금 개시 연령을 60세에서 단계적으로 65세로 높였다. 2007년 국민연금 2차 개혁에서는 기금의 조기 적자를 막기 위해 2028년까지 소득 대체율을 40%로 조정하였다.

그러나 국민연금법에서 국민연금의 목적은 “국민의 생활 안정과 복지 증진에 이바지하는 것”(국민연금법 제1조)이라고 명시하고 있다. OECD에서 권고하는 노후연금의 소득 대체율은 70~80% 수준인데, 우리나라 국민연금의 소득 대체율은 2분의 1 수준에 불과하다. 현 세대 노인의 국민연금을 보완하기 위한 기초연금임을 감안하더라도 노후연금의 소득 대체율은 크게 개선되지 않는다. 이러한 점을 고려할 때 과거 국민연금의 재정 지속 가능성을 제고한 개혁이 비록 바람직한 것이었더라도, 향후 국민연금 개선 방향에는 노후소득보장 강화에 대한 고려도 포함되어야 할 것이다.

〈표 3-9〉 연도별 국민연금의 소득 대체율

(단위: %)

구분	1988~1998년	1999~2007년	2008~2027년	2028년 이후
소득 대체율	70	60	50 ¹⁾	40

주: 1) 2008년 이후 2027년까지 매년 0.5%씩 감소.

자료: 국민연금공단 홈페이지(http://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_04_02.jsp)에서 2016. 6. 1. 인출.

31) 소득 대체율은 40년 가입자를 기준으로 은퇴 전 근로 소득의 얼마만큼인지 나타내는 비율임. 소득 대체율은 국민연금의 급여수준을 이야기할 때 주로 언급됨.

〈표 3-10〉 출생 연도별 국민연금(노령연금)의 수급 개시 연령

(단위: 세)

출생 연도	1952년생 이전	1953~56 년생	1957~60 년생	1961~64 년생	1965~68 년생	1969년생 이후
수급 개시 연령	60	61	62	63	64	65

자료: 국민연금공단 홈페이지(http://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_04_02.jsp)에서 2016. 6. 1 인출.

나. 기초연금제도 개선의 평가

2014년 7월 기초연금의 실시는 기초노령연금이 공공 부조와 기초연금의 중간적 성격으로 소득보장 체계 내에서 모호한 위상이었던 것을(정경희 등, 2009, p.12), 기초연금제도로 변경하면서 보편적인 기초연금으로의 정체성을 확립한 것으로 평가받고 있다(석재은, 2015, p.95).

2014년 기초연금법의 제정과 기초연금제도의 설계 과정에서의 논쟁을 살펴보면, 먼저 기초연금으로의 제도 개편은 2012년 제18대 대통령 선거의 공약으로 '모든 노인에게 20만 원'으로 제시된 이후 많은 사회적 논쟁을 거친 후 '70%에게 20만 원'으로 결정되었다.

처음 제18대 대통령직인수위원회에서는 모든 노인을 대상으로 하되 소득수준과 가입 기간에 따라 기초연금을 차등하여, 소득 하위 70%이며 국민연금 비수급자 혹은 국민연금 가입 연수가 길수록 기초연금 급여수준을 높이고, 소득 상위 30%이며 국민연금 비수급자 또는 국민연금 가입 연수가 짧을수록 기초연금 급여수준을 낮추는 방안이 제시되었다. 그러나 다양한 사회적 논의를 걸쳐, 〈표 3-11〉과 같이 수정된 정부(안)이 제시되었다.

기초연금의 논쟁 중에서 특히 국민연금과의 연계, 즉 기초연금의 급여를 국민연금의 가입 기간 및 급여수준과 연계하여 차등 지급하는 과정에

서 많은 논란이 있었다. 기초연금은 보편적인 무기여 연금임에도 불구하고 국민연금과 연계하게 되면, 국민연금 성실 납부자는 손해를 보게 된다는 것이 주요 내용이다(주은선, 2013, p.5). 이 과정에서 국민연금 급여가 30만 원 이하인 저연금자는 기초연금을 감액하지 않는 것으로 보완되었다. 그럼에도 불구하고 국민들의 생각이 그대로 행동으로 반영되어 국민연금 임의 가입자의 가입 탈퇴 현상까지 나타났다.

〈표 3-11〉 기초연금(안)의 주요 내용

구분	주요 내용	평가
인수위(안)	<ul style="list-style-type: none"> · 소득 하위 70%이며 국민연금 비수급자 또는 국민연금 가입 연수 길수록 기초연금 급여 수준 높음 · 소득 상위 30%이며 국민연금 비수급자 또는 국민연금 가입 연수 짧을수록 기초연금 낮음 	<ul style="list-style-type: none"> · 가입 기간 짧은 불안정 근로 집단 분리, 제도 논리상 비합리적 · 국민연금 비가입자 역차별 논란
국민행복연금 위원회(안)	<ul style="list-style-type: none"> · 소득 하위 70% · 1안: 보편적 기초연금 · 2안: 국민연금 급여 수준 연계 차등 기초연금 · 3안: 소득 수준별 차등 기초연금 	<ul style="list-style-type: none"> · 적용 범위와 재원 방식만 반영
정부(안)	<ul style="list-style-type: none"> · 소득 하위 70%에 조세로 기초연금 차등 지급 (국민연금과 기초연금 연계 방안) · 차등 지급 기준은 국민연금 가입 기간에 따른 A급여 크기: 가입 기간 길수록(A급여 높을 수록) 기초연금 감액 	<ul style="list-style-type: none"> · 기초연금 급여 산정 시 국민연금 연계 부당 · 성실 가입자 불이익 · 물가 상승률 적용으로 실질 급여 가치 하락으로 후세대 불이익 · 1안과 2안의 절충안으로 세대 간 이전의 형평성 충분히 확보 되지 않음
확정 (기초연금법)	<ul style="list-style-type: none"> · 정부안 기본 틀 유지 · 국민연금 급여액 30만 원 이상부터 기초연금 감액 	<ul style="list-style-type: none"> · 최소 보충 연금적 성격 도입으로 저소득층 불이익 완화

자료: 석재은(2015, p.87)의 〈표 6〉을 재구성함.

많은 정치적 논란 속에서도, 기초연금은 기초연금법 제정 등 법적 기반을 공고히 하였으며 현 노인의 연금 수급권을 확대했다는 점에서 의의가 크다. 따라서 “기초연금을 통해 1인 1연금이 달성됨으로써 국민연금 수

급자가 아니더라도 세대 간 소득 이전을 통한 사회적 부양을 받을 수 있게 되었다”고 평가받고 있다(석재은, 2015, p.94).

그러나 기초연금이 국민연금과 연계된 부분에 대해 여전히 부정적인 시각이 많으며, “지금 당장 누릴 수 있는 이익을 주고, 차후에(미래에) 손해를 보도록 만드는 것은 조삼모사의 전략이 2013년 기초연금의 정치전략”이라는 평가도 있다(주은선, 2013, p.4).

다. 국민기초생활보장제도 개선의 평가

1961년부터 약 40년간 유지된 가족 중심의 잔여적 및 시혜적 공적 부조는 2000년부터 근로 능력이 있는 인구를 포괄하며 국가가 최저 생활을 보장해 주는, 국가의 책임성이 강화된 것으로 평가받는다. 기존의 생활보호제도에서 국가의 역할은 ‘복지가 어려운 자를 도와주는 시혜적 보호’였다면, 국민기초생활보장제도는 ‘복지는 국민의 권리이며 국가의 의무’로 제도의 방향성을 바꾼 것이다(보건복지부, 2015c, p.71).

이러한 제도 개선의 배경을 살펴보면 다음과 같다. 국민기초생활보장제도의 전신인 생활보호는 1960년대 우리나라의 경제 수준과 가족 부양 가치관 등이 반영되어 가족이 빈곤의 책임을 지고 국가는 잔여적인 역할을 하도록 설계된 제도이다. 따라서 대상의 포괄성과 급여의 충분성, 대상자 간 형평성 등에서 많은 문제점이 있었다(보건복지부, 2015c, p.70). 생활보호제도의 대상은 18세 미만이나 65세 이상 등 특정 연령층을 대상으로 하여, 19~64세의 근로 능력이 있는 연령층의 빈곤 문제에 대응하기 어려운 제도이다. 고도성장을 달리던 1997년 말 경제 위기로 대량 실업이 발생하였다. 그리고 이러한 대량 실업은 결식 아동, 노숙, 가출, 아동과 노인의 유기, 자살, 이혼으로 이어져 빈곤 인구를 증가시켰다.

한편 2015년 7월 국민기초생활보장제도는 근로 능력자의 탈수급 유인을 제고하고, 사각지대를 축소하기 위해 맞춤형 개별급여로 개편되었다. 맞춤형 급여는 기존의 통합 급여 방식에서 생계와 의료, 주거, 교육 등을 급여별로 선정 기준을 달리하여 욕구별로 급여를 지원하도록 한 것이 큰 특징이다. 이로써 탈수급 요인이 강화될 것으로 예상된다.

또한 2015년 7월 맞춤형 급여 개편과 함께 부양 의무자 기준을 완화³²⁾하였으며, 특히 교육급여는 부양 의무자 조건을 폐지하였다. 이로써 국민기초생활보장의 사각지대 해소에 인한 급여 대상자 확대가 예상된다. 그러나 국민기초생활법상의 부양 의무자 기준은 헌법에 위배되며, 제도의 사각지대를 발생시키기 때문에 완전히 삭제해야 한다는 의견도 있다(양승조, 남인순, 2016).

앞의 기초연금제도 수급 현황에서 맞춤형 급여로의 전환으로 노인인구의 수급자 수는 증가하였지만, 상대적으로 전체 인구 대비 비중은 감소한 것을 확인하였다. 즉 2015년 국민기초생활보장제도의 개편으로 전체 수급자 규모가 확대되었지만, 상대적으로 노인인구의 확대 폭이 작은 것으로 볼 수 있다. 그러나 국민기초생활보장의 맞춤형 급여는 2015년 7월부터 시행되어, 제도 개편으로 인한 변화를 판단하기에 이른 시점으로 보인다. 국민기초생활보장 맞춤형 급여의 개선 평가는 2016년 이후가 더 타당할 것이다. 그럼에도 불구하고 향후 노인인구의 증가로 인해 국민기초생활보장에서 노인 수급자 수는 더욱 확대될 것으로 예상된다.

32) 4인 부양 의무자 가구의 부양능력 판정기준을 월 297만 원에서 485만 원으로 상향함.

3. 노후소득보장 정책의 진단

가. 진단 틀 및 자료

노후소득보장 정책의 경험적 분석을 위해서는 정책 진단 틀이 필요하다. 본 연구에서는 소득 정책 평가 관련 기존 문헌을 통해 평가 기준을 선정하였다. 즉 대상의 충분성은 수급률, 급여의 적절성은 빈곤율과 빈곤갭으로 측정한다(정경희 등, 2009; 강성호, 2011; 김성태 등, 2013; 김미곤, 유진영, 2015; 강신욱 등, 2015; 김상호 등, 2015; 이정기, 문진영, 2015; 임완섭, 2016).³³⁾ 또한 수급자 간 형평성은 대상의 충분성과 급여의 적절성 수준을 연령과 성, 지역, 교육수준 등의 인구 사회학적인 특성에 따라 비교 분석한다.

〈표 3-12〉 노후소득보장제도 진단 틀

제도 \ 진단 틀	대상의 충분성	급여의 적절성	형평성
공적연금, 기초연금, 국민기초생활보장	수급률	빈곤율, 빈곤갭	인구 사회학적 특성별 (지역, 성, 연령) 빈곤율 및 빈곤갭

또한 정책적 개입을 통한 노인의 소득보장 수준을 진단하기 위해, 공적 연금과 기초연금, 국민기초생활보장을 합산한 공적 이전 제도에 대한 통합적인 분석을 실시한다. 공적 노후소득보장제도 선정 기준에 의하면, 개인의 공적연금 급여수준을 감안하여 기초연금과 국민기초생활보장 순으

33) 본 연구에서 노인복지정책의 각 영역을 분석하는 진단 틀로 충분성과 적절성, 형평성을 제시하였음. 그러나 노후소득보장 정책에서는 충분성 대신 대상의 포괄성이나 대상의 충분성으로, 적절성 대신 급여의 충분성이나 급여의 적절성 등으로 지칭하는 것이 일반적이므로 이를 준용함.

로 결정된다. 따라서 개별 제도의 효과성을 분석하면 기초연금제도의 효과는 실제보다 크게, 국민기초생활보장제도의 효과는 실제보다 작게 추정될 수 있다.³⁴⁾

예를 들어 국민기초생활보장의 수급자이면서 기초연금 수급자인 경우, 기초연금 수급으로 인해 국민기초생활보장의 급여는 해당 분만큼 삭감된다. 따라서 국민기초생활보장의 효과는 과소 평가 되고 기초연금의 효과는 과대 평가 된다.

자료는 가계동향조사를 활용하였다. 가계동향조사는 매월 통계청에서 조사되며 노인의 경제 생활 수준에 대한 가장 최근 정보를 제공한다. 또한 가계동향조사는 OECD에 제출하는 노인 빈곤율 등 소득 분배 지표를 측정하는 데 주요 자료로 활용되기 때문에 국내 빈곤분석에 널리 활용되고 있다. 한편 노인을 대상으로 한 국가 승인 통계는 2014년 노인실태조사, 2013년 국민노후보장패널조사(5차), 2014년 고령화연구패널조사(5차)가 있지만, 이들 자료는 전년도 소득 기준으로 조사되어 있다. 따라서 최근 개편된 소득보장정책의 효과를 반영할 수 없다는 한계가 있었다. 따라서 본 연구는 조사 대상이 노인에 한정된 것은 아니지만, 소득 자료의 신뢰성이 높은 가계동향조사를 분석 자료로 최종 선택하였다. 활용 가능한 데이터에 대한 비교 분석 결과는 <부표 3-1>을 참고하기 바란다.

2015년 가계동향조사의 응답 가구는 9,709가구이며 이중 65세 이상 노인이 포함된 가구³⁵⁾는 3,029가구이다. 대상 노인 수는 4,113명이다. 한편 본 연구에서 빈곤율 측정은 상대적 빈곤율이다. 상대적 빈곤율에는 다양한 기준이 있으나, 중위 소득의 50%를 빈곤선으로 설정하여 그 이하에 해당하는 비율을 측정한다. 또한 가구원 수를 감안하여 소득수준을 비

34) 이렇게 어느 소득을 먼저 적용하느냐에 따라 소득 원천별 혹은 제도별 빈곤 감소 효과가 다르게 측정되는 점을 축차적 효과 분석이라 함.

35) 이하 노인가구라 함.

교하기 위해서 균등화 방법을 적용한다. 소득균등화 방법은 가구원 수에 제공근을 취한 후 가구소득으로 나눈 것이다. 이는 통계청과 OECD 등에서 활용하는 방법과 동일하다.

가계동향조사에서 소득 관련 문항은 가구 단위로 조사가 이루어지므로, 가구 기준으로 분석을 실시할 것이다. 그러나 노인 빈곤 문제는 개인 단위 분석이 중요하기 때문에, 필요한 경우 <표 3-13>과 같이 개인 단위의 분석도 함께 실시한다. 먼저 가계동향조사의 소득은 가구 단위로 조사되므로, 대상의 충분성(수급률)은 가구 단위로만 분석이 가능하다. 급여의 적절성(빈곤율, 빈곤갭)은 가구 단위 소득을 균등화하여 개인 단위로 분석을 실시한다.³⁶⁾ 형평성은 수급자 개인의 인구 사회학적 특성에 따른 비교 분석을 실시해야 하므로 개인 단위로 분석한다. 따라서 형평성에서 대상의 충분성(수급률)은 분석하지 않는다.

<표 3-13> 진단 특별 분석 단위

구분	대상의 충분성	급여의 적절성	형평성
분석 단위	가구	가구, 개인	개인

한편 가계동향조사는 공적 이전 소득 중 공적연금과 기초연금에 대한 정보를 제공하지만, 국민기초생활보장은 별도의 항목으로 분리하지 않고 있다. 다시 말해 국민기초생활보장 수혜 금액에 대해 별도로 조사하지 않고, 기초생활보장 수급자와 모자 가구, 차상위 계층, 노인가구 등 사회적

36) 엄밀한 의미에서 가구 균등화 소득은 가구 내에서 소득 배분이 가구원에게 동일하게 이루어진다는 점을 가정한 것임. 따라서 가구소득에 가구원 수의 제공근을 취한 가구 균등화 소득은, 엄밀한 의미에서 개인 단위의 소득과 정확히 일치한다고 보기 어려움. 그럼에도 불구하고 소득 관련 대부분의 연구들은 미시 조사에서 개인 단위의 소득 측정이 어렵다는 점에서 가구소득을 균등화하여, 개인 단위로 분석하는 것이 일반적임. OECD에서 발표되는 노인 빈곤율도 이와 같은 방식으로 계산된 것임.

약자에게 지급하는 현금, 고용보험 및 산재보험으로부터 현금 수혜, 비영리 단체가 지원하는 현금 제공 등을 사회 수혜금으로 통합하여 정보를 제공하고 있다. 따라서 본 연구는 공적 이전 소득을 ‘공적연금’과 ‘기초연금’, ‘국민기초생활보장 등’으로 세분하여 분석을 실시하므로, ‘국민기초생활보장 등’은 국민기초생활보장 이외에 공적 이전 소득이 포함되어 있다는 점에서 해석에 주의가 필요하다는 것을 밝힌다.

나. 노후소득보장제도의 대상의 충분성

노후소득보장제도의 대상의 충분성을 진단하기 전, 노인가구의 가구소득 구성을 살펴볼 필요가 있다. 노인가구의 소득 구성에서 근로 소득이 133만 1000원으로 가장 많다. 그 다음 공적 이전 소득 53만 6000원, 사적 이전 소득 20만 9000원, 재산 소득 2만 7000원 순이다. 가구소득의 구성 비율을 살펴보면, 근로 소득 63.3%, 공적 이전 소득 25.5%, 사적 이전 소득과 재산 소득 각각 9.9%와 1.3%이다.

〈표 3-14〉 노인가구의 소득 구성

(단위: 만 원, %)

구분	전체 (경상 소득)				
	근로 소득	재산 소득	사적 이전 소득	공적 이전 소득	
금액	210.2	2.7	20.9	53.6	
(비중)	(100)	(1.3)	(9.9)	(25.5)	

자료: 통계청(2016b). 2015 가계동향조사. 원자료.

공적연금과 기초연금, 국민기초생활보장 등 노후소득보장제도 중 1개 이상 수급률은 93.3%이다. 세부 제도별로는 공적연금의 수급률은

49.4%, 기초연금은 72.5%, 국민기초생활보장 등은 24.3%이다. 앞에서 살펴본 정부 통계 자료에 비해 수급률이 높은 편인데, 이는 분석 단위의 차이에 의한 것이다. 정부 통계 자료는 개인 단위로 측정된 것이지만, 가계동향조사는 가구 단위로 측정하기에 과대 추정된 것이다. 왜냐하면 한 가구 속에 노인이 2명 있는 경우 1명만 수급을 하더라도 수급 가구로 계산되기 때문이다.

노후소득보장제도에서 2개를 동시에 수급하는 경우는 46.8%이며, 이중 공적연금과 기초연금을 수급하는 경우가 30%로 가장 높다. 그 다음 기초연금과 국민기초생활보장 등을 동시 수급하는 경우가 19.6%이다. 공적연금과 국민기초생활보장 등을 동시 수급하는 비율은 9.6%이다. 노후소득보장제도에서 3가지 제도를 모두 수급하는 경우는 6.2%이다.

〈표 3-15〉 노후소득보장제도의 대상 충분성(수급률)

(단위: %)

구분		비율
1개 제도	전체	93.3
	공적연금	49.4
	기초연금	72.5
	국민기초생활보장 등	24.3
2개 제도 동시	전체	46.8
	공적연금+기초연금	30.0
	공적연금+국민기초생활보장 등	9.6
	기초연금+국민기초생활보장 등	19.6
3개 제도 모두	공적연금+기초연금+국민기초생활보장 등	6.2
전체		93.3

자료: 통계청(2016b). 2015 가계동향조사. 원자료.

가구의 빈곤 여부별로 수급률을 파악하였다. 빈곤 노인가구는 노후소득보장제도 중 1개 이상 수급하는 비율이 95.4%이다. 각 제도별로는 기

초연금이 87.0%로 가장 높고, 그 다음 공적연금 37.0%, 국민기초생활보장 등 27.8%이다. 빈곤 가구 노인은 소득 하위 70%에 속할 가능성이 높음에도 불구하고 기초연금 수급률이 100%가 아니라는 것은 기초연금의 사각지대 존재로 해석할 수 있을 것이다.³⁷⁾

반면 비빈곤 노인가구의 노후소득보장제도 수급률은 91.3%이다. 그리고 제도별로는 공적연금 수급률 61.7%, 기초연금 수급률 58.3%, 국민기초생활보장 등 20.9%이다. 따라서 비빈곤 노인가구는 빈곤 노인가구에 비해 공적연금 수급률이 높고(24.7% 포인트), 기초연금과 국민기초생활보장 등의 수급률은 낮다(각각 -28.7% 포인트, -6.9% 포인트).

빈곤 여부별 노후소득보장제도의 수급 금액을 비교해 보면, 빈곤 노인가구는 약 38만 원으로 비빈곤 가구 69만 원의 2분의 1 수준에 불과하다. 각 제도별로 살펴보면, 공적연금은 빈곤 노인가구가 10만 원으로 비빈곤 노인가구 46만 원의 약 5분의 1 수준이지만, 기초연금은 빈곤 노인가구가 19만 원으로 비빈곤 노인가구 12만 원에 비해 1.5배 많다. 국민기초생활보장 등은 빈곤 여부별 차이가 크지 않다(빈곤 노인가구 7만 원, 비빈곤 노인가구 8만 원). 그러나 본 연구의 분석 자료인 가계동향조사에서 '국민기초생활보장 등'에는 모자 가구와 차상위 계층 등의 사회적 약자에게 지급하는 현금뿐 아니라 고용보험 및 산재보험에서 지급되는 사회 수혜금도 포함되어 있다는 점에서 해석에 주의가 필요하다. 다시 말해 비빈곤 노인가구는 일시적인 실업이나 산재로 인해 공적 이전 소득을 지급받은 것으로 보인다.

37) 본 연구의 분석에서는 기초연금의 선정 기준인 소득 인정액(소득+재산)이 아닌 소득만을 기준으로 하여 빈곤으로 구분하였으며 사적 이전 소득까지 포함하는 등 실제 기초연금 수급자 선정을 위한 산정 방식과 차이가 있다는 점을 감안하기 바람. 또한 기초연금의 가구소득은 부부 세대 단위지만, 본 연구는 자료의 한계로 가구소득을 기준으로 하고 있다는 점도 해석에 주의가 필요함.

〈표 3-16〉 빈곤 여부별 노인가구의 노후소득보장제도 수급률 및 평균 수급 금액

(단위: %, 만 원)

구분	전체	수급률 (%)		
		공적연금	기초연금	국민기초생활보장 등
빈곤 노인가구	95.4(37.6)	37.0(9.7)	87.0(18.7)	27.8(7.2)
비빈곤 노인가구	91.3(69.3)	61.7(46.3)	58.3(12.4)	20.9(8.2)

자료: 통계청(2016b). 2015 가계동향조사. 원자료.

이상과 같이 노후소득보장 정책의 대상 충분성을 살펴본 결과, 전체 제도 중 1개 이상 수급하는 비율은 가구 기준으로 93.3%에 이른다. 하지만 개별 제도별 수급률 측면에서는 아직 목표에 달성하지 못한 것으로 보인다. 공적연금은 국민연금의 미성숙과 사각지대의 문제 등으로 수급률이 낮은 수준이다. 특히 빈곤 노인가구의 공적연금 수급률은 37%(비빈곤 노인가구 61.7%)에 불과하다. 즉 우리 사회에서 공적연금이 주요 노후소득 원으로 역할을 하는 데 한계가 있다 하겠다. 기초연금 수급률은 미시 자료에서 75%로 파악되지만 이는 가구 단위의 분석이라는 점에서 한계가 있다. 앞에서 살펴본 정부 통계 자료에 의하면 기초연금 수급률은 66.2%로, 아직 기초연금 선정 대상인 70%에 못 미친다. 그리고 국민기초생활보장 등의 수급률은 24.3%이다.³⁸⁾

다. 소득보장 급여의 적절성

급여수준의 충분성을 살펴보기 전에, 가구소득의 범위에 대해 살펴볼 필요가 있다. 노후소득보장제도로 인한 효과성을 보기 위해서는 노후소득보장급여 수급 전후의 소득을 비교해야 한다. 이때 노후소득보장급여

38) 앞에서 정부 통계 자료로 살펴본 국민기초생활보장 수급률 27.0%에 비해 낮은 수치임.

수급 전의 소득은 시장 소득이다. 다시 말해 시장 소득은 근로 소득과 재산 소득, 사적 이전 소득을 합산한 것이다. 그리고 노후소득보장급여 수급 후의 소득은 경상 소득(=시장 소득+공적 이전 소득)이다.

노인가구는 노후소득보장 급여의 수급으로 가구 빈곤율이 16.2%p 감소하며(시장 소득 65.8%, 경상 소득 49.6%), 개인 빈곤율은 이보다 조금 더 높은 17.6% 포인트 감소한다(시장 소득 65.2%, 경상 소득 47.6%).

제도별로는 공적연금 빈곤율이 가장 낮고, 그 다음 기초연금, 국민기초생활보장 등의 순이다. 개인 단위 및 시장 소득을 기준으로 공적연금 수급으로 빈곤율이 10.6% 포인트 감소하였으며, 기초연금은 4.2% 포인트, 국민기초생활보장 2.6% 포인트 감소하였다. 이는 앞에서 설명한 것처럼 개별 제도의 설계에 따른 영향이다.³⁹⁾

〈표 3-17〉 노후소득보장급여의 적절성(빈곤율과 빈곤갭)

(단위: %, % 포인트)

구분		시장 소득	경상 소득 ¹⁾	+공적연금		
				+기초연금	+국민기초생활보장 등	
빈곤율	가구	65.8	49.6 (16.2) ²⁾	56.5 (9.3)	61.7 (4.1)	63.2 (2.6)
	개인	65.2	47.6 (17.6)	54.6 (10.6)	61.0 (4.2)	62.6 (2.6)
빈곤갭	가구	57.2	39.2 (18.0)	52.8 (4.4)	50.7 (6.5)	51.9 (5.3)
	개인	62.2	40.5 (21.7)	57.0 (5.2)	52.9 (9.3)	57.3 (4.9)

주: 1) 시장 소득에 공적 이전 소득을 더한 것임.

2) ()는 시장 소득 대비 빈곤율 또는 빈곤갭 감소 % 포인트임.

자료: 통계청(2016b). 2015 가계동향조사. 원자료.

39) 기초연금의 급여수준이 먼저 결정된 이후 국민기초생활보장 수급 여부 및 급여수준이 결정됨.

빈곤갭은 빈곤한 노인의 소득을 모두 합한 것으로 빈곤 심도가 얼마인지를 보여 준다. 그러나 빈곤갭은 수치가 매우 크고, 직관적으로 빈곤 심도가 얼마나 큰지를 알기 어려운 점이 있어 빈곤갭은 주로 비율을 사용한다. 비율의 개념을 포함한 빈곤갭은 빈곤선 이하 노인의 평균 소득이 빈곤선인 중위 소득 50%와 얼마나 차이가 있는지를 의미한다. 즉 빈곤갭은 빈곤 노인 1인당 소득이 얼마나 증가하면 빈곤선 수준으로 끌어올릴 수 있는지 보여 주는 것이다. 빈곤갭이 적을수록 빈곤 심도가 낮다는 의미이다.

노후소득보장제도에 의해 노인가구의 빈곤갭은 18.0% 포인트 감소한다. 빈곤갭이 시장 소득 기준 57.2%, 경상 소득 기준 39.2%이다. 노후소득보장제도로 인한 노인 개인의 빈곤갭 감소 폭은 21.7% 포인트가 된다(시장 소득 62.2%, 경상 소득 40.5%).

세부 제도별로는 기초연금의 빈곤갭 감소 효과가 가장 크고 그 다음 공적연금, 국민기초생활보장 등의 순이다. 개인 단위 및 시장 소득 기준으로 기초연금 수급은 빈곤갭을 9.3% 포인트 감소시키며, 공적연금 5.2% 포인트, 국민기초생활보장 등 4.9% 포인트이다.

노후소득보장 정책의 급여 적절성을 진단한 결과, 현행 노후소득보장제도의 급여수준 상향 조정이 절실히 보인다. 최근 정부의 적극적인 노후소득보장 정책 개선 노력에도 불구하고, 노인 빈곤율은 40%대를 유지하고 있는 것을 확인하였다.

라. 형평성

본 연구에서는 노후소득보장제도의 형평성을 파악하기 위해 노인의 특성별 빈곤율과 빈곤갭의 차이를 살펴보았다. 노인 특성별 분석은 개인 단위의 분석이다. 따라서 가구 단위로 분석한 수급률은 제외하였다.

빈곤율은 읍·면부 지역이 동부 지역에 비해, 여자가 남자에 비해, 연령이 많을수록 높다. 시장 소득 기준으로 빈곤율은 읍·면부와 도시 지역 각각 72.3%와 63.6%, 여자와 남자 각각 79.9%와 56.3%, 연령별로 65~69세 55.8%, 70~74세 65.8%, 75~79세 75.4%, 80세 이상 70.2%이다. 노후소득보장으로 인한 빈곤율 감소 크기는 위와 반대로 파악된다. 지역별 노후소득보장으로 인한 빈곤율 감소 크기는 동부(-18.3% 포인트)가 읍·면부(-14.4% 포인트)보다 더 크다. 성별로는 남자가 -19.1% 포인트로 여자 -15.3% 포인트보다 크며, 연령 집단별로는 65~69세 -21.3% 포인트, 70~74세 -19.1% 포인트, 75~79세 -16.1% 포인트, 80세 이상 -10.3% 포인트로 연령이 젊을수록 크다. 즉 노후소득보장제도의 급여 수준은 지역, 성별, 연령 집단별 빈곤율 격차를 더욱 크게 하고 있다.

빈곤갭은 빈곤율에 비해 지역, 성, 연령별 격차가 작다. 여전히 읍·면부 지역이 동부 지역에 비해, 여자가 남자에 비해, 연령이 많을수록 빈곤갭이 커지는 경향성은 빈곤율의 경우와 동일하다. 시장 소득 기준으로 빈곤갭이 읍·면부와 도시 지역 각각 78%와 60.8%, 여자와 남자 각각 64.7%와 60.1%, 연령별로 65~69세 54.2%, 70~74세 59.1%, 75~79세 67.7%, 80세 이상 72%이다. 노후소득보장제도로 인한 노인의 인구 사회학적 특성별 빈곤갭의 격차는 빈곤율의 경우와 달리 감소하였다. 즉 시장 소득과 경상 소득의 차이는 읍·면부 지역이 동부 지역에 비해(각각 -25.8% 포인트와 -20.8% 포인트), 연령이 많을수록 적고(80세 이상 -25.6% 포인트, 65~69세 -19.3% 포인트), 남자는 여자에 비해 크지만 그 차이는 -1.5% 포인트로 매우 작다.

〈표 3-18〉 노후소득보장제도의 형평성(노인의 특성별 빈곤율과 빈곤갭)

(단위: %)

특성	빈곤율			빈곤갭		
	시장 소득	경상 소득 ²⁾	차이(%p)	시장 소득	경상 소득	차이(%p)
지역						
동부	63.6	45.3	-18.3	60.8	40.0	-20.8
읍·면부	72.3	57.9	-14.4	68.0	42.2	-25.8
성						
남자	56.3	37.2	-19.1	60.1	37.3	-22.8
여자	79.9	64.6	-15.3	64.7	43.4	-21.3
연령						
65~69세	55.8	34.5	-21.3	54.2	34.9	-19.3
70~74세	65.8	46.7	-19.1	59.1	36.9	-22.1
75~79세	75.4	59.3	-16.1	67.7	44.3	-23.5
80세 이상	70.2	59.9	-10.3	72.0	46.4	-25.6

주: 1) 개인 기준의 결과임.

2) 시장 소득에 공적 이전 소득을 더한 것임.

자료: 통계청(2016b). 2015 가계동향조사. 원자료.

결국 노후소득보장제도의 형평성 측면에서는 빈곤율과 빈곤갭이 다른 방향으로 작동하고 있다는 것을 알 수 있다. 빈곤율은 지역과 성, 연령 집단 간 형평성을 악화시키고 있지만, 빈곤갭은 이들의 형평성을 개선시키고 있다. 그러나 이러한 진단은, 지역이나 성, 연령 이외의 다른 변수를 통제하지 않은 결과라는 점에서 해석에 유의해야 한다.

그러나 이러한 지역별·성별·연령 집단별 노후소득보장제도의 빈곤율 감소 양상은 공적연금에 의한 것으로 보인다. 노인의 인구 사회학적 특성별 공적연금제도의 형평성 향상이 이러한 경향성을 보여 준다(표 3-19, 부표 3-2 참조). 국민연금은 사업장 가입자부터 도입되기 시작하였으며, 가입자 본인이 근로활동기에 보험료를 납부하고 노후에 지급받는 것이다. 따라서 연령이 젊을수록, 동부 지역에 거주하고, 남자인 경우 공적연금을 수급할 가능성이 높다.

〈표 3-19〉 공적연금제도의 형평성(노인의 특성별 빈곤율과 빈곤갭)

(단위: %)

특성	빈곤율			빈곤갭		
	시장 소득	+공적연금	차이(%p)	시장 소득	+공적연금	차이(%p)
지역						
동부	63.6	52.7	-10.9	60.8	55.4	-5.4
읍·면부	72.3	63.2	-9.1	68.0	62.9	-5.1
성						
남자	56.3	44.1	-12.2	60.1	53.2	-6.9
여자	79.9	71.9	-8.0	64.7	60.8	-3.9
연령						
65~69세	55.8	42.1	-13.7	54.2	46.9	-7.3
70~74세	65.8	54.9	-10.9	59.1	51.9	-7.2
75~79세	75.4	65.9	-9.5	67.7	62.3	-5.4
80세 이상	70.2	64.6	-5.6	72.0	69.7	-2.3

주: 개인 기준의 결과임.

자료: 통계청(2016b), 2015 가계동향조사. 원자료.

제3절 발전 전략

빈곤이라는 사회적 위험으로부터 노인을 보호하기 위한 다양한 제도적 기반이 존재함에도 불구하고, 우리나라 현 노인 세대의 빈곤율은 OECD에서 가장 높은 40%대이다. 이는 OECD 평균 노인 빈곤율 보다 3배 이상 높다. 따라서 우리나라 노인의 소득보장 정책은 최소한의 생활 수준을 보호해 주어야 한다는 관점에서 빈곤 완화에 정책 방향성을 둘 필요가 있다. 또한 노인 빈곤율이 높다는 것은 현 노후소득보장 정책에 추가적인 개선이 필요한 것으로 해석할 수 있다.

한편 우리 정부의 사회 복지는 최소한의 국가 지원을 유지하고, “복지 제도를 도입하더라도 경제 성장을 위한 시녀적(Handmaiden) 역할과 기능을 강조”한 것으로 평가되고 있다(이정기 등, 2015, p.16). 노후소득보

장 정책은 재정이 투입되는 공공 부조보다 사회보험 중심으로 발전하였다. 또한 사회보험 또한 보험료의 지불 능력과 정부의 소득 파악을 감안하여 직장 근로자 중심으로 발전하였다. 따라서 사회보험의 필요성이 더 큰 저소득층은 사회보험의 사각지대로 존재하는 결과가 초래되었다.

제도 개선에도 불구하고 공공 부조 또한 국민기초생활보장제도의 부양 의무 기준으로 대표되는, 가족에 대한 의존이 큰 특징 또한 있다. 공공 부조에서 부양 의무 기준은 OECD 회원국에서 그 예를 찾기 어려우며, 이러한 제약이 있는 국가도 독일과 같이 최소한으로 운영되고 있다.⁴⁰⁾ 우리나라도 노후 부양 부담에서 국가의 역할을 보다 강화하고 가족의 부양 부담을 낮추는 방향으로 검토할 필요가 있다.

노후소득보장 체계를 공·사적연금의 혼합 정도와 급여수준(소득 대체율)으로 유형화하면 우리나라는 상대적으로 사적연금의 비중이 높지만 소득 대체율은 낮은, 소위 '영미형'에 속한다(정경희 등, 2011, p.88).⁴¹⁾ 공적연금의 급여수준이 낮으면서 보편적인 사적연금이 발전하지 못한 유형이다. 소득 대체율에 상관없이 공적연금 중심의 노후소득보장 체계를 가지고 있는 국가에서 주로 급여 축소와 같은 재정 안정화와 제도 합리화를 위한 제도 개혁이 나타나고 있다(정경희 등, 2011, p.94). 따라서 두 차례에 걸쳐 이루어진 우리나라의 국민연금 재정 안정화 개혁은 과연 적절한 시점이었는지, 그리고 소득 대체율의 하락 폭을 줄일 수는 없었는지 다시 검토해 볼 필요가 있다.

이러한 정부의 복지 철학(국민기초생활보장제도의 부양 의무자 기준), 공적연금제도의 미성숙, 낮은 소득 대체율, 넓은 사각지대 등으로 인해

40) 부양자의 연간 소득이 €100,000(1억 3천만 원) 이하이면 부양 능력이 없는 것으로 판단함(이정기 등, 2015).

41) 그 외 남유럽형, 중부 유럽형, 북유럽형이 있음. 남유럽형은 급여수준이 높은 공적연금 중심 체제, 중부 유럽형은 급여수준이 낮은 공적연금 중심 체제, 북유럽형은 급여수준이 높은 공사연금 혼합 체제임.

우리나라 노인 빈곤율은 당분간 높은 수준을 유지할 것으로 전망된다. 따라서 우리 정부는 노인의 삶의 질 향상을 위한 기본 조건으로, 빈곤 해소라는 목표를 달성하기 위해서 보다 적극적인 정책적 노력을 기울여야 할 것이다. 정책 개선 방향의 핵심은 노후 빈곤의 책임을 개인만의 몫으로 돌릴 것이 아니라, 국가가 보다 적극적으로 노후소득보장을 강화하기 위한 역할을 해야 한다는 것이다. 본 연구에서 실시한 전문가 조사 결과 분석에서도, 소득보장정책에서 정부의 역할이 중요하다는 데 100% 일치된 의견을 보였다.⁴²⁾

본 연구는 노인의 빈곤을 완화할 수 있는 단기 정책 과제로 1) 노인의 빈곤 감소 목표 설정의 합리성 제고, 2) 기초연금 사각지대 축소와 급여수준 상향, 3) 형평성 제고를 위한 국민연금 개선 방향 마련을 제안한다. 또한 장기 정책 과제로 1) 국민기초생활보장의 부양 의무자 기준 완화, 2) 소득 대체율 조정을 통한 국민연금의 소득보장 기능 강화를 제안한다. 정책 과제의 기간 구분은 사회적 합의와 제도 수용성 등을 감안하여 보다 빠른 시기에 현 제도의 개선이 가능한지의 여부로 판단한 것이다.

1. 노후소득보장의 단기 정책 과제

가. 노인의 빈곤 감소 목표 설정의 합리성 제고

제3차 저출산·고령사회기본계획은 목표 성과 지표로 2020년까지 노인 빈곤율 39%를 제시하고 있다. 그러나 이러한 목표 수준에 대한 객관적인 근거는 제시되지 않았다. 최근 노후소득보장제도의 개선에도 불구

42) '매우 중요하다' 82.4%, '중요한 편이다' 17.6%, '그저 그렇다' 0%, '중요하지 않은 편이다' 0%, '전혀 중요하지 않다' 0%. <표 8-17> 참조.

하고 2015년 현재 노인 빈곤율은 47.6%로 여전히 높은 상황이다. 공적 연금의 노후소득보장 역할은 매우 제한적이라고 알려져 있다는 점에서(강성호, 2011; 우해봉 등, 2015), 단기적으로 기초연금과 국민기초생활보장의 대상의 충분성과 급여의 적절성 강화를 통해 노후소득을 높일 수 있을 것이다.

한편 OECD에서 정기적으로 제시되고 있는 노인 빈곤율은 한 나라의 소득수준을 순서대로 줄을 세운 뒤, 가장 가운데 있는 소득(중위 소득)의 50% 미만이면 빈곤으로 보는 것이다. 그러나 우리나라 노인이 근로활동에 참여하던 때는 고도의 경제 성장을 누리던 시절이며 가족 부양 가치관이 우세하였기 때문에 노후 준비에 대한 개념이 없었다. 평균수명이 현재와 같이 길지 않아 은퇴 이후의 기대 수명이 길지 않고 공적연금제도가 도입되기 전이었다. 그러므로 이들 노인 세대가 은퇴한 빈곤 인구로 편입될 수밖에 없다. 상대 빈곤율은 공적연금제도가 성숙하고 스스로 준비하는 노후가 당연시 되는 서구 사회에 적합할 것이다. 우리나라는 인간다운 삶을 누리기 위한 최소한의 기반이 마련되었는지를 점검하는 절대 빈곤율을 우선 목표 성과 지표로 설정하는 것을 검토해 볼 필요가 있다. 절대 빈곤율은 삶을 영위하는데 필요한 최저 생활 기준선을 마련해야 한다. 따라서 노후소득보장제도에서 절대 빈곤율을 목표 성과 지표로 설정할 경우 최저 생활 기준선의 추정 방안에 대한 논의가 선행되어야 할 것이다.

그러나 장기적으로는 공적연금제도의 성숙 수준 등을 고려하여, 노인 빈곤율의 목표 성과 지표를 국제적 비교 기준에 부합되게 상대 빈곤율로 수정할지는 이후에 다시 논의되어야 할 것이다.

나. 기초연금의 급여수준 조정

2015년 노인인구의 66.2%가 기초연금을 수급하고 있다. 또한 2008년은 국민연금제도 시행 20년이 되는 시점으로 완전노령연금 수급자가 증가하고 있지만, 여전히 현 세대 노인의 노후소득에서 차지하는 비중이 크지 않기 때문에 당분간 기초연금이 중요한 역할을 하게 될 것으로 보인다. 국민연금의 실질 소득 대체율이 일정 수준에 도달할 때까지 기초연금이 노인소득보장의 큰 축으로 역할을 수행할 것이다(임완섭, 2016, p.97). 또한 현재 노인의 소득보장에서 제도 개편의 파급 효과는 국민연금제도보다 기초연금제도에서 더욱 큰 것으로 알려져 있다. 따라서 기초연금의 급여수준 상향을 통해 현세대 노인의 빈곤을 효과적으로 완화하는 것을 검토해 볼 필요가 있다.

또한 기초연금의 급여수준 상향은 소득수준에 따라 차등 지급하는 방안을 고려할 필요가 있다. 차등 방안은 소득 하위 특정 %에 대해 급여수준을 현재의 약 20만 원 수준보다 높이는 방향을 우선 검토할 수 있을 것이다.

한편 기초연금의 기준 연금액은 매년 물가와 연동되어 조정되고 있다. 그러나 물가 상승률은 임금 상승률보다 낮기 때문에 앞으로 기초연금의 실질 가치는 축소될 것이다. 이러한 점에서 기준 연금액의 연동 기준을 임금 상승률로 조정하는 방안도 검토해 볼 수 있을 것이다.

한편 일부 전문가들은 기초연금의 대상 규모를 축소하거나 확대하자는 의견이 있다. 그러나 기초연금의 대상 규모를 조정하는 것은 현실적으로 쉽지 않을 것으로 판단된다.

다. 형평성 제고를 위한 국민연금 개선 방향 마련: 국민연금의 사각지대 해소

노인 집단 내에서도 지역과 성, 연령 집단별로 빈곤 수준이 다르다. 읍·면부 지역 거주 노인이 동부 지역에 비해, 여자 노인이 남자 노인에 비해, 연령이 증가할수록 빈곤율이 높아지는 경향이 있다. 시장 소득에서 공적연금 수급액을 합산하여 빈곤율 감소 효과를 살펴본 결과, 이러한 인구 사회학적 특성별 분석 효과와 유사하게 나타났다. 이는 곧 공적연금 가입 현황이 노인의 인구 사회학적 특성에 따라 다르다는 것을 의미한다.

한편 본 장의 제2절에서 살펴본 것과 같이 공적연금 중 대상의 포괄성이 가장 넓은 국민연금도 수급률이 36.5%에 불과한 실정이다. 국민연금 제도의 형평성을 제고하는 개선 방안은 곧 국민연금의 사각지대를 줄이는 방안이라 할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 농촌 지역 거주자(또는 농업 종사자)와 여자의 국민연금 가입률을 제고할 수 있는 제도 개선 방안이 마련되어야 할 것이다. 국민연금은 사회보험 방식으로 경제활동에 참여하고 있는 인구 집단, 특히 소득수준의 파악이 쉬운 근로자를 중심으로 설계될 수밖에 없다. 이러한 한계를 극복하기 위해 현행 국민연금은 농업업인의 국민연금 보험료 지원과 주부 및 학생 등 비경제활동 인구의 임의 가입제도 등을 운영하고 있다. 또한 근로자 중에서도 국민연금 가입이 어려운 10인 미만 사업장 저소득 근로자에 대한 보험료 지원 사업(두루누리 지원사업), 구직 급여 수급자에 대한 보험료 지원 사업(실업 크레딧)도 시행되고 있다. 이와 같이 상대적으로 국민연금 가입률이 낮은 인구 대상을 표적화하여 가입 유인 체계를 강화하려는 노력은 지속될 필요가 있다.

한편 본 연구에서 실시한 전문가 조사에서도 국민연금은 경제활동기에 소득수준과 소득 여건이 상대적으로 좋았던 남자에게 유리하게 설계되어

있다는 의견과 여자 저소득층의 국민연금 가입을 제고하기 위한 새로운 방안이 강구될 필요가 있다는 의견이 있었다.

2. 노후소득보장의 장기 정책 과제

가. 국민기초생활보장제도의 부양 의무자 기준 완화

우리나라 노인의 31.4%는 최저 생계비에도 못 미치는 소득으로 생활하고 있지만, 노인의 국민기초생활보장 수급률은 6.2%에 불과하다. 다시 말해, 소득 수준이 최저 생계비 이하이면서 국민기초생활보장급여를 수급하지 못하는 노인이 상당수 있다.

현행 국민기초생활보장제도는 단순히 소득이 아니라 자산 등을 소득으로 환산하는 소득 인정액을 활용하고 부양 의무자 기준을 적용하고 있다. 따라서 현행 국민기초생활보장제도의 선정 기준에 따른 사각지대가 존재할 가능성이 있으며, 상당 부분은 국민기초생활보장제도의 부양 의무자 기준에 의한 것으로 생각된다.

일정 소득 이상의 성인 자녀는 노부모를 부양할 의무가 있다는 점에서, 부양 의무자 기준이 존재하지만 이러한 상황을 강제할 수 없다. “본인이 어찌할 수 없는 부양 의무자의 부양 능력과 부양 의지를 기준으로 공공 부조를 제공하는 것(양승조, 남인순, 2016, p.4)”이 과연 옳은 것인지, “부양받을 권리가 있는 사람에게 부양을 받아야 할 과중한 임무를 부과하고, 그 임무를 이행하지 못했다고 수급 자격을 거부하는 것(양승조, 남인순, 2016, p.34)”이 과연 합리적인 것인지 생각해 볼 필요가 있다. 따라서 우리 정부는 부양 의무자 기준을 완화하여 사각지대를 축소하고자 하였지만, 부양 의무자 기준과 관련하여 추가적인 개선이 필요해 보인다.

나. 소득 대체율 조정을 통한 국민연금의 소득보장 기능 강화

정부는 장기적으로 국민연금의 소득보장 기능을 강화할 필요가 있다. 노인 빈곤율이 높은 우리나라의 특수한 상황에서, 국민연금은 보험료 인상을 통해 재정 안정화와 소득 대체율 상향 조정을 추구하는 것을 검토해 볼 수 있을 것이다. 소득 대체율을 OECD에서 권고하는 70~80% 수준으로 높이는 것은 무리일지라도 현재보다 5~10% 정도의 소폭 조정은 반드시 고려할 필요가 있다. 다만 현재 기초연금은 국민연금과 연계되어 급여 수준이 삭감되도록 설계되어 있는 만큼, 소득 대체율 조정 논의에서는 기초연금과 국민연금의 관련성을 염두에 두고 제도적인 측면에서 재설계가 이루어져야 할 것이다. 다시 말해 국민연금의 소득 대체율 조정으로 연금 급여가 높아지는 만큼, 기초연금의 급여수준이 낮아진다면 제도 개선을 통한 노인 빈곤 완화 효과를 보기 힘들 것이다.

그리고 국민연금의 보험료 인상은 충분한 사회적 합의와 국가에 대한 신뢰가 전제될 때 가능할 것이다. 따라서 국민연금 보험료 인상과 그에 따른 소득 대체율의 인상은 시간적 여유를 두고 사회적 논의가 이루어져야 한다. 특히 보험료 인상의 근거로 재정 지속성 혹은 재정 고갈의 논리만 제시한다면, 사회적 공감대를 얻기 어려울 수 있다는 점을 염두에 두어야 할 것이다. 국민연금 보험료 인상으로 일정 수준의 소득 대체율을 높이는 것에 대한 충분한 설명이 있어야 할 것이다.

한편 국민연금 관련 정책 우선순위는 소득 대체율 인상보다는 국민연금 대상자 확대(사각지대 해소)와 기초연금의 강화에 두어야 한다.⁴³⁾ 상대적으로 국민연금의 소득 대체율 인상은 보험료의 인상을 수반하기 때문에 단기간에 국민의 동의를 얻기 어려운 측면이 있기 때문이다.

43) 국민연금의 사각지대 해소는 단기 과제, 소득 대체율 인상은 장기 과제로 제안하는 이유임.



제 4 장

노인 건강 지원 정책:
건강 유지

제1절 정책의 발전과정과 개요

제2절 정책의 현황과 진단

제3절 발전 전략



4

노인 건강 지원 정책: << 건강 유지

고령사회의 도래로 노인인구의 증가 및 노인의 수명은 연장되었으나 무병장수를 기대하기는 쉽지 않다. 노년기에는 다른 연령층에 비해 건강 및 기능 상태가 상대적으로 나빠지기 때문에 건강에 대한 관심과 의료적 치료 욕구가 커지고, 병의원 이용률이 높아지게 된다. 만성퇴행성질환 등은 노년기 삶의 질뿐만 아니라 의료비 급증으로 노인 본인, 가족, 그리고 국가 재정의 큰 부담이 되고 있다. 실제 노인 진료비는 2015년 건강보험 총진료비 대비 36.8%를 차지하는 것으로 나타났다(건강보험심사평가원, 2015, p.57). 이는 노인의 의료기관 방문비율이 높아지는 것과 동시에 의료기관 자체적으로 노인을 대상으로 한 다양한 진료 및 의료서비스가 제공되고 있기 때문이기도 하다. 본 장에서는 지금까지 추진된 우리나라 노인 건강 지원 정책의 발달 과정과 내용을 살펴보고 정책을 진단하고자 하며, 이를 바탕으로 한 미래 발전 전략을 모색하고자 한다.

제1절 정책의 발전과정과 개요

노인 건강 지원 정책의 발전과정을 살펴본 후 세부적인 개요를 기술하고자 한다. 이를 위하여 건강 관련 정책의 범위부터 규정하고자 한다.

1. 건강 관련 정책의 범위

노화는 정상적인 발달 과정의 일부분이라 할 수 있는데, 노인은 스스로 노화에 대한 신체적, 정신적 변화를 이해하고 건강을 유지하는 것이 무엇

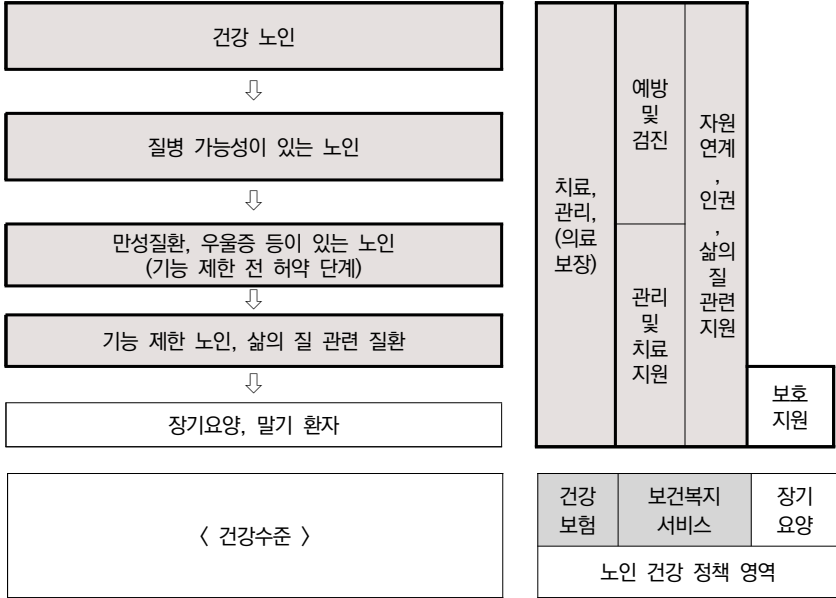
보다 중요하다. 세계보건기구(WHO)에서는 건강한 노화(헬시 에이징, Healthy Ageing)를 ‘노인이 차별받지 않고 사회에 참여할 수 있으며, 자립적이고 양질의 삶을 향유할 수 있도록 하기 위해 신체적, 정신적, 사회적 건강 기회를 최적화하는 과정’으로 정의하고 있다(WHO, 2015, p.28). 즉, 노인의 건강 개념을 단순히 질병이나 쇠약이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적 및 사회적 안녕(well-being)으로 보고 있는 것이다. 이러한 관점에서 노인 건강 정책은 질환이나 쇠약의 예방 및 관리와 함께 건강한 삶을 유지하고 증진할 수 있도록 기반을 지원해 주는 방향으로 설정되어야 할 것이다.

지금까지의 노인 건강 정책은 질병 위주의 완치 및 관리 목적으로 이루어지고 있어, 기능이 약화된 중간 단계에서의 회복 및 재활이 제대로 이루어지지 못한 채 기능 장애의 고착화로 장기요양 상태 전환에 영향을 주어 장기요양비용의 지출 확대로 이어지는 것으로 파악된다(선우덕, 2014). 따라서 향후 노인건강 정책에서는 기능의 회복 및 재활, 기능 장애의 예방적 측면과 같은 노력이 강조될 필요가 있다.

향후 초고령사회를 앞둔 현시점에서, 우리나라 노인 건강 정책의 바람직한 방향에 대한 재고의 필요성이 제기되고 있으며, 이를 위해 지금까지 추진된 정책의 현황과 진단을 바탕으로 한 노인 건강 지원 정책의 발전 방안 모색이 요구된다. 여기서 노인 건강 정책의 범위는 노인 건강수준을 기준으로 했을 때, 장기요양의 보호 지원 영역을 제외하고⁴⁴⁾ 건강보험 및 보건복지서비스의 두 축을 중심으로 하였다.

44) 노인돌봄서비스 및 장기요양보험제도에 대한 내용은 다음 장인 연속적 보호체계의 영역에서 별도로 다루고자 함.

[그림 4-1] 노인 건강수준 기준에 따른 정책의 범위



자료: 이정애 등(2009). 노인 건강증진을 위한 종합 대책 및 관리 방안 개발, 전남대학교·건강증진기금사업단 자료(pp.88-89)를 활용하여 건강수준 부분 재구성.

2. 노인 건강 지원 정책의 발전과정과 개요

가. 건강보험을 중심으로 한 의료보장 확대

1) 제도 발전에 따른 치료의 접근성 강화

1981년 「노인복지법」의 제정은 노인이나 일반 국민들 사이에서 점차 국가와 사회가 노인 부양과 복지를 책임져야 한다는 인식과 태도가 나타나게 되었음을 의미한다. 그러나 이 시기에는 경로 효친사상을 고양하는 것에 정책의 초점을 두었기 때문에 노후소득보장 문제나 보호가 필요한

노인에 대한 문제, 노인 의료 문제 등에 대해서는 적극적인 정책이 펼쳐지지 못했다. 다만, 1983년부터 무료노인건강진단제도를 통하여 최초의 노인건강증진정책을 시행하였다(보건복지부, 2016f).

이후 노인 건강에 대한 본격적인 관심을 가진 것은 65세 이상 노인인구가 전체 인구의 7.2%가 되어 고령화 사회에 돌입한 2000년 이후로 볼 수 있다. 이때의 주요 노인 건강 정책은 건강보험제도의 발전과 노인장기요양보험제도의 도입 준비로 정리된다(선우덕, 2014). 먼저, 1980년 의료보험제도의 도입 이후 그동안 직장 근로자, 공무원 등 특수직역근로자, 지역 자영업자로 구분하여 실시되어 오던 것을 2000년 관리 운영 체계를 통합하고, 2003년에는 재정통합을 이루어 누구나 동일한 보험급여를 제공받게 되었다. 이를 계기로 의료보험통합 이전의 노인이 대부분 지역 가입자로서 직장 가입자와 차별적인 서비스를 받던 것과 비교하여 치료에 대한 접근성이 대폭 향상되었다. 또한 암과 같은 중증 질환에 대한 진료비 본인 부담금이 크게 경감됨으로써 고도 기술에 대한 치료도 손쉽게 이용할 수 있게 되었다. 이러한 요인은 인구고령화와 맞물려 건강보험에서 노인의 진료비 지출의 큰 상승을 이끌었다. 1996년부터 2015년까지 약 20년간 전체 지출 대비 65세 이상 노인 진료비 비율은 12.9%에서 37.8%로 거의 3배 가량 증가하였고, 이로 인하여 고령화에 따른 노인 의료 대책 마련이 시급한 문제로 대두되었다.

〈표 4-1〉 65세 이상 노인 의료비 증가

구분		1996년 ¹⁾	2000년 ³⁾	2005년	2010년	2015년
적용인구 (천명)	전체	44,603	45,896	47,392	48,907	50,490
	65세 이상 비율(%)	2,589 (5.8)	3,019 (6.6)	3,919 (8.2)	4,979 (10.2)	6,223 (12.3)
	65~69세	-	1,238	1,591	1,796	2,080
	70~74세	-	806	1,090	1,439	1,661
	75~79세	-	975 ²⁾	654	931	1,266
	80~84세	-	-	369	499	745
	85세 이상	-	-	215	314	470
총진료비 (억원)	전체	76,416	117,216	248,615	436,281	579,593
	65세 이상 비율(%)	9,891 (12.9)	20,694 (17.6)	60,731 (24.3)	140,583 (32.2)	219,210 (37.8)
	65~69세	-	8,385	23,642	41,943	52,042
	70~74세	-	6,126	17,772	40,545	54,266
	75~79세	-	6,184 ²⁾	19,316 ²⁾	29,857	51,189
	80~84세	-	-	-	17,329	35,223
	85세 이상	-	-	-	10,909	26,488

주: 1) 1996년 연령 단위별 통계 없음.

2) 표시는 75세 이상.

3) 2000년 총진료비 지급 기준에서 약국 제외.

자료: 국민건강보험공단(각 연도), 건강보험 주요 통계.

2) 건강보험 노인 의료비 본인부담경감

다른 연령층에 비해 질병, 사고 등 각종 건강 위험에 취약한 노인의 건강보험 보장성을 확대하기 위하여 노인 진료비 본인 부담을 경감하는 정책이 추진되었다. 1995년부터 70세 이상 노인에게 대한 외래진료비 본인 부담 정액제를 실시했고, 2000년 외래본인부담금 인하 대상을 70세에서 65세로 확대하였다. 2007년에는 65세 미만 환자의 의원급, 약국 진료비를 30% 정률제로 전환하였는데, 본 시기에 노인 외래 진료비는 15.0

00원 이하 1,500원 정액제를 유지하여 2016년 현재까지 시행 중이다.⁴⁵⁾

건강보험 보장성 확대가 가장 두드러진 분야는 구강 건강이다. 2012년부터 가장 큰 경제적 부담을 느끼는 틀니와 임플란트부터 건강보험 적용을 단계적으로 확대하였다. 75세 이상을 대상으로 하여 2012년에는 완전 틀니, 2013년에는 부분 틀니, 2014년에는 임플란트로 적용 범위를 확대하였다. 또한 2015년부터는 연령 기준을 기존의 75세 이상에서 70세 이상으로 조정하여 대상자가 확대되었다. 2016년에는 틀니와 임플란트 비용 경감 정책을 추진하여, 비용 및 대상자에 있어 의료이용 접근성이 꾸준히 확대되었다.⁴⁶⁾

[그림 4-2] 건강보험 노인 진료비 본인부담경감 추진 현황



45) 노인 외래본인부담 정액제는 동네 의원 외래 진료 시 총진료비가 15,000원을 넘지 않으면, 정액(1,500원)만 부담하면 되도록 본인부담경감 조치로 만들어진 제도이다. 그러나 현실적으로 진료비가 15,000원이 초과되는 경우가 빈번하여 정률제(진료비 30% 본인 부담)를 적용받기 때문에 진료비 부담이 커져 개선 방안이 논의되고 있다(김계현, 2013, p.50).

46) 건강보험 보장성 확대로 65세 이상 노인 건강보험 보장률이 2013년 67.5%에서 2014년 70.6%로 높아졌다(2016. 5. 18. 보건복지부 보도자료).

나. 지역사회 중심의 통합적·예방적 보건복지서비스 확대

노인 의료비의 많은 부분은 노인 본인의 노력, 가족과 지역사회의 지원 및 노력을 통하여 절감이 가능하다는 관점에서 사후 치료적 서비스 제공에서 사전 예방적 기제를 강화하였고, 지역사회를 중심으로 한 노인 건강 지원 정책이 2003년 참여 정부에 들어서면서 본격적으로 검토되었다. 그 이전까지 추진된 노인보건복지정책으로는 노인 의료비 경감, 치매 노인 대책 강화(노인복지증장기발전계획, 1999)등의 질병 관리를 목적으로 한 정책이 주를 이루었다.

참여정부(2003~2007년)는 보건의료발전계획을 마련하여 국가 보건 의료서비스의 기틀을 다지고자 하였다. 보건의료발전계획('04~'08)은 평생국민건강관리체계 구축, 보건의료서비스의 보장성 강화, 보건의료체계의 효율화, 보건산업의 경쟁력 제고 등을 골자로 한다. 이 시기의 보건의료정책을 노인 건강 지원이라는 관점에서 살펴보면 다음과 같다. 평생건강관리체계의 구축, 노인 안검사 및 수술비 지원 실시, 노인 건강 프로그램 확대, 만성질환 관리 체계 구축, 방문보건사업 확대 등이 마련되었고(노인질환관리종합대책, 2002), 2006년 제1차 저출산고령사회기본계획을 통해 사전 예방적 보건의료체계 구축과 노후 의료보장 강화 및 노인 운동 활성화가 강조되었다. 기타 정책 전략 및 대책을 통하여 노인 운동, 영양 지원 프로그램 강화(건강투자전략, 2007), 노령기 기초 건강증진 강화, 중증 질환 조기 발견(노인건강증진종합대책, 2008)이 제시되었다. 즉, 이 시기에는 예방적 관점에서 질병의 조기 발견, 건강 생활의 실천, 예방 중심의 질병 관리를 위한 지원 노력 등이 강조되었다.

2011년 제2차 저출산고령사회기본계획에서도 사전 예방적 건강관리 체계 구축이 강조되었으며, 보건소를 중심으로 하여 통합 건강관리 체계

를 구축하도록 하였다. 2013년 지역보건법 등에 의해 보건소를 중심으로 한 지역사회통합건강증진사업이 도입되어 지역 공동체를 기반으로 건강 생활 실천 및 만성질환 예방, 취약계층 건강 관리 등 지역 수요를 반영한 건강증진 사업을 추진할 수 있는 기반을 갖추게 되었다.

한편, 인구고령화에 따른 치매 환자의 급증과 그로 인한 사회 경제적 비용과 치매 환자와 가족의 삶의 질 향상 및 노년기 불안감 해소를 위하여 2008년부터 국가치매관리종합계획을 수립하게 되었다. 제1차 국가치매관리종합계획(2008~2012), 제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015)이 수립·진행되었으며, 현재 제3차 국가치매관리종합계획(2016~2020)이 수립되어 추진 중이다. 제3차 국가치매관리종합계획에 따르면, 지역사회 중심의 치매 증증도별 치매치료 및 돌봄, 치매 환자의 권리 및 안전 보호와 가족 부담 경감 중심의 지원 체계 마련이 핵심 목표로 설정되어 있다.

3. 현행 주요 노인 건강 지원 정책 사업의 발전과정 및 개요

앞서 살펴본 주요 계획을 바탕으로 추진된 주요 노인 건강 지원 정책 사업별 발전과정 및 개요를 살펴보면 다음과 같다.

가. 노인 건강검진

노인 건강검진은 사전 예방적 측면에서 질환을 조기 발견하고, 질환 상태에 따라 적절한 치료 및 요양에 갖는 중요성이 강조되어 왔다. 1983년부터 2년에 1회씩 65세 이상의 저소득 노인을 대상으로 무료 건강검진을 시행하였고, 1985년부터는 일반 노인에게까지 대상자를 확대하였고, 1992년부터는 당뇨, 백내장 등의 노인성 질환을 검진 항목에 추가하였으며, 1996년부터는 혈액 검사, X-ray 검사, 암 검사 등 노인이 희망하는 검사를 선택할 수 있게 하였다. 그러나 검진 후 의료보호 대상자 및 의료

보험 수급자를 제외한 일반 저소득 노인에 대한 적절한 사후 대책은 없다는 문제점이 지속적으로 지적되었다. 노인 건강검진 대상자는 1983년부터 1994년까지는 연간 평균 18만 명 정도였으나, 1995년 9만 명으로 크게 줄었고, 1996년부터 2006년까지는 연평균 3만 2천 명 수준이 되었으며, 노인 건강검진은 참여정부의 지방 분권 정책에 따라 2005년 지방 이양 사업으로 전환되었다[보건복지 70년사, 보건복지 통계 연보 및 보건복지 백서(각 연도)].⁴⁷⁾

2016년 현재 노인 건강검진은 국가 건강검진 사업의 일환으로 진행되고 있다. 건강보험 가입자나 의료급여 수급권자는 지역 보건소에 신청을 통해 2년에 1회 일반 검진, 암종별 대상 연령에 따라 암 검진을 받을 수 있다. 또한 생애 전환기(40세, 66세) 건강검진이 2007년부터 시행되었다. 최근 ‘제2차(2016~20년) 국가 건강검진 종합 계획 수립’에서는 건강검진 항목 확대 검토,⁴⁸⁾ 건강 상담 제도 확대⁴⁹⁾ 및 ICT 기반 등을 꾸준히 확대⁵⁰⁾해 가고 있다. 이로써 국가 건강검진 체계를 통해 질병의 조기 발견과 치료, 건강증진에 필요한 정보 제공 등의 건강 관리를 받을 수 있도록 하고 있다.

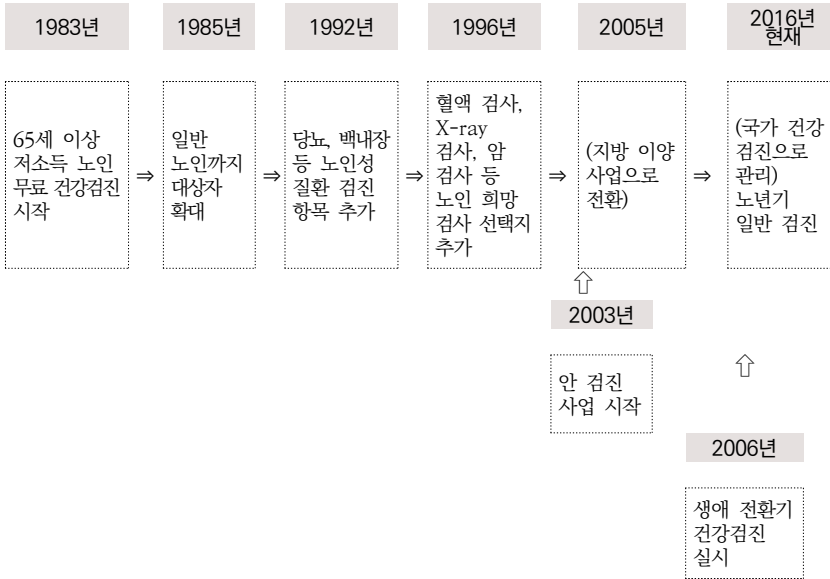
47) 참여정부 부처별 지방 이양 사무는 1,481개로 나타나며, 이 중 보건복지부 소관 182개 사업 중 노인 관련 사업은 13개로 경로당 운영, 저소득 재가노인 식사 배달, 노인 일거리 마련 사업, 노인복지시설 운영, 재가노인복지시설 개보수, 경로당 활성화 사업, 노인 건강 진단, 노인인력 지원기관 운영, 노인복지회관 운영, 경로식당 무료급식, 치매상담 센터 운영, 재가노인복지시설 운영, 노인복지회관 신축임[소순창, 2011(원자료: 지방 이양 추진 위원회 내부 자료, 2007)].

48) 타당성 평가 완료된 검진 항목 6개(B형 간염, 골다공증, 우울증, 노인 신체기능, 인지기능 장애, 이상지질혈증)에 대한 검진 주기를 조정 중이며, C형 간염, 20~30대 건강검진, 구강 파노라마 등에 대하여 타당성 평가를 진행하기로 함[보건복지부 보도자료 2016년 7월 28일자].

49) 현행 40세, 66세 2회에서, 40세 이후 매 10년마다 제공[보건복지부 보도자료 2016년 7월 28일자].

50) 건보공단인 건강검진 빅데이터(10년치 약 3억 건)를 활용하여 수요자에게 모바일 인터넷 등을 통해 건강 정보 제공[보건복지부 보도자료 2016년 7월 28일자].

[그림 4-3] 노인건강검진사업 추진경과



출처: 보건복지부(각 연도). 노인보건복지사업안내.

나. 지역사회 통합건강증진사업

개별 사업(17개) 단위로 운영되어 오던 건강증진 사업이 2013년 지역 사회통합건강증진사업이 도입되면서 보건소를 중심으로 1개 사업 내 13개 영역으로 조정되었고, 지역 여건에 따라 사업을 추진할 수 있도록 정책이 개편되었다. 이 중 노인을 주요 대상으로 하는 사업은 치매 관리, 만성질환 관리(심뇌혈관 질환 예방 관리), 방문 건강, 신체활동, 영양 등이다.

〈표 4-2〉 노인 지역사회통합건강증진사업의 구성 및 주요 내용

구분	사업 목적	사업 내용
금연	흡연을 예방하고 흡연자의 금연을 촉진 하며, 비흡연자를 보호하기 위한 간접 흡연 없는 환경을 조성함으로써 건강증진 및 건강 수명 연장	<ul style="list-style-type: none"> - 흡연 예방 - 흡연자 금연 촉진 - 간접 흡연 없는 환경(Smoke-free) 조성
절주	건강 음주 문화 조성 및 위험 음주의 조기 발견, 개입을 통하여 지역사회 음주 피해 감소	<ul style="list-style-type: none"> - 교육 및 홍보 - 조기 선별 및 상담
신체활동	신체활동 실천 인구 증가 및 걷기, 중등도 신체활동 실천율 증가	<ul style="list-style-type: none"> - 생애 주기별 교육 및 프로그램 제공 - 만성질환 예방을 위한 개인별 서비스 - 홍보 및 캠페인 - 환경 조성 - 지역사회 지원 및 연계 강화
영양	건강 수명 증가를 위한 최적의 영양관리 및 식생활 습관 개선	<ul style="list-style-type: none"> - 대국민 홍보 환경 조성 - 생애 주기별 영양 관리(영양 플러스 포함)
비만	국내 비만 인구의 증가 억제 건강한 식생활, 규칙적인 신체활동 등 비만 예방을 위한 건강 생활 실천 향상	<ul style="list-style-type: none"> - 정보 제공 및 홍보 캠페인 - 만성질환 예방 및 비만 관리 - 생애 주기별 주민 교육 - 취약 계층 비만 예방 프로그램
구강보건	예방 중심의 평생 구강 관리 체계 강화로 구강 건강 수명 연장 및 삶의 질 향상 도모	<ul style="list-style-type: none"> - 구강 건강증진 - 구강병 예방 진료
심뇌혈관 질환 예방관리	심뇌혈관 질환의 심각성과 예방 가능성에 대한 국민의 인식 제고 고혈압, 당뇨병 질환 전 단계와 질환자의 적정 관리를 통해 건강 지표 목표 달성	<ul style="list-style-type: none"> - 심뇌혈관 질환 홍보 - 만성질환 예방 관리
한의학 건강증진	인구고령화에 따라 증가하는 만성퇴행성 질환을 포함한 지역 주민의 건강상의 문제 해결을 위해 차매의 원리와 한의약적 건강증진 프로그램을 제공하여 국민의 건강증진과 삶의 질 향상에 기여	<ul style="list-style-type: none"> - 질환별 한의약 건강증진 - 생애 주기별 한의약 건강증진
아토피 천식 예방관리	지역사회 알레르기 질환 예방 관리 수준 향상	<ul style="list-style-type: none"> - 아토피, 천식 안심 학교 운영 - 취약 계층 아토피, 천식 환자 지원 - 아토피, 천식 교육 - 아토피, 천식 홍보

구분	사업 목적	사업 내용
여성, 어린이 특화	임신, 출산, 육아 관련 건강 서비스를 제공하여 여성과 어린이 건강증진	<ul style="list-style-type: none"> - 임신부 등록 관리 - 산모 건강 관리 - 가임기 여성 건강증진 - 다문화 가정 여성, 어린이 건강증진 - 영유아 건강증진
치매관리	치매 환자를 조기에 발견, 관리함으로써 치매 노인 및 그 가족들의 삶의 질 제고	<ul style="list-style-type: none"> - 치매 노인 사례 관리 - 치매 검진
지역사회 중심재활	지역사회 장애인의 건강증진과 사회적 참여 확대	<ul style="list-style-type: none"> - 장애인 재활 - 장애인 사회 참여 - 2차 장애 발생 예방
방문건강 관리	취약 계층의 건강 인식 제고, 자가 건강 관리 능력 향상, 건강상태 유지 및 개선	<ul style="list-style-type: none"> - 건강 행태 개선 - 만성질환 관리 및 합병증 예방 - 임신부, 신생아 및 영유아 관리 - 노인 허약 예방 - 다문화 가족 및 북한 이탈주민 관리 - 장애인 재활 관리

자료: 보건복지부(2015b). 2015 지역사회 통합건강증진사업 안내(총괄). p.21.

1) 치매 관리

현재 우리나라 치매 관리 사업은 크게 일반 회계 차원에서 노인장기요양보험지원사업과 국민건강증진기금 차원에서 이뤄지는 치매관리체계 구축사업, 노인건강관리사업, 지역사회통합건강증진사업, 만성병관리기술 개발연구사업 등으로 분류할 수 있다. 이 중 보건소 지역사회통합건강증진 사업에서의 치매관리사업은 치매검진사업과 치매노인사례관리사업으로 구성된다. 본 사업은 2006년 한국치매협회 민간단체 보조 사업으로 시작되어 2007년 지방자치단체 보조 사업으로 전환하였으며, 2010년 전국 모든 보건소로 확대 실시, 2013년부터 통합건강증진사업에 포함되었다.

〈표 4-3〉 치매 관리 사업

회계/기금	단위 사업	세부 사업	세부 사업명	세부 내용
국민건강증진기금	노인의료시설확충	치매관리체계 구축	국가치매관리사업 운영	중앙치매센터 지원: 치매 전문 인력 교육, 실종 노인 방지 사업, 홈페이지 및 스마트폰 앱 운영, 치매 연구, 홍보 및 인식 개선 사업, 지역 치매 관리, 국제 협력 등
			광역치매관리사업 운영 ¹⁾	11개 시도 설립 운영 중인 광역 치매센터 지원
			치매 상담콜 ¹⁾	치매 환자 및 보호자 상담 및 서비스 연계
			공립치매병원 기능 보강	공립치매병원의 쾌적한 환경 조성을 위한 기능 보강비 지원
			공립치매병원 BTL ²⁾ 정부 지급금	BTL 방식으로 완공된 병원에 대한 정부 지급금 지급
취약 계층 의료비 지원	노인 건강 관리	치매치료 관리비 지원	저소득층 치매 환자에게 약제비 등 치매 관리비 지원	
보건소 건강증진	지역사회통합 건강증진 사업	치매검진사업비	사군구 보건소 내 치매 조기 검진, 치매 노인 사례 관리	
질병 관리 연구	만성 질병 관리 기술개발 연구	고령화 대응 노화 및 치매 연구	치매를 비롯한 만성질환에 대한 연구 개발	
일반회계	노인장기요양보험 지원	노인장기요양보험 사업 운영	노인장기요양보험 운영 지원 치매 특별 등급 소요분	노인장기요양보험 사업 추진 경비 지원, 노인장기요양보험 가입자 및 기타 의료수급권자에 대한 국가 부담금 지원 등을 통하여 노인장기요양보험제도의 안정적 추진 도모
			기타 의료급여 수급권자 급여비용 국가 지원 치매 특별6등급 소요분	

주: 1) 2013년의 경우 일반 회계로 추경 예산이 편성되어 반영됨.

2) BTL(Build-Transfer-Lease)는 민간투자사업 방식 중 하나로 사회기반시설의 준공과 동시에 당해 시설의 소유권이 국가 또는 지방자치단체에 귀속되고, 사업시행자에게 일정 기간의 시설 관리운영권을 인정하되 시설 관리운영권을 국가 또는 지방자치단체 등이 협약에서 정한 기간 동안 임차하여 사용하는 것임(김상우, 이채정, 2014, pp.8-9 재인용).

자료: 박세경 등(2015). p.48 재구성[원자료: 김상우, 이채정(2014). 치매관리사업의 현황과 개선 과제].

2) 심뇌혈관질환 예방관리(고혈압·당뇨병 등록관리 사업)

노인들에게 주로 발생하는 주요 만성질환의 등록 및 관리를 통하여 지속적인 건강 관리 체계화가 필요하게 되었다. 2002년 노인 질환 관리 종합 대책에서는 5대 만성질환(당뇨, 고혈압, 심혈관, 뇌혈관, 관절염)의 등록 관리 및 국가 관리 체계 구축을 주장한 바 있다. 정부는 이와 관련한 종합 계획으로 2006년 제1차 심뇌혈관질환종합대책을 발표(2006~2010)하였고, 2010년 제2차 심뇌혈관질환종합대책(2011~2015)을 발표하였고, 2016년 제3차 심뇌혈관질환종합대책을 준비 중이다.

심뇌혈관질환 예방관리 사업은 1) 지역사회 교육, 홍보 사업을 통해 고혈압, 당뇨병, 이상 지혈증의 예방 및 관리의 필요성과 방법에 대한 인지도를 높이고, 2) 환자 조기 발견 및 조기 치료와 함께 3) 환자 등록 관리 사업을 통해 고혈압, 당뇨병 환자의 지속 치료율, 자가 관리율을 높이는 것을 목적으로 하고 있다(보건복지부, 2015b, p.82).

3) 방문건강관리사업

방문건강관리사업은 취약 계층의 건강 인식 제고 및 자가 건강 관리 능력 향상, 건강상태 유지 및 개선을 목적으로 보건소를 중심으로 제공된다(보건복지부, 2015b, p.95).

방문건강관리사업은 1990년부터 일부 지방자치단체에서 보건소를 통하여 부분적으로 시작되었으며, 1995년 12월 지역보건법에 의해 방문보건사업의 법적 근거가 마련되었고, 2001년 방문보건사업 표준 지침 개발 이후 전국적으로 확대 실시되었다. 이후 2007년 사회적 일자리 제공 사업의 일환으로 '맞춤형 방문건강관리사업'으로 새로이 재편되었으며, 2013년

기존 개별 사업들이 지역사회통합건강증진사업 13개 분야 중 하나인 방문건강관리사업으로 통합되었다(박세경, 2015, p.52). 65세 이상 노인 대상으로는 건강 행태 개선, 만성질환 관리 및 합병증 예방, 노인 허약 예방 서비스가 주로 제공된다.

4) 신체활동

신체활동 부문은 규칙적인 신체활동을 통하여 일상생활 기능을 유지하며, 낙상, 치매, 관절염 등과 같은 근골격 질환 및 인지 장애를 예방하는 것을 목적으로 노인 허약 예방 및 만성질환 예방 관리를 위한 노인 운동 교실 등 노인 체조 및 프로그램, 보건소, 경로당, 복지센터 등 생활터에 접근하여 운영되는 노인 운동 프로그램, ‘아!흔까지 자!신있게’ 프로그램 등이 있다. 그밖에도 노인의 낙상 예방 등 생애 주기에 따른 프로그램과 만성질환 예방을 위해 개인별 신체활동 교육, 상담을 실시하고 있다(박세경, 2015, p.60).

5) 영양

영양 섭취, 조리 등이 취약한 노인을 대상으로 영양 관리 및 식생활 교육을 실시하고자 영양 교육 및 어르신 조리 교실 운영, 노인의 거동에 따른 영양 관리 방법, 영양 정보 활용 방법 제공, 가정 방문을 통한 식생활 환경 점검 및 영양 불량 위험자의 선별 관리 등 어르신 영양 관리 사업과 독거노인을 대상으로 영양 교육 등 식생활 관리 서비스, 과일, 우유 등 건강 간식 도시락을 제공하는 실버건강식생활사업이 있으며, 그 외 한국인을 위한 식생활 지침 가이드북(노인편)이 발간되었다(박세경, 2015, p.61).

다. 기타 취약 노인 대상 보건의료사업 추진

노인에게 주로 발생할 수 있는 질병 등의 치료 및 관리와 기타 위험에 대비하기 위하여 다음과 같은 보건복지서비스가 추진 중이다.

1) 노인 무릎인공관절 수술 지원 사업

노인 무릎인공관절 수술 지원 사업은 무릎 통증이나 관절염과 같이 노인에게 흔한 질환이지만 일상생활에 영향이 크고, 치료 시 높은 비용이 발생되어 치료에 어려움을 겪는 저소득층 및 독거노인을 중심으로 지원이 이루어지고 있다. 무릎인공관절 수술비 및 교육 홍보 및 관리 운영에 들어가는 총예산은 2016년 기준 29억 원으로 민간 경상 보조, 국비(국민건강증진기금) 100%로 지원된다(보건복지부, 2016, p.590).

2) 노인실명예방사업

저소득 노인에게 대한 정밀 안 검진 실시로 안 질환을 조기에 발견·치료함으로써 실명을 예방하고 일상생활이 가능한 시력을 유지할 수 있도록 하는 것을 목표로 하는 본 사업은 2003년부터 시작하였다. 재원은 민간 경상 보조로 지원하며, 100% 국고 보조 사업으로(2003~2005년: 국고 보조, 2006년부터: 국민건강증진기금), 2016년 예산액은 16억 원이다. 주요 사업의 내용은 안 검진 및 개안 수술이다(보건복지부, 2016, p.578).

3) 재가암관리사업

고령 인구의 증가, 급속한 산업화로 인한 각종 위험 요인의 증가 등 암으로 인한 사망이 증가하였고, 1984년 이후 사망 원인 1위를 차지하고 있다. 암 환자 발생의 증가로 지역사회 내 재가암환자 돌봄 요구가 커짐에 따라 방문보건서비스로서 재가암환자 지원사업이 추진되었다. 1990년 일부 지자체 보건소의 방문보건사업의 일환으로 부분적으로 실시되다가 2003년~2004년 대도시 방문보건 사업으로 시범 실시되었다. 본격적으로는, 2006년 보건소 방문보건사업 활성화 방안 수립을 통하여 저소득 취약 계층 위주의 암환자 5,000명을 대상으로 시작하여, 2007년 12,000명으로 대상자를 확대하였고, 2009년부터 기존 맞춤형 보건사업과 통합하여 운영하였다. 2011년부터는 수행 주체를 암 관리 민간 인프라에 위탁 가능하도록 하였다. 암 환자에 대한 전문적 관리의 필요성에 따라 2012년부터는 암환자 지원 사업으로 편성되었다. 2016년 예산은 24억 원이 책정되어 있다.⁵¹⁾

4) 노인 자살예방 체계 구축

우리나라 연령별 자살자 수 통계에 따르면 70대 이상 노인에게서 자살 사망률이 가장 높게 나타나고 있다. 2014년 전체 평균 자살 사망률 27.3명에 비해 70대 노인은 약 2배 이상, 80대 노인은 약 3배 이상으로 자살 사망률이 높아 노인 계층에 특화된 자살예방 대책이 요구된다.

51) 국가암정보센터, <http://www.cancer.go.kr>에서 2017. 1. 10. 인출.

〈표 4-4〉 대한민국 연령별 10만 명당 자살자 수(2014)

구분	10대 미만	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대	전체
10만 명당	0.0	4.5	17.8	27.9	32.4	36.4	37.5	57.6	78.6	27.3

자료: 중앙자살예방센터 홈페이지(<http://www.spckorea.or.kr>) '자살 통계'에서 발췌(2016. 11. 30. 인출).

현재 우리나라 지역 기반의 정신건강서비스 인프라로는 중앙자살예방센터, 광역/기초 정신건강증진센터, 중독관리통합지원센터 등이 설치되어 있다. 관련 사업은 2005년 자살 등 위기상담전화 운영 사업을 시작으로 2008년 자살예방종합대책이 마련되었고, 2011년 자살예방 및 생명존중 문화 조성을 위한 법률이 제정되었다. 2013년 응급실기반 자살시도자 관리사업이 전국 25개 응급의료기관에서 실시되었으며, 지역사회 기반 노인 자살예방 사업이 2곳에서 실시되었다. 2014년부터 중앙심리부검센터가 운영되고 있다.

제2절 정책의 현황과 진단

1. 노인 건강 지원 정책 방향의 적합성

가. 건강 수명의 연장

국민들의 건강상태를 하나의 종합적인 결과 지표로 살펴볼 수 있는 것이 평균수명이다. 2014년 기준 평균수명은 82.4세로 2002년에 비해 5.4세 더 연장된 것으로 나타났다. 이 기간 동안 남자의 평균수명이 여자보다 상대적으로 더 빠르게 증가한 것으로 보인다. 그리고 65세 시에 기

대여명은 2014년 남자는 18.3년, 여자는 22.8년으로 나타나고 있는데, 이는 2002년에 비해 각각 3.4년, 4.0년이나 연장된 것이고, 남자에 비해 여자가 상대적으로 더 많이 연장된 것으로 나타났다. 이러한 평균수명에서 질병이나 부상으로 고통받은 기간을 제외한 건강한 삶을 유지한 기간을 의미하는 건강 수명은 2014년 기준(WHO 기준) 73세로 나타났다. 이는 약 9.4년을 건강하지 못하게 지내는 것이며 2002년 9.2년보다 오히려 늘어난 것으로, 향후 질병과 장애로 인한 의료비, 복지비 등 부담이 더욱 급증할 것을 유추할 수 있다. 따라서 향후 노인 건강 지원 정책의 방향은 건강 수명 연장을 목표로 하는 것이 바람직하다. 이와 관련하여 최근 발표된 제4차 국민건강증진종합계획(2016~2020)에서는 건강 수명 75세를 목표로 하여 만성질환 예방 및 관리 강화, 생애 주기별 건강 프로그램 확충 및 건강 환경 조성 등 건강 정책 추진 기반의 강화를 추진 중에 있다.

〈표 4-5〉 평균수명 및 기대여명 추이

구분	2002년	2014년	증가 연수(년)
평균수명(세)	(77.0)	(82.4)	(5.4)
남자	73.4	79.0	5.6
여자	80.5	85.5	5.0
기대여명(년)			
65세 시	남(14.9), 여(18.8)	남(18.3), 여(22.8)	남(3.4), 여(4.0)
75세 시	남(8.9), 여(11.0)	남(11.1), 여(14.2)	남(2.2), 여(3.2)
85세 시	남(4.9), 여(5.8)	남(5.9), 여(7.5)	남(1.0), 여(1.7)
건강수명	67.8	73.0	5.2
(비건강 기간)	(9.2)	(9.4)	(0.2)

주: 1) 평균수명: 0세의 출생자가 향후 생존할 것으로 기대되는 평균 생존 연수로서 '0세의 기대여명'을 말함.

2) 기대여명: 어느 연령에 도달한 사람이 그 이후 몇 년 동안이나 생존할 수 있는가를 계산한 평균 생존 연수.

3) 건강수명: 전체 평균수명에서 질병이나 부상으로 고통받은 기간을 제외한 건강한 삶을 유지한 기간을 의미.

자료: 통계청(각 연도), 인구 동향 조사 및 생명표.

나. 건강보험을 통한 노인 의료서비스 접근성 향상

사회보험(특히 건강보험)을 통한 노인 의료보장은 노화에 따른 신체적인 기능 쇠퇴와 질병으로 인한 건강상의 문제를 해결하기 위해 국가적인 차원에서 건강에 필요한 의료서비스를 제공함으로써 노인의 삶의 질을 향상시키고자 하는 사회적 노력을 의미한다고 볼 수 있다.

앞서 살펴본 건강보험 노인 의료비 통계에 나타난 바에 따르면(표 4-1 참조), 1996년부터 2015년까지 약 20년간 전체 지출 대비 65세 이상 노인 진료비 비율은 12.9%에서 37.8%로 거의 3배가량 증가하게 되었다. 즉, 동 기간에 전체 의료비가 7.6% 증가한 것과 비교해 노인 의료비는 22.2%로 매우 빠른 속도로 증가하고 있음을 알 수 있다. 이러한 노인 진료비의 증가는 그만큼 노인 의료서비스의 접근성이 크게 향상 되었다는 것을 의미한다. 그러나 동시에 비효율적인 의료 행태에 기인하는 것일 수도 있음을 암시하고 있다.

한편, 노인 의료비 지출의 증가는 향후에도 지속될 것으로 예상된다. 먼저 노인의 사망 원인 통계를 살펴보면, 2000년부터 2014년까지 주요 사망 원인의 큰 차이는 보이지 않는다. 다만, 2000년에서 2013년 사이 1~3위는 악성 신생물(암), 뇌혈관 질환, 심장 질환이 주요 원인으로 나타났다. 최근 2014년에는 심장 질환이 2위로 나타났다. 65세 이상 노인의 질병별 사망률의 변화를 보면, 2000년부터 2014년 기간 동안 암은 인구 10만 명당 929.7명에서 827.4명, 뇌혈관 질환은 785.3명에서 323.6명, 당뇨병이 218.4명에서 136.1명으로 큰 폭으로 감소하였고, 심장 질환은 358.9명에서 339.0명으로 소폭 감소하였으나 여전히 높은 수치를 보이고 있다. 또한 2010년 이후 주요 사망 원인으로 폐렴이 증가하고 있는데, 이는 노인의 고령화에 기인한 것으로 볼 수 있다.

연령별 사망 원인에서 후기 노인으로 갈수록 암, 심장 질환, 뇌혈관 질환, 폐렴 등에 의한 사망률이 급증하는 것을 볼 수 있는데, 이들 질환은 다른 질병에 비해 많은 의료비를 필요로 하기 때문에 인구고령화에 따라 노인 의료비 지출이 지속적으로 증가하게 될 것을 예측할 수 있다.

다음으로, 현재 유병 질환에 의해서도 노인 의료비는 영향을 받을 수 있다. 노인실태조사 자료에 따르면, 2004~2014년 동안의 만성질환 유병률은 고혈압, 당뇨병, 고지혈증 등은 증가하였고, 골 관절염, 요통 및 좌골 신경통, 골다공증과 같은 골 관절 계통 질환은 감소하는 추세를 보였다. 특히 고혈압, 당뇨병, 고지혈증과 같은 질환은 심뇌혈관 질환의 선행 질환으로 관리가 중요하다. 즉, 이러한 선행 질환의 유병률이 높다는 것은 노인의 진료비가 높아질 가능성이 크고, 심뇌혈관 질환에 의한 사망률이 높아질 수밖에 없음을 시사하고 있다.

〈표 4-6〉 65세 이상 인구의 사망 원인

(단위: 해당 인구 10만 명당)

구분	1위	2위	3위	4위	5위
2000	악성 신생물(암) (929.7)	뇌혈관 질환 (785.3)	심장 질환 (358.9)	당뇨병 (218.4)	만성 하기도 질환 (209.1)
2010	악성 신생물(암) (882.4)	뇌혈관 질환 (409.4)	심장 질환 (344.0)	당뇨병 (153.1)	폐렴 (127.6)
2011	악성 신생물(암) (847.8)	뇌혈관 질환 (381.1)	심장 질환 (361.2)	당뇨병 (155.4)	폐렴 (143.2)
2012	악성 신생물(암) (852.9)	뇌혈관 질환 (372.9)	심장 질환 (367.1)	폐렴 (166.4)	당뇨병 (163.0)
2013	악성 신생물(암) (836.6)	뇌혈관 질환 (353.0)	심장 질환 (335.6)	폐렴 (166.6)	당뇨병 (148.5)
2014	악성 신생물(암) (827.4)	심장 질환 (339.0)	뇌혈관 질환 (323.6)	폐렴 (177.5)	당뇨병 (136.1)
	성별				
남자	악성 신생물(암) (1,224.9)	심장 질환 (344.6)	뇌혈관 질환 (342.5)	폐렴 (209.2)	만성 하기도 질환 (158.7)
여자	악성 신생물(암) (543.5)	심장 질환 (335.0)	뇌혈관 질환 (310.1)	폐렴 (154.8)	당뇨병 (129.7)

106 노인복지정책 진단과 발전 전략 모색

구분	1위	2위	3위	4위	5위	
연령 별	50대	악성 신생물(암) (144.6)	고의적 자해(자살) (36.4)	심장 질환 (29.3)	간 질환 (26.7)	뇌혈관 질환 (22.1)
	60대	악성 신생물(암) (344.4)	심장 질환 (67.1)	뇌혈관 질환 (59.8)	고의적 자해(자살) (37.5)	당뇨병 (32.8)
	70대	악성 신생물(암) (827.1)	뇌혈관 질환 (248.5)	심장 질환 (234.6)	당뇨병 (118.2)	폐렴 (98.0)
	80대	악성 신생물(암) (1,490.8)	심장 질환 (1,027.2)	뇌혈관 질환 (925.1)	폐렴 (639.4)	만성 하기도 질환 (350.6)

주: '만성 하기도 질환'은 기관지염, 천식, 폐기종 등 만성적으로 호흡에 장애를 주는 폐질환의 총칭임.
자료: 통계청(각 연도), 사망 원인 통계.

<표 4-7> 노인의 주요 만성질환 유병률 추이

질병명	2004년 유병률	2011년 유병률	2014년 유병률
고혈압	40.8	54.8	56.7
골 관절염 등	43.1	40.4	33.4
당뇨병	13.8	20.5	22.6
요통, 좌골 신경통	30.6	19.9	21.1
골다공증	18.9	17.4	14.0
고지혈증	n.a	13.9	19.6
협심증	6.9	11.4	6.8

주: 치료율은 각 만성질환별 의사 진단을 받은 질환이 있다고 한 응답자 대상임.
자료: 정경희 등(각 연도), 노인실태조사.

이와 같이 질병 상태, 사망 원인 등의 몇 가지 성과 지표를 토대로 검토해 본바, 지금까지 건강보험에 의하여 노인 의료서비스 접근성이 크게 향상되었다 하더라도 건강수준이 향상되었다고 보기는 어려운 것으로 평가된다. 다시 말해, 건강보험제도를 통해 노인 의료서비스의 접근성이 향상된 것은 긍정적으로 평가할 만하나, 고혈압, 당뇨병의 증가, 심뇌혈관 중심의 사망, 노인 의료비 급증 등의 과제를 중심으로 하여 건강수준 향상과 비용 효율적 관점에서의 목표를 재설정할 필요가 있다.

다. 예방적 접근의 강조

노인들이 앓고 있는 대부분의 질환은 만성질환으로 볼 수 있는데, 만성 질환은 건강 생활 실천과 같은 생활 습관에서 기인하는 것으로 알려져 있다. 일반적으로 건강 생활 실천이라고 하면, 금연, 절주, 신체활동 및 영양 관리 등의 건강증진 행위와, 그 외에 적정 수면, 스트레스 관리, 건강 검진 등의 행위도 건강에 적지 않은 영향을 주고 있다.

지금까지 국가 차원의 예방 및 건강증진 정책의 필요성은 지속적으로 강화되어 왔고, 질병의 조기 발견을 위한 국가 검진 체계의 구축, 보건소를 중심으로 한 통합적 건강증진 사업의 추진, 만성질환 예방 체계의 강화가 추진되어 왔다.

실제 2006년에서 2014년간 변화를 보면, 신체활동(규칙적 운동)이나 정기 건강검진은 꾸준히 개선이 되고 있는 것으로 파악되었으나, 영양 관리(아침 식사하기)나 적정 수면은 변화가 거의 없거나 감소하는 것으로 나타나고 있다. 이는 운동이나 검진에 대한 사회 정책적 관심과 노력이 증가함에 따른 효과를 반영한 결과로 볼 수 있겠으나 향후 예방적 접근이라는 측면에서 건강수준에 영향을 줄 수 있는 생활 습관 중 영양 관리 및 적정 수면과 관련된 서비스가 필요해 보인다. 즉, 신체활동 중심의 건강증진 정책 추진 방향에서 생활 습관 전반에 대한 보완적 측면을 발굴하고, 사례별 욕구에 따른 서비스 접근 및 이용이 가능하도록 포괄적인 서비스 제공이 이루어질 수 있는 체계가 구축되어야 할 것으로 보인다.

〈표 4-8〉 노인의 건강 관리 실천 행위

연도	아침 식사 하기		적정 수면(6-8시간)		규칙적 운동		정기 건강검진	
	실천한다	실천하지 않는다	실천한다	실천하지 않는다	실천한다	실천하지 않는다	실천한다	실천하지 않는다
2006	92.5	7.5	84.6	15.4	32.6	67.4	40.9	59.1
2008	95.5	4.5	86.2	13.8	33.2	66.8	59.8	40.2
2010	93.7	6.3	83.1	16.9	37.3	62.7	65.2	34.8
2012	92.8	7.2	80.5	19.5	39.7	60.3	74.8	25.2
2014	93.0	7.0	81.0	19.0	42.7	57.3	76.4	23.6

자료: 통계청(각 연도). 사회조사 보고서.

한편, 노인의 건강상태는 질병의 유무 이외에 기능 상태 측면을 보고 판단할 수 있다. 여기에서 기능 상태란, 일상생활에서 반복적으로 수행해야 하는 기능을 말하는데, 일반적으로 기본적인 일상생활 동작(ADL: Basic Activities of Daily Living)과 수단적 일상생활 동작(IADL: Instrumental Activities of Daily Living)의 수행 능력을 통해서 기능 상태를 파악하고 있다. 노인실태조사 자료에 따르면, 기본적인 일상생활 자립률은 2004~2014년 대체적으로 변함이 없지만, 수단적 일상생활 동작은 상당한 개선이 이루어진 것으로 파악되었다.

〈표 4-9〉 노인의 일상생활 동작의 자립률

구분	2004년	2011년	2014년
ADL	91.8	92.8	93.1
IADL	77.8	86.2	82.2

자료: 정경희 등(각 연도). 노인실태조사.

이와 같은 기능 장애가 있는 경우에는 타인으로부터 도움을 받아야만 생활이 가능하기 때문에, 이를 사회적으로 지원해 주기 위한 노인장기요양보험제도 및 돌봄 정책이 운영되고 있다.

향후 예방적 관점에서 추진되어야 할 과제로, 기능상의 장애는 없지만 고령화와 만성 질병의 장기화에 따라 질병의 추가적인 발생이나 기능 장애 출현의 전단계로서 노인병 증후군 발생의 위험 요인에 있는 허약(Frailty) 단계의 노인 상태에 대한 파악과 지원의 강화가 필요하다. 허약 정도의 파악은 실제로 노인에 대한 정기적 건강수준의 평가 과정을 통하여 기능 저하의 위험 요인이 드러나는 경우, 이의 해결을 위한 노년기 건강증진 방안의 적용이 얼마나 많이 필요한지에 대한 사전 예측을 가능하게 하는 기초 자료가 될 수 있다(오영희 등, 2011).

라. 이용자 중심 관점의 반영

지금까지 보건의료서비스 영역은 주로 공급자 중심의 일방적인 서비스가 전달되는 경향이 강하였다. 국민건강보험제도하에서 노인을 비롯한 일반 국민들은 사회보장의 차원에서 의료보장을 받을 수 있게 되었고, 보건소 중심의 보건복지서비스가 제공되고 있지만, 실제 급여 혜택을 받을 수 있는 경우는 건강보험의 피보험자이고, 의료급여의 경우 기초생활수급권자, 보건서비스 영역은 저소득층 노인 등에 한정되어 왔다. 또한 그동안 공공 및 민간 의료기관, 전문 의료 인력(의사, 간호사 등) 위주의 공급자 중심으로 운영되어 왔다.

이용자 중심의 관점은 이용자의 선택권과 관련이 있다. 이는 서비스를 이용하는 입장에서 서비스 선택이 가능해야 하고, 충분한 공급량이 전제되어야 하며, 선택을 위한 정보가 충분히 제공되어야 한다.

2011년 제2차 저출산고령사회기본계획에서는 사전 예방적 건강관리 체계 구축을 위하여 생애 맞춤형 건강정보의 제공과 건강검진제도 개선 및 사후관리 강화, 지역사회중심 통합건강관리 체계 구축, 건강관리서비

스 제도화, 만성질환자 관리 프로그램 도입, U-health 서비스 산업 기반 확충 등의 정책을 통해 평생건강관리체계 구축이라는 측면에서 이용자 관점을 반영하고자 노력하였다(대한민국정부, 2011).

자신의 건강에 대한 정보 및 이력 관리와 함께, 건강 관리 및 증진을 위해 활용할 수 있는 자원의 확보 및 가용 자원에 대한 정보 제공도 중요하다. 현재 의료서비스의 이용은 급성기 질환의 경우 상급 병원에 쏠림 현상이 나타나는 측면이 있다. 보건서비스의 경우도 보건소 지원 정책에 대하여 관심을 갖지 않으면 활용이 어렵고, 이마저도 저소득층 위주의 정책 대상자를 선정하여 제공되는 경향이 있어, 일반 노인은 서비스 이용에 제한을 받게 된다. 때문에 적정 보건의료 자원의 관리 및 연계를 위한 전달 체계 마련과 동시에 적정 서비스 개발이 필요하다.

향후 고령사회 또는 초고령사회에서는 노인층의 다양한 욕구와 교육수준, 과거의 직업활동, 소득 정도에 따라 개개인의 건강수준도 다르고 의료서비스에 대한 요구 수준도 많은 차이를 보일 것이라 예상된다. 보건의료서비스는 예방에서 임종까지 건강의 질을 높이기 위하여, 자신의 건강수준에 맞추어, 적절한 자원을 활용할 수 있는 충분한 기제가 작동할 수 있는 체계가 마련되어야 하며, 이용자 중심의 보건의료서비스 체계 구축이라는 관점이 강화되어야 할 것이다.

2. 노인 건강 지원 정책의 양적 충분성

가. 건강보험을 통한 의료비 지원의 충분성

건강보험에서의 보장성 강화 정책은 의료서비스 이용에 환자의 비용 부담을 완화했다는 긍정적 평가를 받고 있다. 노인의 의료 접근성 향상을 위하여 노인 의료 보장성 강화 정책이 꾸준히 추진되어 왔다. 보건복지부

에 따르면 2016년 7월부터 시행되는 보장성 확대 정책으로, 65세 이상 노인의 건강보험 보장률이 67.5%에서 70.6%로 확대된다고 발표하였다(보건복지부 보도자료, 2016. 5. 18일자). 향후에도 건강보험 보장성 확대를 통한 노인 의료비 경감을 위하여 꾸준한 제도 개선이 이루어질 것으로 보인다. 건강보험 보장성 강화는 노인 의료비 지원의 측면에서 중요하다. 특히 노인의 질병 예방과 치료를 위한 사회보험 성격의 보편적인 서비스를 제공하는 공공 지원 체계가 건강보험제도인데, 노인 빈곤 및 건강 약화에 대한 사회적 배려와 의료적 보장성 확보라는 방향을 가지고 효율적인 제도 개선 및 보완이 요구된다.

건강보험 보장성 강화와 관련하여 ‘노인 외래본인부담 정액제도’ 개선을 위한 논의가 지속적으로 이루어지고 있다. 2001년 도입된 노인 본인 부담 정액제는 65세 이상 노인 의료비 정액제 1만 5000원을 기준으로, 기준액 내에서 1500원 만 부담하도록 하고 있다. 그러나 도입 초기인 2001년만 해도 대부분의 노인 진료비는 정액 구간 이내였지만 매년 진료비 상승이 이루어짐과 동시에 복합 질환을 갖는 노인 질병의 특성상 현실적인 혜택의 범위를 벗어나는 경우가 증가하고 있다. 이와 관련하여 노인 층에 대한 외래 진료 보장성을 강화하기 위하여 정액제 적용 구간의 상향 조정 필요성이 제기되고 있다(김계현, 2013, p.50).

한편, 노인 진료비 급증의 한 요인으로 노인의 비합리적인 의료 이용에 대한 지적이 있다. 물론 보장성 강화 정책 등으로 인한 비용 부담의 완화는 노인 의료 이용률을 높이고, 건강수준의 향상으로 이어질 수 있다는 점은 긍정적이다. 그러나 의료 공급자의 입장에서는 서비스 공급량을 증가시키고, 손실 보전을 위한 서비스 강도를 확대, 비급여 서비스 개발과 같은 행태의 변화로 부정적 영향이 나타날 수 있음이 지적되고 있다(신영석 등, 2013, p.29).

나. 보건의료 자원의 충분성

우리나라 보건의료서비스의 자원 규모는 지속적으로 확대되어, 병의원 과 약국, 보건기관을 포함한 전체 요양 기관 수는 2015년 말 66,885개이며, 치과 의사 및 한의사까지 포함한 의사 인력은 137,976명으로 나타났다. 건강보험의 발전을 통한 외형의 확대뿐 아니라 앞서 살펴본 바와 같이 서비스 항목의 추가 및 본인 부담의 경감 등으로 의료 혜택에 대한 손쉬운 접근이 가능해진 것은 사실이다.

〈표 4-10〉 우리나라 보건의료 자원 현황

(단위: 개, 병상, 명)

구분	공공 보건의료기관(A)	민간 의료 기관(B)	전체(C=A+B)	공공/전체(A/C)
기관 수	3,709	63,176	66,885	5.5%
병상 수	62,073	612,563	674,636	9.2%
의사 인력	15,443	122,533	137,976	11.2%

자료: 보건복지부(2015). 2015 보건복지백서.

원자료: 건강보험심사평가원 요양기관 현황 자료, 국가통계포털(공공 보건 기관), 공공 의료과 내부 자료(공공 의료기관).

〈표 4-11〉 우리나라 공공 보건의료기관 인프라 현황

구분	기관	개수	
공공 병원 (2015년 12월 기준)	일반 진료	광역(중앙의료원, 대학병원 등)	17
	중심	지역(지방의료원 등)	43
	특수 질환	광역(결핵, 정신병원 등)	71
	중심	지역(노인병원)	45
	특수 대상 중심	경찰, 산재	36
		보훈병원	5
		군병원	20
보건 기관 (2014년 10월 기준)	보건소	254	
	도시 보건지소(건강생활지원센터)	55	
	보건지소	1,284	
	보건진료소	1,904	

자료: 보건복지부(2015a). 전국공공의료기관 현황.

우리나라 의료서비스 이용률을 살펴보면, 연령대가 높아질수록 이용률이 높아지고 있음을 확인할 수 있다. 특히 65세 이상 노인의 92.9%가 의료서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났으며, 타 연령층에 비하여 종합병원 및 보건소 이용률이 높아졌다. 이는 질환의 유병율이 높고, 치료에 대한 욕구가 크기 때문일 것이다. 한편 의료서비스 만족도 부문에 있어서 종합병원과 같은 상급 병원의 이용 만족도가 높게 나타났고, 특히 보건소 이용자의 만족도가 높은 것으로 나타났다. 2014년 현재, 우리나라에 보건소는 254개, 보건지소는 1,284개, 보건진료소는 1,904개가 읍, 면, 리 단위까지 분포되어 있어, 의료서비스 이용에 접근성이 매우 뛰어난 것을 알 수 있다. 이는 보건소 중심의 공공 보건의료 전달 서비스의 효용성이 상당 부분 있는 것으로 간주할 수 있다.

〈표 4-12〉 의료서비스 이용률

구분	계	이용한적 있다	소계	종합병원	병(의)원	치과 병(의)원	한의원 (한방 병원)	보건소	약국 (한약국)
30대	100.0	73.4	100.0	13.1	68.5	5.5	5.2	0.4	7.2
40대	100.0	74.8	100.0	16.1	66.2	6.1	4.6	0.4	6.5
50대	100.0	81.3	100.0	21.2	62.6	6.1	4.4	1.0	4.7
60세*	100.0	91.4	100.0	28.3	61.0	2.7	3.0	3.5	1.5
65세*	100.0	92.9	100.0	29.1	60.4	2.0	3.0	4.1	1.4

자료: 통계청(2014). 2014년 사회조사 보고서. p.118.

〈표 4-13〉 의료서비스 만족도

구분	만족	보통	불만족
종합병원	54.5(66.0)	33.4(24.9)	12.3(9.0)
병(의)원	47.5(61.1)	45.1(34.8)	7.4(4.1)
치과병(의)원	47.1(43.3)	42.1(44.6)	10.8(12.1)
한의원	54.1	38.7	7.2
보건소	68.2	27.7	4.1
약국	31.1	65.2	3.7

주: 15세 이상 의료서비스 이용자의 이용률, () 안은 65세 이상이며 한의원, 보건소, 약국 만족도는 65세 이상자 자료 없음.

자료: 통계청(2014). 2014년 사회조사 보고서. pp.120-125.

의료서비스의 이용률의 성장과 균등한 접근기회 보장이 의료 혜택을 확대한다는 측면에서 긍정적일 수 있지만, 그 자체로 보건의료의 수준 및 목표가 달성되었다고 보기는 힘들다. 특히 노인의 건강은 생애 전반에 걸쳐 인구 사회학적, 경제적, 환경적, 제도 및 공급 요인에 이르기까지 복합적으로 작용하여 발현되는 것이기 때문에, 서비스 공급량을 통해 서비스 이용의 충분성을 설명하기에는 부족함이 있다.

통계청 사회조사의 65세 이상 응답자에 따르면 향후 늘려야 할 복지 서비스에 '보건의료 및 건강관리 서비스'가 59.7%로 타 서비스와 비교했을 때 가장 높은 비율을 보였다. 이는 실제 노인이 체감하기에, 현재의 공급보다 더 많은 서비스가 필요한 것으로 보이며, 향후 노인 건강관리 서비스에 다양한 노인 수요가 반영되어야 함을 시사한다.

〈표 4-14〉 향후 늘려야 할 복지서비스(65세 이상)

구분	소득 지원 서비스	보건의료 건강관리 서비스	고용 (취업)지원 서비스	안전 관련 서비스	주거 관련 서비스	여가 문화 향유 지원 서비스	기타
전국	40.6	59.7	33.2	21.5	19.3	11.7	10.4
성별							
남자	41.3	57.4	39.7	22.7	19.5	12.3	10.5
여자	40.0	61.3	28.6	20.6	19.2	11.2	9.1
연령별							
65~69세	41.9	55.4	39.8	23.2	21.8	13.7	10.5
70~79세	39.8	60.3	32.8	20.3	18.3	11.4	9.9
80세 ⁺	40.2	65.8	22.5	21.5	17.4	8.7	7.8

자료: 통계청(2015). 2015년 사회조사 보고서. p.112.

다. 서비스 종류별 충분성

주요 건강 지원 서비스는 건강보험에서 지원하는 틀니, 치과 임플란트 급여 등과 보건복지부 사업으로 추진 중인 건강증진 사업, 치매치료 관리비 지원 사업, 만성질환 관리, 전립선 등 노인성 질환 예방 관리, 노인실명예방사업, 노인 의치 보철, 노인 무릎인공관절 수술 지원, 노인 예방접종 등의 사업이 지원되고 있다. 사업의 대상이 일반 또는 특별한 자격이 없는 경우도 있지만, 노인을 대상으로 하는 건강 지원 사업의 경우, 주로 저소득층을 대상으로 하기 때문에, 서비스 종류가 다양하다 할지라도 전체 수요자의 욕구를 충분히 포괄한다고 볼 수는 없을 것이다.

〈표 4-15〉 노인 건강 지원 사업과 대상자

구분	사업명	대상자 특성
건강보험	틀니, 치과 임플란트 급여 확대	만 70세 이상에서 만 65세 이상으로 확대
	호스피스 완화 의료 건강보험 수가 적용	일반 말기 암 환자
	4대 중증 질환(암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성 질환) 의료비 경감	일반 해당 질환자
보건복지부 추진 노인 건강 지원 사업 (16년 기준)	지역사회 통합건강증진사업	일반
	치매치료 관리비지원사업	만 60세이상 치매 환자(만 60세 미만 초로기 치매 환자 소득 기준 부합 시 지원)
	심뇌혈관질환 고위험군 등록 관리	65세 이상 고혈압 및 당뇨병 환자
	전립선 등 노인성질환 예방관리	남자 노인
	노인실명예방사업	만 60세 이상 안과 질환 보유한 기준 중위 소득 60% 이하인 자
	노인의치보철	기초 생활 수급권자, 차상위
	노인 무릎인공관절 수술 지원	만 65세 이상 인공 관절 치환술 기준에 준하는 질환자로 중위 소득 50% 이하인 자
	노인 인플루엔자 예방 접종	일반 노인

자료: 보건복지부(2016). 노인보건복지사업 안내, 노인실명예방사업 사업 지침, 고혈압·당뇨병 등록·관리사업 표준실무지침, 지역사회 통합건강증진사업 지침, 보건복지부 홈페이지(<http://www.mohw.go.kr>) 참조.

한편, 지역사회 노인의 건강증진 및 질병 예방 목적으로 실시되는 종합적 서비스 제공이 노인복지관을 통해 이루어지고 있다. 노인복지관의 사업 중 건강생활지원 사업은 신체활동 지도와 노화, 노인성 질환, 중풍 등으로 인하여 지적 능력과 신체의 기능이 저하되거나 마비되어 일상생활에 곤란을 겪는 노인들의 정신적, 신체적 기능 회복을 위하여 건강 프로그램 및 영양서비스를 제공한다. 또한 일반 노인 및 독거노인 등에게 영양을 공급함으로써 노인의 건강을 증진시키는 사업으로 노인 건강증진과 영양(급식) 제공 및 기능 회복, 영양서비스 제공 등 4가지 사업이 구분되어 실시되고 있다. 노인복지관에서 제공되는 건강증진 프로그램의 특징은 허약 노인보다 건강한 노인을 대상으로 하는 경우가 대부분으로, 노인의 건강상태 및 기능 상태를 반영한 건강 관련 프로그램을 다양화할 필요성이 제기되고 있다(선우덕 등, 2014, p.95).

〈표 4-16〉 노인복지관 건강생활지원사업 프로그램

건강생활 지원사업	세부 프로그램
기능회복지원	물리치료, 양한방치료, 작업치료, 운동재활, ADL훈련 등
건강증진지원	건강교육, 건강상담, 건강교실(건강체조, 기체조, 요가 등), 독거노인 지원사업(기존 재가사업), 이미용, 노인건강운동 등
급식지원	경로식당(중식서비스), 밀반찬도시락 배달, 푸드뱅크 등
영양서비스지원	치매뇌졸중환자 프로그램, 주야간보호

3. 노인 건강 지원 정책의 적절성

가. 서비스 내용의 적절성 부족

윤종률 등(2012)의 연구 결과에서 보건소와 복지관에서 제공되는 노인 건강증진 프로그램의 현황은 다음(표 4-17)과 같다. 노년기 건강증진 프

로그램은 개별 건강수준 및 기능 상태를 고려하여 적절하고 다양한 프로그램이 적용되는 것이 바람직 하지만, 현행 노인 건강증진 프로그램은 대상자에 대한 사전 평가를 통해 필요한 요구도를 선정하여 특정한 효과를 보기 위해 진행되는 경우는 거의 없는 것으로 나타나고 있으며, 대부분 체조/춤/요가 등의 단체 교육이나 각종 만성질환의 관리와 예방을 위한 건강 강좌가 중심을 이루고 있는 것으로 보인다.

〈표 4-17〉 지역사회 노인 건강증진 프로그램의 유형별 운영 현황

구분	보건소	복지관	전체
운동/체조/춤 등	57	60	117
건강 강좌	35	35	70
질병 관리	22	13	35
노래 교실/웃음 치료	5	24	29
인지 개선	12	4	16
낙상 예방	8	1	9
영양 교육	4	1	5

주: 전국 보건소 및 복지관 대상 설문 조사 결과: 보건소 76개, 복지관 72개

자료: 윤종률 등(2012), '지역사회 노인 대상 건강증진 프로그램 제공 체계 개발과 모색' 연구 보고서 [선우덕(2014), 노인보건사업의 현황과 개선 방안, p.97 재인용].

이러한 프로그램 및 정책은 효과 판정에 있어서도 참가자들의 주관적 만족도를 조사하는 정도에 그치고 있어, 프로그램 참여가 건강에 미치는 구체적인 효과에 대해서는 목적 의식과 관심이 약하고, 여가 시간 선용 또는 재미있는 시간을 제공하는 정도로 프로그램을 마련하고 있는 것으로 파악된다. 사전 평가를 기준으로 참여 후 신체 기능 및 인지 기능이 얼마나 개선되었는지를 구체적인 지표를 통하여 확인하는 경우도 거의 찾아보기 어렵다. 또한 건강 강좌 및 단체 교육의 경우, 반복적이고 전문적인 실습 교육이 병행되어야 하지만, 일회성이나 단기간의 프로그램·교육으로 제공되는 부분도 한계가 될 수 있다.

나. 서비스 제공 인력과 지자체의 역량 부족

노인 건강 지원 서비스는 현재 다양한 보건의료 전문 인력을 보유하고 있는 보건소를 주축으로 여러 사업들이 시행되고 있다. 그러나 시대적 흐름에 따라 건강 정책의 급속한 변화와 주민의 사업에 대한 요구가 점점 더 다양화·전문화 되어가고 있는데 반해, 보건소는 인력부족, 역량 문제 등이 나타나고 있어 앞으로 해결해야 할 과제로 남아 있다,

또한 2013년부터 보건소 건강증진 사업의 포괄 보조 방식 도입에 따라 지자체 자율성에 맡겨졌고, 보건소 인력의 역량은 건강증진 사업의 성과 및 서비스의 질과 연결되는 중요한 요인이 되었다. 그러나 여전히 지역사회 보건 문제에 대한 진단, 그에 따른 보건 사업의 계획, 전략 등에 대한 기획과 실행, 사업의 전문적 추진에 있어서 기존 인력의 역량이 부족한 것으로 평가되고 있다(오영아, 2015, p.96).

충청남도 보령시 보건소의 경우, 지역사회 통합건강증진사업의 실시로, 심뇌혈관 질환 예방 관리 사업을 담당하던 방문 진료 담당자가 생애주기별 사업팀에 소속되어 타 부서와 연계하여 사업을 수행하는 것으로 파악되었다. 또한 충청남도 논산시 보건소는 방문간호팀과 정신보건 담당자를 심뇌혈관 질환 예방 사업 실무팀으로 묶어 사업을 구성, 수행 중인 것으로 파악되었다. 실제로 보건소 정보 시스템을 이용한 충청남도 15개 지역 보건소 고혈압 단골 환자의 혈압 조절률은 2013년 평균 21.7%에 불과하였고, 당뇨병 환자의 식수 2시간 조절률은 평균 26.4%에 지나지 않았다(표 4-18 참조). 즉, 지역 보건소가 각 사업별 건강증진의 목표 달성을 위한 충분한 예산 및 인력을 투입하지 못하는 것으로 판단되며, 이는 노인 건강증진 측면에서의 성과를 기대하기에도 어려움이 있을 것으로 예상된다. 따라서 향후 서비스 제공 인력의 전문성 및 역량 강화를 위한 개선 방안 모색이 필요할 것으로 판단된다.

〈표 4-18〉 충청남도 15개 시·군 보건소 혈압 및 식수 2시간 조절률 평균 비교

구분	혈압 조절률 평균		식후 2시간 혈당 조절률 평균	
	2012(4~8월)	2013(4~8월)	2012(4~8월)	2013(4~8월)
천안 서북구	21.5	23.0	21.7	21.8
천안 동남구	23.5	20.4	24.4	27.6
공주	27.1	26.1	19.4	23.3
보령	24.3	17.8	21.9	30.0
아산	25.7	21.2	45.9	33.0
서산	30.5	18.4	31.9	34.6
논산	16.6	28.1	22.4	26.7
계룡	28.0	30.0	24.1	28.9
당진	25.5	31.1	19.8	25.6
금산	17.9	17.9	14.1	19.5
부여	23.5	4.1	30.5	28.4
서천	27.4	27.4	24.5	22.9
청양	18.1	20.4	9.1	21.2
홍성	19.3	20.3	27.8	27.7
예산	26.6	26.8	23.6	23.8
태안	-	13.4	-	27.4
충남 평균	23.7	21.7	24.1	26.4

자료: 보건복지정보개발원, 충청남도 보건소정보시스템(선우덕, 2014 보고서, p.118 재인용).

한편, 대부분의 노인보건서비스는 보건소를 중심으로 조기 발견, 예방, 관리적 측면에서 추진되고 있는데, 집중적 치료 및 수술, 입원서비스와 같은 급성기 의료서비스와 회복을 위한 진료 및 재활서비스 등의 아급성기 의료서비스는 대부분 민간 의료기관에서 이루어지고 있다. 보건소와 민간 의료기관의 연계는 개인의 건강관리체계 질적 향상을 위해 매우 중요하다 할 수 있다. 이를 위해 지자체 차원의 정보 제공 및 조정 역할을 강화할 필요가 있다. 실제 지역별 노인의 욕구 평가, 서비스 계획 수립, 제공을 위한 조정 역할을 지자체에서 수행하고, 지자체 상황에 적합한 방식으로 조율될 수 있어야 할 것이다. 이를 위한 재정 및 기술 지원 확충이 검토되어야 한다.

다. 정보 불충분으로 인한 약물 오남용 등의 문제

2002년~2011년 건강보험 총진료비가 연평균 10.3% 증가한 데 비해, 약품비는 12.2%로 가파르게 상승하였다. 의약품 사용과 관련하여 불필요한 의약품 처방, 필요 이상의 과다 처방 등 비합리적 처방 행태는 오랫동안 지적되어 온 사항이다. 국내외적 의약품 오남용 가능성이 크고 불필요한 처방을 줄이려는 전략의 주요 대상이 되고 있는 분야는 항생제로, OECD 회원국 중 세 번째로 높은 사용량을 보이고 있다.

약물 오남용 형태는 유아에서 노인까지 전 연령층에 나타나고 연령별 특성이 있는 것으로 나타났다. 영유아의 경우, 전문 지식이 없는 보육 교사의 부적절한 투약(용량 미준수 등), 청소년의 경우 두통약을 학교 결석 약이나 불법 스테로이드 몸짱약으로 사용, 노인의 경우 고혈압, 전립선 등(만성질환) 약과 영양제 등을 병용하는 것으로 나타났다.

특히 노인에게서 약물 과복용이 높게 나타나 문제가 되고 있다. 노인은 20~64세 성인보다 매일 복용하는 처방 의약품 성분이 평균 1개 더 많았으며, 고혈압 환자 중 부상병이 있는 노인 환자는 8.3%, 당뇨병 환자 중 부상병이 있는 노인 환자는 7.5%가 10개 이상의 성분을 매일 복용하고 있어 약물 사용에 대한 주의 깊은 모니터링의 필요성이 제기되고 있다.

노인들(특히 농촌 노인의 경우)은 문해력이 현저히 떨어지기 때문에 약물에 대한 이해 부족 및 오남용이 발생할 가능성이 높으며, 건강 관련 서비스를 스스로 찾아서 이용하기에도 어려움이 있다. 따라서 이에 대한 구두 교육, 처방 등에 대한 문해를 위한 지역사회 보건소의 설명 간호사 서비스 등의 사업, 지속적인 홍보가 이루어질 필요가 있다.

〈표 4-19〉 본태성 고혈압 환자와 당뇨병 환자의 매일 복용하는 처방 의약품 성분 수 분포

(단위: %)

	본태성 고혈압		당뇨병	
	20~64세	65세 이상	20~64세	65세 이상
전체				
1개	21.2	11.5	11.5	8.1
2~4개	52.8	44.6	54.1	39.8
5~9개	23.2	36.8	31.7	45.3
10개 이상	2.8	7.1	2.6	6.8
부상병 없음				
1개	55.3	51.0	43.7	43.3
2~4개	43.9	47.4	54.8	54.5
5~9개	0.8	1.5	1.5	2.2
10개 이상		0.1		
부상병 있음				
1개	7.5	4.7	4.5	4.4
2~4개	56.3	44.2	54.0	38.3
5~9개	32.2	42.8	38.3	49.8
10개 이상	4.0	8.3	3.2	7.5

자료: 박실비아 등(2013). 2012년도 의약품 소비량 및 판매액 통계 심층 분석. 한국보건사회연구원. p.152.

라. 노인 자살예방의 중요성 대두

2014년 기준 65세 이상 노인의 고의적 자해(자살)에 의한 사망률은 인구 10만 명당 55.5명으로 나타났다. 성별로 보면 남자 노인의 자살 사망률이 여자 노인보다 2.7배나 높게 나타났다. 연령별로는 연령대가 높아질수록 자살률이 높게 나타나고 있다. 전체적으로 2010년 이후로 자살 사망률은 감소하는 추세이나, OECD 평균 21.66명에 비해 여전히 높은 비율로 나타나고 있다.

〈표 4-20〉 고의적 자해(자살)에 의한 사망률(65세 이상)

(단위: 인구 10만 명당)

구분	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
65세 이상	14.3	23.6	35.5	80.3	81.9	79.7	69.8	64.2	55.5
남 자	22.9	37.6	55.6	128.6	128.5	128.6	107.7	102.3	87.9
여 자	9.2	15.5	23.6	49.3	50.1	46.1	43.5	37.3	32.4
65~69세	14.4	19.2	25.9	62.5	60.0	54.0	45.8	42.2	38.5
70~74세	13.2	24.6	34.4	74.5	76.1	76.5	67.4	59.5	51.1
75~79세	12.7	27.3	45.5	88.8	94.7	96.1	81.5	77.7	66.5
80세 이상	18.2	28.5	51.0	126.7	123.3	116.9	104.5	94.7	78.6

자료: 1) 통계청(각 연도), 「사망 원인 통계」, 2) 노인의 사망 원인과 사망률.

이러한 높은 자살률에 따라 2004년부터 국가 자살예방 5개년 기본계획을 수립하였으며, 2008년에는 제2차 자살예방종합대책(2008~2013)을 수립하였다. 그러나 2004년 계획이 복지부 주도의 계획으로 범부처적 대책이 되지 못하였고, 제2차 자살예방종합대책은 기존의 정신보건사업과 독립되지 못하고, 독자적 예산이 확보되지 않아 자살 사망률 감소 효과가 없어 비판을 받고 있다. 또한 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률을 시행하였으나 선언적 내용 위주의 법률로 실효성이 낮을 수 있다는 우려가 있다(박민서 등, 2013, p.77).

현재 일부 지자체에서 지역사회 단위 노인 자살예방을 위한 사업 모형 개발을 위한 시범 사업을 실시하고 있다(2015년 현재, 도시 3개 지역, 농촌 4개 지역). 취약 계층 노인의 자살예방을 위한 독거노인 생활 관리사 대상 자살예방 지킴이(Gate Keeper) 교육 실시 등의 정책이 추진되고 있다.

향후 노인의 주요 정신건강 문제인 우울증, 자살생각 등에 대한 조기선별 및 정신 의료기관 등의 전문 기관과의 연계가 필요하며, 자살예방을 위한 환경 조성 방안이 요구된다.

4. 노인 건강 지원 정책의 형평성

가. 의료 이용의 형평성

1) 사회 경제적 요인에 의한 형평성

노인의 건강과 관련하여 의료 이용의 형평성에 대한 논의는 지속적으로 전개되어 왔다. 선행 연구에 따르면, 이용재(2010)는 건강보험급여 자료와 국민건강영양조사를 분석하여 저소득 노인들의 의료 필요가 크지만, 건강보험급여 사용이 고소득 노인에게 집중되어 고소득층이 유리한 것으로 나타났다. 이는 ‘필요에 의한 의료서비스 이용’이라는 형평성 측면에서 볼 때, 소득 계층 간 의료 이용 형평성의 격차가 크다는 것을 나타내는 결과이다. 김진구(2011)는 전 연령층을 대상으로 건강 형평성을 분석하였는데, 노년층에서의 연령 차이는 건강상태와 의료 이용의 격차를 발생시키는 유의미한 요인으로 나타났으며, 사회 경제적 수준에 따른 노년기 건강 및 의료 이용 격차는 심화되는 것으로 분석하였다. 김영선(2012)의 연구에서는 노인의 연령 집단을 초기 노년층(65~69세), 중기 노년층(70~79세), 후기 노년층(80세 이상)으로 구분하여 건강 및 의료 형평성을 분석하였다. 이전 연구와 같이 건강 형평성 측면에서 저소득층 건강이 나쁜 것으로 나타났으나, 특히 초기 노년층에서 그 정도가 큰 것으로 나타났고, 의료비 지출에서는 고소득층의 의료비 지출이 높은 것으로 확인되었다.

배지영(2014)의 연구에서는 노인의 사회 경제적 지위에 따라 건강의 불평등이 나타났고, 실제 저소득 노인은 의료 이용 및 의료비 지출 면에서 고소득층 노인에 비해 충분한 이용을 하지 못하고 있어, 이로 인해 노

인의 삶의 질이나 건강수준에 제한을 줄 수 있음을 설명하였다.

이러한 결과는 노인 의료서비스 이용에서 배제되고 있는 사각지대를 밝힘으로써, 정책 지원의 우선순위를 위한 기초 자료를 제공하고 있다.

2) 지역별 공공의료의 형평성

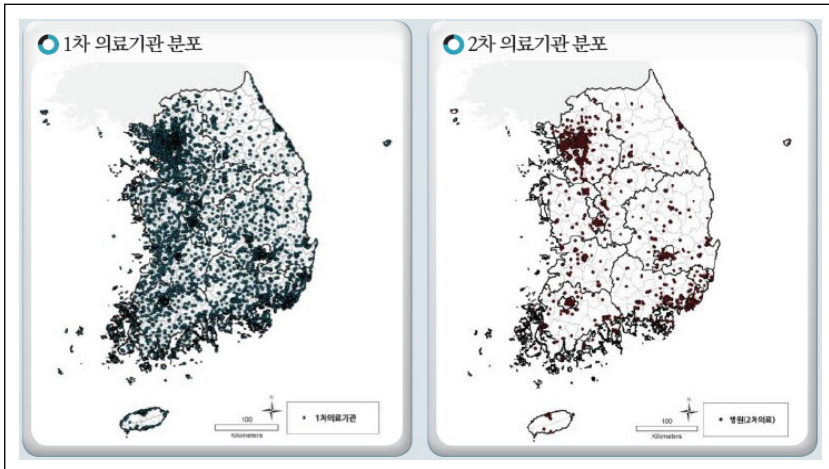
형평성 문제는 보건의료기관의 접근성과 관련하여서도 나타나게 된다. 우리나라는 노인만을 전문으로 하는 노인전문병원이 부족하며, 노인 보건의료에 적절히 대처할 수 있는 전문 인력이 양성되어 있지 않다. 노인 질환의 특성에도 불구하고 비싼 의료비를 지불해야 하는 의료기관을 이용할 수밖에 없으며, 이는 노인의료비의 상승을 초래하고 나아가 진료비 상승을 가져온다. 앞서 <표 4-10>과 <표 4-11>을 통해 살펴본 바와 같이 2015년 현재 우리나라 공공 보건의료기관의 현황을 보면, 공공 의료기관 및 보건소 등의 공공 의료기관이 3,709개이다. 우리나라 의료기관 수를 기준으로 보면, 전체 의료기관의 94.5%가 민간 부문에 속하여 공공 부문은 5.5%에 불과하다. 병상 수를 기준으로 하면 공공 부문의 비율은 9.2%로 기관 수보다는 다소 높은 수준이다. 이들 공공 의료기관 중 국립 대학병원이나 지방 공사 의료원은 공공 의료기관으로 분류되어 있으나, 공공성을 띤 역할이 미비하여 사립대학 병원이나 일반 종합병원과 큰 차이가 없음이 지적되어 왔다. 공공병원 중에서도 기능적으로 결핵병원, 정신병원, 나병원과 같은 특수 질환 병원, 군, 경찰 등의 특수 대상 병원을 제외하면 일반 진료 서비스를 제공하는 공공 의료기관은 60개뿐이다.

일반 의료시설이 도시화되어 있다는 점, 농어촌 지역 노인들의 경우 이동성이 자유롭지 못한 점 등은 노인 보건의료에 있어 계층적 문제와 접근성 문제를 야기하게 된다. 인구에 비해 급성기 병상이 과잉 공급되어 의

료기관 간 경쟁이 치열한 상태에서 의료 수익이 보장되는 수도권으로 의료 자원이 집중되고 있다. 중진료권 기준 인구 천 명당 병상 수는 최대 5배까지 차이가 나고, 시·군·구별 인구 10만 명당 의사 수가 최대 2.34배 차이가 나는 등 지역별 의료 자원 분포의 편차가 커짐에 따라 농어촌 취약 지역의 의료 접근성이 악화되고 있다(보건복지부, 2015, p.515). 또한 농어촌의 경우 공중보건의료 영역이 주민 건강을 책임지는 경우가 많은데, 공공 의료 인력이 전문화되어 있지 못한 점, 의료 시설 낙후 등의 이유로 의료서비스의 형평성에 더욱 큰 격차가 나타나고 있다(그림 4-5 참조).

사회보험으로서 건강보험의 큰 목적 중 하나는 개인의 지불 능력에 관계없이 의료 이용에 대한 접근성을 보장하는 것이기 때문에 노인들의 건강권을 보장하고, 건강한 노화를 도모하기 위해서는 계층에 따른 건강과 의료 이용의 형평성 문제 해결을 위한 정책적 대안 마련이 필요하다.

[그림 4-4] 의료기관(밀도) 분포



자료: 보건복지부·국립중앙의료원(2015). 2014년 의료 취약지 모니터링 연구(보건복지부, 2015년 보건복지백서, p.515 재인용).

나. 노인 건강 지원 정책의 형평성

보건복지부에서 시행하고 있는 노인 건강 지원 정책의 사업별 내용은 <표 4-21>로 정리할 수 있다.

<표 4-21> 노인 건강 지원 사업별 내용

사업명	서비스 내용
지역사회 통합건강증진사업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 지역 주민의 건강증진을 위한 예방적 교육, 보건의료서비스 제공 - 대상자에 따라 식품 및 철분제, 엽산제, 금연 보조제 등 제공 - 복지 대상자에 대한 사업 간 연계 서비스 제공
치매치료 관리비지원 사업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 치매치료 관리비 지원 사업 - 전국 가구 평균 소득 100% 이하(4인 가구 4,836,000원) - 치매치료 관리비 보험 급여분 중 본인 부담금(치매 약제비 본인 부담금+약 처방 당일의 진료비 본인 부담금) - 월 3만 원(연 36만 원) 상한 내 실비 지원 - 치료제 복용 개월 수에 따라 일괄 지급
심뇌혈관질환 고위험군 등록관리	<ul style="list-style-type: none"> ○ 치료비 지원: 월 3,500원(진료비 1,500원, 약제비 2,000원)
전립선등 노인성 질환 예방 관리	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보건소, 노인복지관 대상 전립선 관리 교육 ○ 도서 지역 전립선 무료 검진
노인실명예방사업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 노인 안 검진 ○ 백내장 등 개안 수술 - 전국 가구 평균 소득 100% 이하인 경우
노인 의치 보철	<ul style="list-style-type: none"> ○ 완전 의치(레진상) 1,071,680원(편약 기준) (금속상) 1,242,660원(편약 기준) ○ 부분 의치 : 1,888,810원(편약 기준) - 부분 의치 (프레임) : 1,303,810원 - 부분 의치 (프레임) + 지대치 1개(195,000원): 1,498,810원 - 부분 의치 (프레임) + 지대치 2개(390,000원): 1,693,810원 - 부분 의치 (프레임) + 지대치 3개(585,000원): 1,888,810원
노인 무릎인공관 절 수술 지원	<ul style="list-style-type: none"> ○ 검사비, 진료비 및 수술비(법정 본인 부담금 한정) - 전국 가구 평균 소득 40% 이하인 경우 - 법정 본인 부담금의 최대 100만 원 한도 실비 지원 - 단, 의료급여 수급자는 최대 50만 원
노인 인플루엔자 예방 접종	<ul style="list-style-type: none"> ○ 무료 접종

노인 건강 지원의 주요 방향은 사전 예방적 차원에서 접근하는 것이다. 이는 40대 이상 중년층부터 생활 습관병 예방을 위한 건강증진, 조기 발견 강화가 필요하다는 것이다. 그러나 사업의 대상이 특정 계층이나 서비스 접근이 용이한 일부 집단에 국한되고 있어 문제가 된다.

노인들이 보건 기관을 이용하는 주된 이유로 무료 예방 접종과 같은 비용을 지불하지 않는 서비스 제공, 가까운 거리가 주요 이유가 되고 있다(표 4-22 참조). 또한 노인과 취약 계층을 중심으로 하는 홍보로 인하여 보건 기관 이용률이 높아지는 측면도 있다고 하겠다. 경제력이 낮은 노인을 대상으로 하거나, 낮은 비용으로 서비스를 제공하여 접근성을 높이는 것은 바람직하지만, 평생 건강관리라는 측면에서 건강증진, 질병의 예방 및 관리, 만성질환 조기 발견, 지속 관리 제도에 중점을 둔 전체 인구 집단을 대상으로 하는 사업으로 방향을 강화할 필요가 있다.

〈표 4-22〉 연령군별 보건기관을 이용하게 되는 주된 이유

(단위: %)

구분	거리가 가까워서	비용이 저렴해서	신뢰할 수 있어서	시설이 좋아서	직원이 친절해서	다른 곳에서 제공하지 않는 서비스를 제공하기 때문에	기타
19~44세	9.9	36.3	5.5	0.7	1.3	31.5	14.8
45~64세	15.0	32.7	8.1	0.5	3.5	30.9	9.4
65~74세	19.3	55.4	6.0	0.5	3.1	12.5	3.3
75세 이상	22.6	55.3	5.9	0.6	4.5	8.9	2.2

자료: 제주특별자치도(2012), 2011년 제주특별자치도 지역사회건강통계[고승한 등(2013), 고령사회에 대비한 노인 보건의료서비스 체계 구축 방안, p.98 재인용].

제3절 발전 전략

1. 방향성의 명확화

지금까지 추진된 우리나라 노인 건강 지원 정책에서 노인의 보건 의료 서비스기회의 확대가 이루어졌고, 시대적 상황과 요구에 따라 대응 노력이 있어 왔다. 그러나 여전히 양적인 충분성과 질적인 적정성, 형평성 측면에서 부족한 부분이 있는 것이 사실이다. 향후 초고령사회에 대비하여 노인의 건강증진, 질병 및 사고의 예방, 그리고 건강한 노화를 위하여 새로운 체계 구축이 필요하다.

이를 위해 노인 건강 지원 정책의 목표와 방향성을 분명히 가질 필요가 있다. 건강 수명의 연장, 건강보험을 통한 노인 의료 접근성 향상, 예방적 접근의 강조, 이용자 중심 관점의 반영을 위해 과제를 추진해 왔지만, 정책 목표가 불분명하거나, 예산과 인력의 제약, 새로운 당면 과제의 발생 등으로 인해 정책적 효과가 미진한 부분이 발생하였다.

특히, 노인의 건강 유지 및 건강증진을 위한 ‘통합적’인 관리 방안이 마련되어야 한다. 현재까지의 노인 건강 관련 정책들이 나뉠대로 추진되어 왔지만, 여전히 분절적이거나 단편적인 수행으로 서비스 수요자로 하여금 정책에 대한 체감도가 낮을 뿐 아니라 지속적인 관리가 어려웠던 것이 사실이다. 따라서 범정부 차원의 통합적 지원 방안의 모색이 필요할 것으로 보인다. 또한 중장기 계획과 전략 수립 차원에서 방향성이 설정되고, 이에 따른 각 부처와 기관 간의 역할 및 기능의 재설정, 구체적 목표 설정이 필요하겠다.

또한 국제적 흐름에서 우리나라에 적합한 방향성을 적용해 볼 수 있을 것이다. 최근 WHO(2015)에서는 건강한 노화 실천을 위한 공공 정책의

방향성을 다음과 같이 제시하고 있다. 다양한 욕구 다루기(이용자 중심성 구현), 불평등의 축소, 선택 가능성 향상, 지역사회에서 나이 들기(Ageing in Place)를 제시하였는데, 우리나라의 적용 가능성을 검토할 필요가 있다.

2. 노인 건강 지원 정책의 질적 향상

가. 지역사회에서 나이 들기(Aging in Place)의 구현 가능성 제고

노인의 자립 생활을 최대한 지원할 수 있어야 한다. 재가보호 및 시설 입소를 최대한 지연할 수 있는 전략 마련이 필요한데, 특히 허약노인의 관리 및 예방이 핵심 과제가 될 수 있다. 자립적이고 건강한 재가노인을 대상으로 건강교육, 건강체조, 영양유지, 스트레스 관리, 정기 건강검진을 실시한다. 만성질환은 있지만 자립적인 재가노인을 대상으로 건강교육, 건강체조, 영양유지, 스트레스 조기진단이 필요하며, 조기치료 및 질병관리를 위한 가정방문진료 체계와 인력양성 방안이 마련되어야 한다. 또한 만성질환이 있고 의존적인 노인에 대하여 재가보호서비스의 지원, 물리치료, 질병관리 및 간병서비스가 원활히 제공될 수 있는 체계 마련이 필요하다(고승한, 2013).

최근 우리나라에서 독거노인을 돌보는 지역사회 보호 방안으로서 ‘공동생활거주제’가 대안으로 활용되고 있다(김유진, 2016).⁵²⁾ 또한 공동생

52) 공동 생활 거주제란 마을마다 위치한 경로당 또는 마을 회관에 숙식 시설을 보강하여 마을의 독거노인들이 함께 생활하며 숙식할 수 있도록 한 것으로 우리나라 일부 지역에서 시작하여 2013년 말 전국 총 684곳에서 독거노인 공동 생활 주거가 이루어지고 있으며, 2014~15년에는 국책 사업으로 시범 진행하였음. 본 모델은 ‘지역 공동체 내에서 나이 들어가기’의 중요한 특성을 담고 있는데, 공동 생활을 통해 정서적으로 안정되고, 신체적으로 건강해지며, 냉난방비 등 생활비를 절약하고, 무엇보다 응급 상황 발생 시 대처에 대한 불안이 감소했기 때문이라고 함. 또한 지역사회 보건 복지 서비스가 이 공간으로 들어오게 되면서 서비스 제공을 가능하게 한 점에서 긍정적인 평가를 받고 있

활을 할 수 없을 정도의 더욱 취약한 계층의 노인에 대한 보호 체계가 고려되어야 하는 등, 지역사회 내에서 다양한 주거복지 서비스 대안이 필요하다. 그리고 공동거주제 노인들의 의미 있는 활동을 위한 프로그램 마련 등의 지원이 필요함이 지적되고 있다.

나아가 비단 노인뿐만 아니라, 건강한 환경 마련을 위하여 사회 전반적으로 건강과 안전에 위협을 가하는 환경적인 요소에 대한 경계가 필요하다. 최근 논란이 되고 있는 미세 먼지, 전자파, 안전 식품 유해 물질로부터 보호받을 수 있는 환경 개선 및 인식이 제고되어야 한다. 또한 노인은 감염병 등에 취약할 수 있으므로 사전에 배려될 수 있도록 안전기제 마련이 필요할 수 있다.

기타 지역사회에서 접근이 용이한 급성기 병원 등의 질병 치료뿐 아니라 기능 향상을 목표로 하는 ‘노인 친화 병원’이 될 수 있도록 인력 등 자원의 배치가 필요할 것으로 보인다.

나. 이용자 중심성 강화를 통한 서비스의 적절성 제고

1) 맞춤형 노인 건강증진 사업 추진 및 서비스 개발

향후 노인 세대에 편입될 신노년 세대는 현 세대 노인과는 다른 다양한 특징을 가진다. 노인 건강증진 사업에 있어서도 노인의 다양한 욕구를 고려할 수 있어야 한다. 현재 장기요양 서비스에서는 노인의 욕구에 따른 서비스 사정을 추구하고 있는 것으로 나타난다. 노인 건강 정책에 있어서도 개별 욕구를 반영한 이용자 중심의 구현이 필요할 것으로 보인다.

음. 그러나 본 제도로 인해 독거노인들과 마을과의 관계가 열악해지고, 지역 공동체성이 변해 가는 점 등은 지역사회에서 자연스럽게 형성되는 비공식적 케어를 약화시킨다는 점에서 유의하여 접근할 부분이라 하겠음.

특히 장기요양 등급의 노인에게 있어 일부 기능 제한이 있거나 허약한 노인들을 대상으로 한 구체적 개선 전략이 마련되어야 할 것이다. 이는 향후 장기요양 인정자 수 및 노인 의료비에 큰 영향을 미치게 되므로, 사전 예방적 차원에서 우선적인 서비스 고려 대상이 될 수 있다. 이들이 활동하는 지역사회에서 보건소 및 노인복지관 등에서 욕구에 따른 서비스를 받을 수 있도록 서비스 매뉴얼 등이 개발될 필요가 있다.

또한 만성질환의 관리를 통하여 합병증 등의 위험을 줄이기 위하여 노인 주치의 제도 도입을 고려할 수 있다. 주치의는 병에 걸렸을 때는 물론, 건강할 때도 자신의 건강상태에 대한 평가와 상담, 적절한 관리 방안 제시 및 교육, 건강증진의 대책에 대한 조언을 구할 수 있어, 포괄적인 진료, 지속적 관리, 보건의료자원 간 조정의 역할을 담당할 수 있다(윤종률, 2006; 성남희, 2008).

또한 지금까지는 노인 건강 정책의 내용으로 주목받지 못한 노인의 특수한 욕구(예, 보청기, 1인 가구 고립으로 인한 사회적 보호망 마련)에 대한 지원 방안 마련이 개별적으로 추진될 수 있는 환경 구축이 필요할 것이다. 이 외에도 새로이 발생될 수 있는 욕구의 발굴 및 서비스 개발이 이루어질 필요가 있다.

2) 다학제적 팀 접근이 가능한 인력 확보

맞춤형 노인 건강증진 사업이 이루지기 위해서는 담당의사(주치의)와 간호 인력, 사회복지사의 다학제적 팀 접근이 이루어지는 공공 의료 체계가 마련될 수 있어야 한다.

전문 의료인력 확보를 위하여 노인전문 의사 및 노인전문 간호 인력의 양성과 교육 훈련이 이루어져야 한다. 공공 보건기관(보건소, 보건지소)

에 전문 인력이 배치되고, 적절한 관리 체계 마련이 필요하다. 또한 방문 간호사, 사회복지사, 재활치료사, 운동지도사, 영양사 등의 우수 인력이 단계적으로 충원될 수 있도록 체계의 마련이 필요하다.

다. 노인 건강 서비스의 범위 확장: 정신건강 서비스의 강화

노년기 신체적 건강상의 취약성은 심리 정서적으로도 불안정성을 기인한다. 우울증상은 자살과도 높은 관련이 있어, 정신건강에 대한 관리가 더욱 필요하다 하겠다. 일상생활에서 스트레스를 관리하고 조절할 수 있도록 외부 요인들을 파악하고 도움을 줄 수 있는 서비스도 필요해 보인다. 노화에 대한 바른 이해와 적응을 도울 수 있도록 하고, 통합적인 사교로 안정적인 노년기를 보낼 수 있도록 사회적 지원 체계가 필요하다.

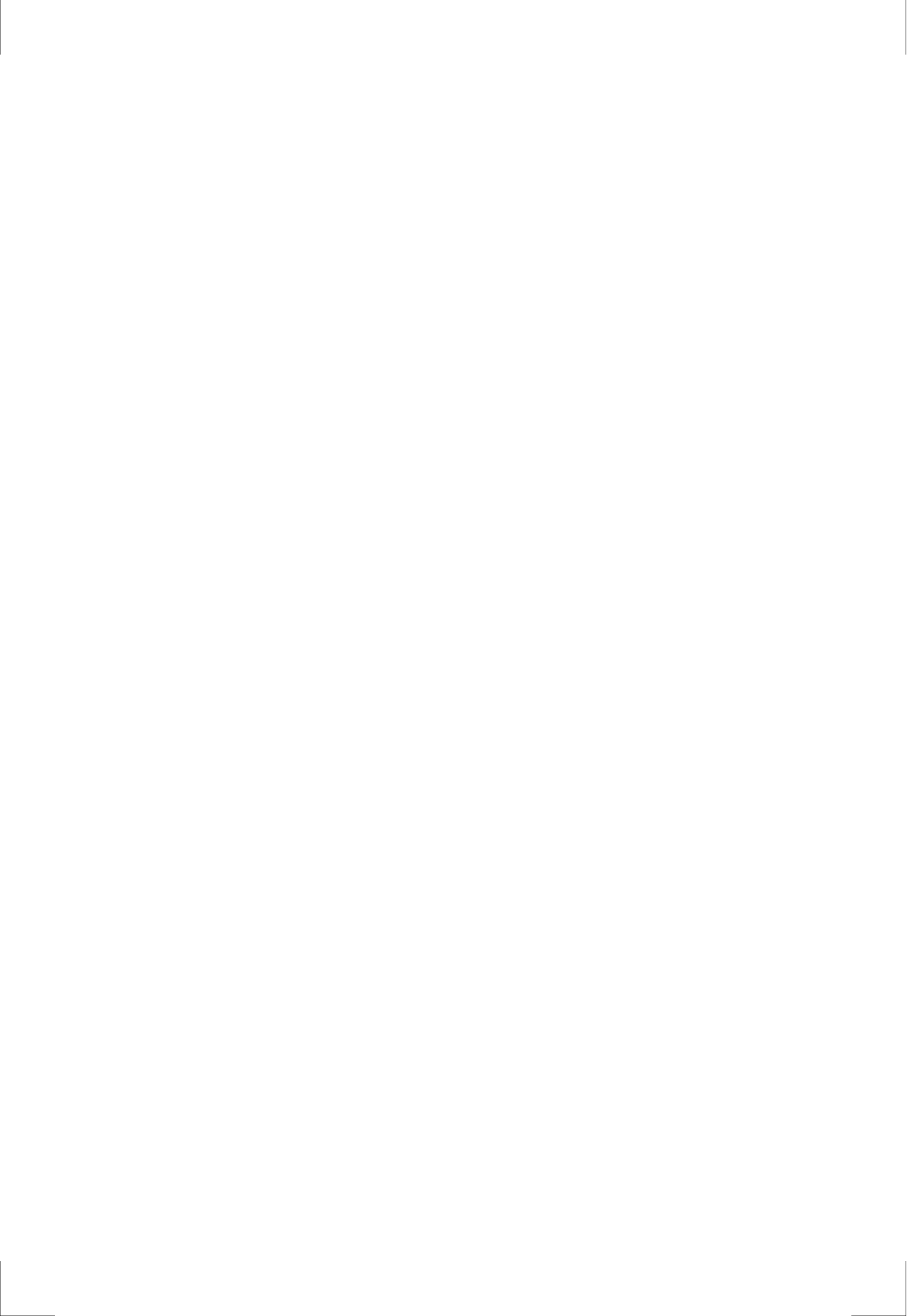
현재 우리나라 보건소에서는 치매 검사 등의 설문을 비치하고 간단히 치매 여부를 검사하고 있다. 그러나 이에 대한 홍보가 부족하여 지역(특히 농촌 지역)에서의 이용 실적이 저조하다. 또한 검사 후 치매가 의심되지 않더라도 고령자의 경우 주기적으로 검사를 독려하여 관리할 필요성이 있다. 기타 우울, 치매 등의 특화된 정신건강 문제뿐만 아니라, 정정보건적 질환에 의한 전문적인 관리도 필요하다.

라. 지역 간 인력 및 인프라의 격차 해소를 통한 형평성 제고

지역 간 의료 시설 및 인력의 격차로 인한 접근성 및 형평성에 대한 차이를 극복하도록 노력해야 한다. 국가 차원의 큰 틀에서 지역 간 격차를 줄이기 위한 수급 전략 검토와 의료 지원 방안 마련이 필요하다. 2012년 영국에서는 '건강 및 사회적 돌봄법(Health and Social Care Act)'을

제정하여 대대적인 건강 정책을 개혁한 바 있는데, 병원-기반 건강 정책(Hospital-Based Health)을 포기하고, 장소-기반(Place-Based Health)을 추구하였다. 즉, 시민의 건강 문제를 의료 시설/기관(Institution)에만 맡겨 둘 것이 아니라, 지역사회의 다양한 일상 공간, 즉 장소(Place)에서 해결할 수 있도록 한 점은 향후 인력 및 인프라 개선을 위한 방향성 설정에 참고할 수 있겠다.

종합해 볼 때 지역사회 보건의료 자원을 적극 활용할 수 있도록 지자체의 조정 기능 및 역량을 강화하여야 한다. 특히 보건, 의료, 복지, 행정기관 간 연계 체계의 구축이 요구된다. 또한 현재 운영되고 있는 건강증진, 예방, 만성질환 관리 프로그램 등의 운영의 질적 개선을 위하여 지역사회 전문 인력 연계 및 기능 회복 및 재활 서비스를 담당하는 민간 병원과의 네트워크를 구축하도록 하는 지원체계가 검토될 필요가 있다.



제 5 장

노인 돌봄 정책: 적절한 보호

제1절 정책의 발전과정과 개요

제2절 정책의 현황과 진단

제3절 발전 전략



5

노인 돌봄 정책: << 적절한 보호

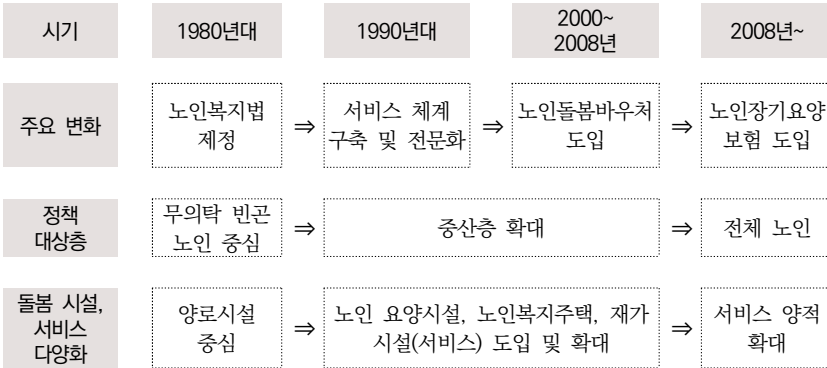
고령화의 진행에 따라 기능상의 제한을 경험하는 노인에게 적절한 돌봄을 제공하는 것이 사회적 관심사가 되었다. 이는 인구학적인 변화뿐만 아니라 가족 구조 및 가치관의 변화에 따라서 전통적으로 의존적 가족원을 보호해 온 가족의 보호 기능이 약화되었기 때문이다. 이에 본 장에서는 연속적인 보호 체계를 구축하여 노인에게 적절한 돌봄 서비스를 제공하는 것을 목적으로 하는 공적 정책의 현황을 살펴보고 정책 진단을 실시하고자 한다. 그리고 궁극적으로 노인 돌봄 정책의 개선 방향을 모색해 보고자 한다.

제1절 정책의 발전과정과 개요

1. 정책의 발전과정

우리나라의 노인 돌봄 정책은 2008년 노인장기요양보험제도 도입을 기점으로 급격히 변화하였다. 노인 돌봄 욕구를 사회보험의 형태로 제도화한 것은 노인에게 대한 책임 주체가 가족에서 사회의 공동 책임으로 전환하였음을 의미하는 것이다. 노인장기요양보험제도가 도입되기 이전의 노인 돌봄 정책은 가족의 일차적 보호를 우선시하고, 공적 서비스는 가족에 의한 보호가 이루어지지 못하는 자에 대한 보완적 형태의 선별적 제도였다. 이에 반해 장기요양보험제도 도입은 보편적 제도로 전환하는 계기가 되었다.

[그림 5-1] 노인 돌봄 정책의 변화 과정



우리나라의 노인 돌봄 정책은 노인복지법 제정(1981년) 이전과 이후, 노인장기요양보험제도 도입 이전과 이후로 크게 구분될 수 있다. 또한 노인복지법 도입 이후에는 1980년대, 1990년대, 2000년대와 2008년 이후, 노인 돌봄 정책의 꾸준한 발전과 변화를 이루었다.

노인 돌봄 정책의 시초는 양로시설 서비스이며, 이는 노인복지법이 제정되기 이전부터 무의탁 노인을 위한 국가 차원의 시책이었다. 양로시설은 노인돌봄서비스가 전문화되지 못한 시기에 노인의 주거, 생계, 돌봄 등의 기능을 수행하며, 가족이 없거나 기능할 수 없는 노인에 대한 보호 서비스였다. 노인 돌봄 정책은 1981년 노인복지법 제정을 통해 법적 근거를 갖게 되었으나, 여전히 부양가족이 없는 빈곤한 노인을 대상으로 하는 시설 서비스가 중심이었다.

노인 돌봄 정책은 1990년 이후부터 시설과 재가서비스의 체계를 갖추고, 시설 서비스도 거주와 보호가 분화되고 전문화되는 형태를 보이기 시작했다. 1989년 노인복지법에서 재가복지서비스를 제시하고, 이를 통해 지역을 기반으로 하는 서비스가 제공되었으며, 1993년 재가복지서비스가 가정봉사원파견서비스, 주간보호서비스, 단기보호서비스로 세분화되

었다. 또한 1997년 노인전문요양시설이 법적으로 근거를 갖추게 되었다.

1990년대 후반 노인 돌봄 정책에서의 새로운 변화는 노인을 대상으로 하는 실비와 유료 시설의 등장이다. 무의탁 빈곤 노인 이외에는 가족이 함께 거주하고 보호하는 형태가 일반적이긴 하지만 점차 자녀와 동거하지 않거나 보호 관계가 성립하지 않는 다양한 상황의 가족이 등장하여, 노인의 주거 또는 보호를 위한 비용을 지불하는 서비스 형태인 실비와 유료 시설이 나타났다. 또한 실버 주택이라고 하는 ‘노인복지주택’이 새롭게 등장하였으며, 이는 단독 취사 등 독립된 주거 생활을 하는 데 지장이 없는 노인을 대상으로 하는 돌봄의 기능보다는 주거를 목적으로 하는 것이다. 또한 노인복지주택은 분양하거나 임대하는 형태로 운영되는 시설 유형으로서 기존 복지적 차원에서의 정책과는 달리 민간 영리 사업자에 의해 이루어졌다.

노인장기요양보험제도가 도입되기 이전 2007년에는 노인돌봄바우처 사업(현재 “노인돌봄종합서비스”)이 실시되어, 지역사회에 거주하는 재가에서의 돌봄 서비스 이용 대상자가 빈곤 노인 중심에서 일반 노인으로까지 크게 확대되었다. 노인장기요양보험제도 도입이 머지않은 2007년 노인돌봄바우처 사업이 도입된 것은 사회 서비스의 확대를 위한 바우처 제도 도입에 의한 것이었다. 노인돌봄바우처 사업은 이전 돌봄 서비스 이용 자격에 비해 소득 기준을 완화함으로써 노인장기요양보험제도의 보편적 서비스로 전환되는 가교 역할을 수행하였다고 평가된다.

2008년 노인장기요양보험제도의 도입은 노인 돌봄 정책의 역사적 사건이라고 할 수 있다. 요양 필요가 있는 노인은 소득이나 가족 부양 상태와 무관하게 누구나 서비스를 받을 수 있는 보편적 서비스 체계를 갖게 됨으로써 노인장기요양보험 보험은 노인 돌봄 정책의 대표적 제도가 되었다.

노인장기요양보험제도가 도입된 이후 관련 노인 돌봄 정책에서 변화가 나타났다. 바우처 방식의 노인돌봄종합서비스는 서비스 대상자를 노인장기요양보험에서 등급을 받지 못한 ‘등급외자’로 조정하여, 요양 욕구가 높은 자는 장기요양보험을 통해 급여를 제공하며, 상대적으로 요양 욕구가 낮은 자는 노인돌봄종합서비스에서 서비스를 제공하였다. 또한 그 외의 요양 욕구는 비교적 낮지만 돌봄 사각지대의 위험이 있는 독거노인에 대해서는 노인돌봄기본서비스와 이외의 재가노인보호서비스가 이루어지도록 조율이 이루어졌다.

노인장기요양보험제도는 노인복지 시장의 많은 변화를 초래하였다. 과거 공공 중심의 선별적 복지 제공에서 민간 영리 중심의 보편적 복지 체제로 변화함으로써 복지 서비스 공급자의 다양화와 민영화 현상이 나타났다. 이로 인한 서비스의 양적 확대와 함께 과도한 경쟁 등의 문제, 보험제도와 지역사회의 돌봄 서비스 간 연계 부족 등의 문제가 도출되고 있다. 노인장기요양보험제도는 도입 이후 도출되는 문제를 해소하고 발전하기 위한 계속적 노력을 하고 있으나, 여전히 기존 제도와의 연계 부족 등이 해결 과제로 남아 있다.

2. 돌봄 정책의 개요

노인 돌봄은 노인장기요양보험, 노인돌봄서비스, 재가노인지원서비스를 중심으로 이루어지며, 그 외에도 지역사회에서 노인복지관, 사회 복지관 등에서 이루어지는 재가복지서비스 등을 통해 이루어지고 있다. 또한 돌봄이 주요 목적은 아니지만 돌봄의 목적이 일부 존재하는 것이 노인주거복지시설로 구분되는 양로시설의 형태이다. 양로시설은 노인복지법의 시설 분류에 의하면 노인주거복지시설이지만, 요양보호사를 의무적으로 배치하도록 함으로써 돌봄의 역할을 수행하고 있다. 그 외의 노인주거복

지시설인 노인복지주택, 노인공동생활가정은 돌봄의 기능보다는 주거를 목적으로 하며, 이들 주거시설은 독거노인, 부부노인의 증가 등으로 인해 고령 친화적 주택에 대한 욕구에서 등장한 형태이다.

한편, 노인 돌봄 정책은 서비스 제공 장소에 따라 시설보호서비스와 재가보호서비스로 구분될 수 있다. 시설보호서비스는 보호의 정도에 따라 노인요양시설보호와 양로시설보호로 구분된다. 노인요양시설보호는 일상생활 수행 능력에서의 자립도가 매우 낮고, 보호 요구도가 매우 높은 노인을 대상으로 하는 서비스이다. 노인요양시설에서의 보호는 대부분 노인장기요양보험제도를 통해 제공된다. 단, 일부 고급 유료 요양시설은 노인장기요양시설로 지정받지 않고 운영되는 경우가 존재한다.

노인주거복지시설로 구분되는 양로시설은 일상생활에 지장이 없는 노인을 대상으로 급식과 그 밖의 일상생활에 필요한 편의를 제공하여 노후의 안정된 생활 도모를 목적으로 하는 시설보호서비스이다. 노인요양시설에 비해 양로시설 보호는 보호의 필요성이 낮고 자립도가 높은 노인을 대상으로 하는 보호서비스이다. 양로시설은 무료시설과 실비시설로 구분되어 국가의 지원이 이루어진다. 반면, 유료시설은 서비스 이용자 전액 자부담으로 운영되는 보호서비스 형태이다.

재가보호서비스는 노인이 재가에 거주하면서 보호를 받는 서비스로, 보호의 종류와 정도에 따라 안부, 관찰 수준의 보호서비스에서 신체 수발의 보호서비스를 제공하는 것으로 다양하다. 현재 제공되는 서비스를 내용별로 살펴보면 안부 서비스, 가사 지원 중심의 일상생활 서비스, 신체 수발 서비스로 구분할 수 있다. 이들 구분은 보호의 필요 정도이기도 하지만 보호서비스의 빈도(량)를 나타내기도 한다. 한편, 재가서비스는 노인장기요양보험제도에 의해 제공되는 서비스와 노인돌봄서비스, 재가노인지원서비스로 구성되어 있다.

〈표 5-1〉 노인 돌봄 정책별 서비스 종류

구분	방문형 서비스	지역사회 서비스	기타 서비스	시설 서비스
노인장기요양보험	- 방문요양 - 방문목욕 - 방문간호	- 주간보호서비스 - 단기보호서비스	- 복지옹구서비스	- 노인요양시설 - 노인요양공동 생활가정
노인돌봄서비스	- 노인돌봄기본 서비스 - 노인돌봄종합 서비스 (방문요양)	- 노인돌봄종합서비스 (주간보호형)	- 노인돌봄기본 서비스	-
재가노인지원 서비스	- 재가노인지원 서비스	-	- 재가노인지원 서비스	-
	- 재가노인서비스 (노인복지관)	-	- 재가노인서비스 (노인복지관)	-
노인주거정책	-	-	-	- 양로시설 - 노인공동생활 가정 - 노인복지주택

가. 노인장기요양보험제도

노인장기요양보험은 전 국민 의무가입 제도이며, 급여의 대상자는 장기요양 인정을 받은 자이다. 장기요양 인정자는 노인 등(65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매, 뇌혈관성 질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자)으로 장기요양보험 가입자 또는 그 피부양자, 의료급여법에 따른 수급권자로서 장기요양 인정을 신청한 자 중 장기요양 인정신청에 대한 조사를 통한 등급판정에 의해 급여 자격(장기요양 1등급~5등급)을 취득한 자이다(노인장기요양보험법). 장기요양 인정자 선정 기준은 요양 인정점수를 기준으로 하며, 제도 초기 인정점수 55점 이상의 3등급 체계에서, 현재는 45점 이상의 5등급으로 변화하였다.

〈표 5-2〉 노인장기요양보험 등급별 인정 점수 기준 변화

구분	08.7~12.6	12.7~13.6	13.7~ 14.6	14.7~현재
1등급	95점 이상	95점 이상	95점 이상	95점 이상
2등급	75~95 미만	75~95 미만	75~95 미만	75~95 미만
3등급	55~75 미만	53~75 미만	51~75 미만	60~75 미만
4등급	-	-	-	51~60 미만
5등급	-	-	-	45~51 미만(치매 질환자)
비고	3등급 체계 유지, 인정 점수 기준 인하			인정 점수 기준 인하 및 등급 체계 5등급으로 변경

자료: 보건복지부 고시 제2015-223호. 장기요양 요양급여 기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시.

노인장기요양보험의 급여는 시설급여와 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 기타 재가급여-복지용구), 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)이다(노인장기요양보험법 제23조). 이 중 현재 지급되고 있는 급여는 재가급여와 시설급여, 특별현금급여 중 가족요양비가 지급되고 있다.

장기요양급여 이용 과정은 장기요양 등급판정(1~5등급)을 받은 수급권자가 희망하는 서비스 제공 기관과 계약을 통해 서비스를 이용할 수 있다. 급여 이용은 장기요양급여의 월 한도액 범위 내에서 사용 가능하며, 시설급여의 경우 등급별로 고시된 1일당 급여비용에 월간 이용 일수를 곱하여 산정한다.

〈표 5-3〉 장기요양급여의 월 한도액(2015년 기준)

(단위: 원)

구분	월 한도액	시설급여			
		요양시설		노인요양공동생활가정	
		1일 수가	30일 기준	1일 수가	30일 기준
1등급	1,196,900	57,040	1,711,200	51,290	1,538,700
2등급	1,054,300	52,930	1,587,900	47,590	1,427,700
3등급	981,100	48,810	1,464,300	43,870	1,316,100
4등급	921,700	48,810	1,464,300	43,870	1,316,100
5등급	784,100	48,810	1,464,300	43,870	1,316,100

자료: 보건복지부 고시 제2015-223호, 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시.

장기요양급여 제공 기관의 지정은 관할 구역의 특별자치시장, 특별자치도지사, 시장, 군수, 구청장으로부터 지정을 받아야 한다(노인장기요양보험법 제31조). 재가장기요양기관은 해당 지자체에 설치를 신고하여야 하며, 신고한 재가장기요양기관은 장기요양기관으로 인정한다(노인장기요양보험법 제32조). 장기요양기관에서 급여를 제공하는 인력 기준은 노인장기요양보험법에서 제시하며, 주요 장기요양 인력은 요양보호사, 사회복지사, 간호사, 간호조무사, 물리치료사 등이다.

노인장기요양보험의 재원은 가입자의 보험료와 급여 이용자의 본인 부담금, 국가 부담금으로 충당한다. 보험료는 건강보험료와 일괄 징수하며 그 수준은 건강보험료의 6.55%(소득 대비 0.401%)이다(2015년 현재). 급여 이용자의 본인 부담금의 경우, 재가급여는 급여 이용액의 15%, 시설급여는 이용액의 20%를 부담하되, 저소득자에 대한 본인 부담금 경감 제도가 운영 중이다. 국가 부담금은 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상 수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원한다.

나. 노인돌봄서비스

노인돌봄서비스는 장기요양보험제도가 도입되기 이전에 바우처 제도와 독거노인돌봄서비스로 운영되었으며, 장기요양보험제도가 도입된 이후에는 두 제도를 통합하여 노인돌봄서비스로 운영되고 있다. 노인돌봄서비스란 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 독거노인의 욕구에 따라 안전 확인, 생활 교육, 서비스 연계, 가사·활동 지원, 주간보호서비스 등 맞춤형 복지 서비스 제공을 목적으로 실시되는 서비스이다(보건복지부, 2016c).

노인돌봄서비스는 노인복지법 제27조 2(홀로 사는 노인에 대한 지원)와 사회복지사업법 제33조의 7(서비스 제공의 방법)에 근거를 두고 실시된다. 노인돌봄서비스에는 독거노인 보호사업과 노인돌봄종합서비스가 있다.

독거노인 보호사업에는 노인돌봄기본서비스, 독거노인 사랑잇기서비스, 무연고 독거노인 장례지원서비스가 있다. 노인돌봄기본서비스는 만 65세 이상 요양 서비스 불필요 독거노인이 대상으로, 소득, 건강, 주거, 사회적 접촉 등의 수준을 평가하여 보호 필요가 높은 순으로 대상자를 선정한다. 서비스는 가정 방문, 유선 등을 통한 주기적 안전 확인, 생활 교육, 서비스 연계 등 예방 서비스로 구성되며, 이용자 부담은 무료이다. 독거노인 사랑잇기서비스는 노인돌봄기본서비스 예비 대상자 중 서비스 제공에 동의한 독거노인으로 민간의 자원봉사자를 활용한 서비스로 이용자 부담은 없다. 무연고 독거노인 장례지원서비스는 노인돌봄서비스, 독거노인 응급안전서비스 수혜자 중 무연고 사망자에 대해 최소한의 의례 지원 서비스이다.

노인돌봄종합서비스는 방문서비스, 주야간보호서비스와 단기가사서비

스, 치매환자가족 휴가지원서비스로 구분된다. 방문서비스와 주야간보호 서비스 수급 자격은 만 65세 이상 노인 중 가구소득, 건강상태 등을 고려하여 돌봄서비스가 필요한 대상자(노인장기요양등급외 A, B & 전국 가구 평균 소득의 150% 이하)이다. 급여 내용은 방문서비스(월 27시간 또는 월 36시간), 주간보호서비스(월 9일 또는 월 12일)를 이용할 수 있다.

단기가사서비스는 만 65세 이상 독거노인 또는 고령 부부노인 가구 중 최근 2개월 이내 골절 진단 또는 중증 질환 수술로 인하여 단기간 돌봄이 필요하며, 평균 가구소득 150% 미만인 자를 대상으로 한다. 급여 내용은 1개월간 24시간 또는 2개월 48시간의 가사 지원 서비스이다.

치매환자가족 휴가지원서비스는 노인돌봄종합서비스 이용자 중 치매 노인을 보호하는 가족에 대해 서비스 제공 기관에서 일정 기간 동안 치매 노인을 보호(연간 6일 범위 내에서 사용 가능)하는 서비스이다.

노인돌봄종합서비스 이용 방식은 거주 시·군·구에서 노인돌봄종합서비스 대상자로 선정을 받은 후 지역 내 노인돌봄종합서비스 제공 기관을 통해 서비스를 이용할 수 있다. 서비스 제공 기관은 시·군·구에서 노인돌봄종합서비스 제공 기관으로 등록된 기관이다. 노인돌봄종합서비스의 재원은 국비와 지방비, 그리고 서비스 이용자의 본인 부담금으로 구성된다. 본인 부담금은 소득수준에 따라 차등 적용되며, 27시간 서비스의 경우 최소 18,000~최대 48,000원이며 이는 전체 이용 비용의 13.6~18.1%에 해당한다. 기초생활수급자는 무료로 이용 가능하다.

다. 재가노인지원서비스

노인장기요양보험제도가 도입되기 이전 ‘가정봉사원파견시설’은 보험 제도가 도입된 이후 방문요양으로 전환되는 형태를 보이지만, 장기요양

의 방문요양 이외에 지역사회에서의 노인지원서비스의 필요성에 따라 2010년부터 ‘재가노인지원서비스’ 형태를 새롭게 지정하였다. 즉, 재가 노인지원서비스는 경제적, 정신적, 신체적인 이유로 독립적인 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 복지 사각지대 노인들에게 일상생활 지원(방문요양 제외)을 비롯한 각종 필요 서비스를 제공함으로써 지역사회 내에서 건강한 생활을 영위하는 데에 어려움이 없도록 하며, 예방적 복지 실현과 사회 안전망 구축을 목적으로 한다(보건복지부, 2016년 노인보건복지 사업안내). 이용 대상은 ① 재가 장기요양급여 이용자로서 기타 서비스를 필요로 하는 자, ② 기초수급권자 및 부양 의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 혼자서 일상생활을 수행하기 어려워 서비스 제공이 필요하여 시·군·구청장이 의뢰한 자, ③ '08. 7. 1. 이전에 국가 및 지방자치단체로부터 운영비를 지원받는 시설을 이용하고 있는 장기요양급여 수급자 외의 자 중 기초수급권자 및 실비 이용자, ④ 기타 자연재해 등으로 긴급지원이 필요한 노인(장기요양서비스 이용자 포함)이다. 보건복지부에서 제시한 재가노인지원서비스의 예시를 살펴보면, 방문요양을 제외한 일상생활 지원 서비스(무료 급식, 행정 지원, 김장 서비스, 이·미용 서비스, 차량 이송, 장보기 서비스 등), 정서 지원, 주거 환경 개선(도배 서비스, 집수리 서비스 등), 여가활동 지원, 상담 지원, 지역사회 자원 개발, 연계 서비스, 교육 지원, 긴급 지원 등의 서비스이다. 신체수발이나 가사지원 등의 집중적인 보호서비스 이외 재가에서 노인이 생활할 수 있는 다양한 서비스를 포괄하고 있고, 제공 기관에서 대상자의 욕구 사정을 통해 사례 관리에 의한 서비스를 제공하도록 하고 있다.

라. 기타 돌봄 서비스

노인복지법의 노인주거복지시설은 양로시설과 노인공동생활가정의 형태로서 양로시설은 입소 정원 10인 이상의 시설이며, 노인공동생활가정은 입소 정원 5인 이상 9인 이하의 시설이다. 이들 시설은 국가 및 지방자치단체가 입소 비용의 전액 또는 일부를 부담하는 시설이다(보건복지부, 2013). 이들 시설은 주거시설로 제시되었으나 일부 보호의 기능을 갖고 있다. 노인요양시설에 비해 보호의 수준은 신체적 수발보다 약한 수준으로 일상생활에 대한 보호 수준의 서비스가 제공된다. 이들 시설의 직원 배치 기준에 의하면 노인 12.5명당 1명의 요양보호사를 배치하도록 하며, 이는 보호서비스가 필요한 대상자임을 보여 주는 것이다. 그러나 양로시설 입소대상 노인의 보호필요 정도는 요양시설에 비해서 낮게 설정되어 노인장기요양보험에서의 수준은 아니다.

지금까지 살펴본 재가노인보호서비스 이외에도 재가노인의 보호를 위하여 노인복지관에서는 급식지원, 요양서비스, 가족기능지원(가정봉사원 파견, 방문간호, 노인돌봄서비스사업 등) 등이 자체적으로 실시되고 있다. 또한 지역사회에서는 노인만을 대상으로 하는 서비스는 아니지만 노인이 주요 대상이 되는 다양한 보호서비스가 제공되고 있다. 대표적으로 사회복지관 재가복지센터의 재가복지서비스, 가사간병서비스, 농어촌 가사도우미서비스 등이 있다. 이들 서비스는 노인만을 대상으로 하는 서비스는 아니지만 타 연령층에 비해 보호의 필요도가 높은 노인층이 주요 대상이 되고 있다.

제2절 정책의 현황과 진단

1. 기본원칙 설정의 적합성

장기요양보험법 제3조(장기요양급여제공의 기본 원칙)에 따르면 장기요양급여는 노인과 가족의 욕구에 따라 적절한 서비스가 제공되어야 하며, 재가급여가 우선적으로 제공되어야 하며, 의료서비스와 연계하여 제공되어야 한다는 점을 기본 원칙으로 제시하고 있다.

노인 돌봄 정책 중 주요 정책인 노인장기요양보험제도에서 제시하는 기본 원칙은 최근 WHO, UN 등의 국제기구에서 제시되고 있는 지역사회 중심의 보호(Aging in Place)와 방향을 같이하고 있다. 또한 의료서비스와의 연계는 노인을 중심으로 보건의 복지 서비스가 연계되도록 하는 이용자 중심의 서비스 체계(Client-centered)를 지향한다는 측면에서 최근 노인 보호와 방향을 함께하고 있다고 평가된다. 또한 첫 번째 제시한 적절한 급여는 노인과 가족 등의 욕구와 환경평가를 통해 적절한 서비스를 받도록 하는 욕구에 기반한 서비스 제공을 목표로 한다는 것으로, 앞서 제시한 이용자 중심 서비스 체계와 맥을 같이한다.

노인장기요양보험제도가 지향하고 있는 기본 방향은 노인보호의 최근 경향에 따라 적절하게 설정되어 있다. 또한 노인장기요양보험제도 이외의 노인 돌봄 정책은 재가서비스를 중심으로 발전하고 있어 세계적인 흐름과 그 맥을 같이하고 있다고 평가된다.

2. 할당(대상자 선정)의 적절성

현재 노인 돌봄 정책인 노인장기요양보험, 노인돌봄서비스, 재가노인 지원서비스의 급여 대상자 기준은 [그림 5-2]와 같이 도식화된다. 이들 세 제도의 대상자 선정 기준은 요양필요도와 소득수준, 가구 형태, 건강 상태 등을 기준으로 한다. 요양필요도를 기준으로 할 때, 요양필요도가 가장 높은 대상자는 장기요양보험, 요양의 필요도는 있으나 장기요양보험 수급자보다는 낮은 대상자는 노인돌봄종합서비스, 요양필요도가 가장 낮은 대상자는 노인돌봄기본서비스가 제공되도록 체계적으로 설계되어 있다. 재가노인지원서비스는 요양필요도 수준보다는 지역사회에서 노인이 겪는 불편함, 어려움을 지원하는 제도로 운영되고 있다.

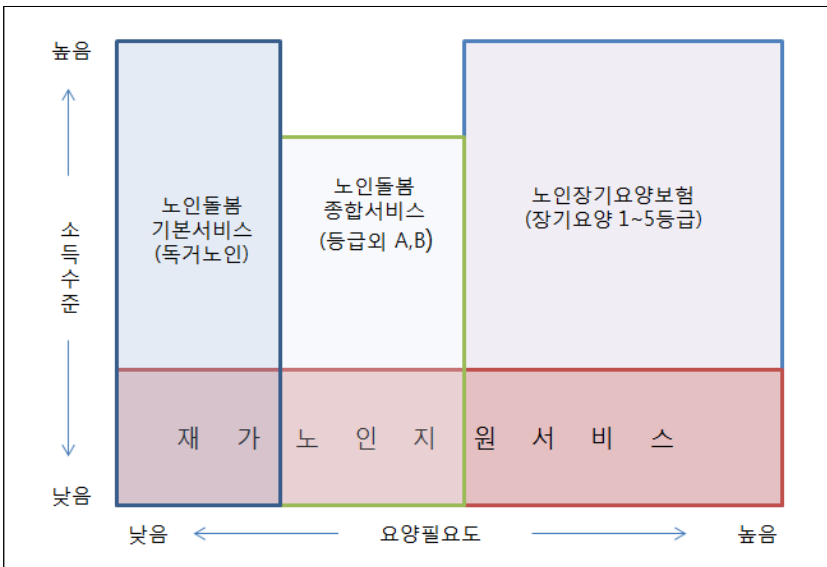
사회보험제도인 노인장기요양보험제도에서는 대상자 선정에서 요양필요도만을 기준으로 두고 있으나 그 외의 조세 제도로 운영 중인 돌봄 정책은 서비스에 따라 소득기준, 가구형태, 건강상태 등의 기준을 활용하고 있다. 바우처 방식의 노인돌봄종합서비스는 요양필요도가 장기요양 등급 외자이면서 중위 소득 150% 이하인 자를 대상으로 하며 노인돌봄기본서비스는 가구 형태가 독거이면서 소득, 건강, 주거, 사회적 접촉 등의 수준이 열악하여 지원이 필요한 경우 등을 대상으로 한다. 또한 재가노인지원서비스는 소득수준에서 비교적 빈곤한 층을 대상으로 하고 있다.

노인 돌봄 정책은 요양필요도에 따라 이용할 수 있는 서비스가 체계적으로 설계되어 있다. 그러나 노인장기요양보험제도를 제외한 타 돌봄 서비스에서는 소득 기준이나 가구 형태에 제한을 둬으로써 기준에 부합하지 못할 경우 서비스 이용에 사각지대가 발생할 수 있다. 즉, 현재 노인 돌봄 정책 수급대상자의 사각지대는 장기요양 등급외자로서 중위 소득 150% 이상인 자, 낮은 수준의 보호를 필요로 하는 비빈곤 계층의 비독거

노인층이라고 할 수 있다.

노인돌봄종합서비스 제도 설계에서는 요양필요도와 소득수준이 제시되어 있으나 실제 지자체별로 마련되는 예산에 따라 서비스를 희망하는 대상자를 포괄하지 못하는 한계를 갖고 있다. 따라서 대상자 선정에서는 우선순위 기준을 두어 소득, 건강상태 등의 기준을 충족하더라도 시·군·구별 예산 한도 범위 내에서 지원하도록 하고 있다. 우선순위의 1순위는 독거노인, 장기요양 등급의 A자, 2순위는 치매 질환자, 장기요양 등급의 B자, 3순위는 기타 노인성질환자로 제시된다. 장기요양 등급의자는 15만 2천 명가량이지만, 실제 서비스를 이용하는 노인은 3만 5천 명으로 약 23%만이 이용하고 있다.

[그림 5-2] 노인 돌봄 정책의 수급 대상자 기준



노인 돌봄 정책에 의한 수급자 규모⁵³⁾는 약 63만 4천 명(2014년 12월 현재)이며, 이는 노인인구의 약 9.81%에 해당하는 규모이다. 노인장기요양보험 등급 인정자(1~5등급)는 42만 4천 명(노인인구의 6.2%)이며, 정책에 대한 인지도 향상 및 정책적 대상자 확대를 통해 제도 도입 이후 꾸준히 증가하고 있다. 제도 초기 예상하였던 대상자 규모가 노인인구의 약 3%이므로, 그에 비해 크게 증가하였다고 평가된다. 노인돌봄종합서비스는 3만 5천 명(노인인구의 0.54%)이며, 노인돌봄기본서비스는 20만 명(노인인구의 3.1%)이다.

〈표 5-4〉 노인 돌봄 정책 수급 대상자 수 추이

(단위: 명, %)

구분		수급자 수	노인인구 대비 비율
노인 돌봄 수급자(총계)		633,986	9.81
노인장기요양보험 ¹⁾	1등급	37,665	-
	2등급	72,100	-
	3등급	170,329	-
	4등급	134,032	-
	5등급	10,456	-
	등급 인정자 소계	424,572	-
	(인정자 중 65세 이상)	399,083	6.18
	장기요양 등급외자	(152,576)	(2.4)
노인돌봄서비스	돌봄종합서비스 ²⁾	34,903	0.54
	돌봄기본서비스 ³⁾	200,000	3.10

주: 2014년 12월 주민등록인구 기준 65세 이상 인구 6,462,740명(통계청 KOSIS).

자료: 1) 국민건강보험공단(2016). 2014년도 노인장기요양보험 통계 연보.

2) 사회보장정보원 홈페이지. 노인돌봄종합서비스 현황. 2016. 7. 21. 인출.

3) 보건복지부 내부 자료.

53) 재가노인지원서비스 수급 대상자 규모는 공식적 통계가 발표되지 않아 제외.

노인돌봄서비스의 수급자(이용자) 규모는 최근 10년간 크게 증가하여 대상자 보장성의 측면에서 크게 향상된 것으로 평가된다. 그러나 정해진 예산 규모 내에서 우선순위를 선정해야 하는 노인돌봄종합서비스와 돌봄 기본 서비스의 경우 요양 욕구가 상대적으로 낮은 등급외자, 노인부부가구나 자녀 동거 가구의 경우와 노인돌봄기본서비스의 독거노인 중 일부만을 선정함으로써 돌봄 정책에서의 사각지대가 있다고 판단된다.

한편, 지역별 서비스 이용자 규모에 있어서 형평성의 문제가 제기될 수 있다. 시도별 노인인구 대비 장기요양 수급자 수의 비율은 다소 차이가 있으며, 전국이 6.12%인 것에 비해, 대전이 가장 높은 7.54%, 제주 7.51%로 나타나며, 인천이 7.11%이며 광주, 세종, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북과 전남, 경북이 6%대이다. 평균보다 낮은 지역은 서울, 부산, 대구, 울산, 경남 지역이다.

시도별 노인돌봄종합서비스 수급자 규모를 각 지역별 등급외자 수 대비 살펴보면, 전국 평균 22.9%이며, 지역별로는 대전이 52.6%로 가장 높고, 강원 31.7%로 나타났다. 서울과 광주가 평균에 비해 다소 낮은 비율을 보이고 있다. 노인돌봄종합서비스의 경우 지자체 예산의 범위에서 서비스가 제공됨에 따라 지역별 차이가 발생할 수 있으므로 거주 지역에 따라 돌봄 서비스의 수급 수준에 차이가 나타났다.

〈표 5-5〉 노인 돌봄 정책 수급 대상 보장성의 지역별 형평성

사도	노인인구수 (C)	장기요양수급자 (65세 이상)		노인돌봄종합 수급자		등급외자 수	(A+B) /C *100
		수급자 수 (A)	노인인구 대비 비율	노인돌봄종합 수급자 수(B)	등급외자 대비 비율		
전체	6,520,607	399,083	6.1	34,903	22.9	152,576	8.5
서울	1,216,529	65,860	5.4	2,266	17.1	13,216	6.5
부산	492,116	21,030	4.3	2,423	22.8	10,614	6.4
대구	303,537	16,651	5.5	1,423	22.4	6,355	7.6
인천	297,951	21,197	7.1	1,263	18.3	6,884	9.4
광주	159,822	10,588	6.6	972	15.0	6,469	10.7
대전	158,329	11,937	7.5	2,180	52.6	4,144	10.2
울산	97,250	5,044	5.2	368	20.6	1,789	7.0
세종	19,777	1,260	6.4	64	15.4	416	8.5
경기	1,254,445	82,826	6.6	4,241	19.1	22,206	8.4
강원	255,930	17,484	6.8	1,846	31.7	5,832	9.1
충북	228,900	14,352	6.3	1,175	24.4	4,807	8.4
충남	330,807	22,629	6.8	1,926	22.8	8,451	9.4
전북	322,626	20,435	6.4	3,414	22.9	14,920	11.0
전남	383,808	25,179	6.6	3,184	20.3	15,694	10.6
경북	467,352	30,002	6.4	3,922	28.9	13,582	9.3
경남	449,017	26,417	5.9	3,840	25.0	15,372	9.3
제주	82,411	6,192	7.5	396	21.7	1,825	9.7

2. 급여의 적절성

가. 급여량의 충분성 및 형평성

노인 돌봄 급여량의 충분성과 형평성을 살펴보면 다음과 같다. 우선 급여량이 충분한가에 대한 평가는 요양필요도를 기준으로 하여 어느 정도 충족되는가로 살펴볼 수 있다. 현재 노인장기요양보험과 노인돌봄종합서비스는 요양 등급별 이용 가능한 급여량을 설정하고 있다. 요양필요도가

가장 높은 노인 장기요양 수급자의 경우, 이용할 수 있는 급여량은 월 급여 한도액에 따라 결정된다. 재가급여 서비스의 월 급여 한도액은 2015년 기준, 1등급은 119만 6천 원이며, 2등급은 105만 4천 원, 3등급은 98만 1천 원, 4등급은 92만 1천 원, 5등급은 78만 4천 원이다. 월 급여 한도액은 서비스의 수가(단가)에 따라 이용할 수 있는 서비스의 량이 결정되므로, 방문요양 240분 이상(43,500원) 수가를 이용할 경우 등급별로 이용할 수 있는 월 이용일수는 1등급 약 27일~ 5등급 18일이다.

등급별로 요양필요도를 나타내는 상태를 살펴보면, 장기요양 1등급은 전적으로 일상생활에 도움이 필요한 자, 2등급은 일상생활 수행에 상당 수준의 도움을 필요로 하는 자로 정의되고 있음을 고려할 때, 1~2등급자의 월 급여 한도액 범위에서의 급여량은 부족하다고 판단된다. 제도의 운영을 고려하여 24시간 급여량이 요구될 수는 없으나, 일반적인 경제활동을 하는 가족이 노인(부모)을 보호한다고 가정할 때 반일 정도의 급여량은 부적절하다고 판단된다. 주야간보호서비스 이용을 고려하여 급여량의 적절성을 판단할 경우, 12시간 미만 서비스를 주중에 이용할 수 있는 월 급여 한도액이다. 그러나 1~2등급의 경우 기능 상태가 상당히 중증으로 이동에 어려움이 예상되므로 주야간보호서비스 이용의 어려움이 있을 것으로 판단된다. 따라서 1~2등급이 제한된 월 한도액 범위에서 재가서비스를 이용하기에는 급여의 수준은 충분하지 못하다고 판단된다.

3~5등급의 경우 1~2등급에 비해 도움의 필요 정도가 낮으며 주말을 제외한 주중에 보호를 받을 수 있는 급여량이라는 점을 고려하면, 충분하지는 않지만 적절한 수준인 것으로 판단된다. 특히 3~4등급의 경우 도움을 받아 어느 정도 이동이 가능하다는 점을 고려하여 주야간보호서비스를 적극 활용할 경우, 가족이 경제활동과 함께 노인보호를 함께 수행하는 것이 가능할 것으로 판단된다.

등급 외 A, B를 대상으로 하는 노인돌봄종합서비스는 방문요양의 월 27시간 또는 36시간으로 주 2~3회 서비스를 이용하고 있어, 급여량의 측면에서는 적정하다고 판단된다.

〈표 5-6〉 노인장기요양보험 재가급여 서비스의 월 급여 한도액

(단위: 원, 일)

구분	월 급여 한도액 (2015년)	방문요양 이용 시 이용 가능 일수 ²⁾	등급별 기능 상태
1등급	1,196,900	27	심신의 기능 상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정 점수가 95점 이상인 자
2등급	1,054,300	24	심신의 기능 상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3등급	981,100	22	심신의 기능 상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4등급	921,700	21	심신의 기능 상태 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5등급	784,100	17	치매(노인장기요양보험법 시행령 제2조의 노인성 질병에 한정)환자로서 장기요양 인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
등급외자	-	36시간~ 27시간	장기요양 인정 점수 51점 미만의 치매 환자가 아니거나 또는 45점 미만의 치매 환자

주: 1) 보건복지부 고시 제2015-223호. 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시.

2) 방문요양 240분 이상(43500원)을 이용한다고 가정 시 계산.

자료: 국민건강보험공단(각 연도). 노인장기요양보험 통계 연보 및 보건복지부 고시.

급여량의 형평성은 두 가지 측면에서 살펴볼 수 있다. 첫 번째로는 요양필요도 수준에 따른 형평성과 서비스 선택에 따른 측면이다. 우선 현재 제도는 요양필요도에 따른 등급 구분인 요양 등급에 따라 급여량이 차이가 발생하고 있어 이러한 측면에서 형평성은 유지되고 있다. 그러나 동일 등급이지만 급여 유형 선택에서 시설급여와 재가급여가 이용할 수 있는 한도액에는 차이가 있다는 점에서 형평하지 못하다고 평가된다.

현재 제도에서는 장기요양 1~2등급의 경우 시설급여와 재가급여를 자유롭게 선택할 수 있으며, 3~5등급의 경우 재가급여를 원칙으로 하되, 치매 등으로 인해 시설급여가 필요할 경우 허가를 통해 시설급여를 이용할 수 있다.

〈표 5-7〉 장기요양급여의 월 한도액(2015년 기준)

(단위: 원)

구분	월 한도액	시설급여			
		요양시설		노인요양공동생활가정	
		30일 기준	재가 월 한도액과 차액	30일 기준	재가 월 한도액과 차액
1등급	1,196,900	1,711,200	514,300	1,538,700	341,800
2등급	1,054,300	1,587,900	533,600	1,427,700	373,400
3등급	981,100	1,464,300	483,200	1,316,100	335,000
4등급	921,700	1,464,300	542,600	1,316,100	394,400
5등급	784,100	1,464,300	680,200	1,316,100	532,000

자료: 보건복지부 고시 제2015-223호. 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시.

시설급여는 수급자가 이용할 수 있는 월 한도액의 기준 없이 시설에서 입소하여 서비스를 받은 일수에 대해 등급별 1일당 이용수가를 기준으로 시설에 급여를 지급한다. 따라서 실제 이용할 수 있는 급여량은 재가급여에 비해 시설급여가 많게 책정되어있다. 1등급의 경우, 시설급여의 요양 시설을 이용할 경우 재가급여에 비해 51만 4천 원가량을 더 이용 가능하다는 결과이다. 동일한 요양필요도에 대해 시설에 입소할 경우 24시간 보호를 받게 되지만, 재가에서는 시간으로도, 금액에서도 시설에 비해 적은 서비스를 받게 된다.

이와 같은 차이는 3~5등급에서 더 크게 나타난다. 3등급은 재가와 시설 월 급여 이용 가능액의 차이가 48만 3천 원이며, 4등급은 54만 2천 원, 5등급은 68만 원이 된다.

앞서 급여량의 적절성에서 논의한 것과 같이 현재 제시된 월 한도액의 한도만으로는 혼자서 재가에 거주할 수 없는 상태이므로, 서비스를 선택해야 하는 수요자의 입장에서는 재가급여보다는 시설급여를 선호하게 되는 요인이 된다.

나. 급여 내용과 질적 수준의 적절성

노인 돌봄 정책의 급여는 노인장기요양보험에서의 시설급여, 재가급여, 노인돌봄종합서비스에서의 재가급여 등으로 구성된다. 노인장기요양보험에서의 재가급여는 방문형 서비스로 방문요양, 방문목욕, 방문간호가 있으며 주야간보호, 단기보호, 그리고 복지용구서비스가 있다. 노인돌봄종합서비스에서도 방문요양, 주야간보호서비스, 단기가사지원서비스가 이루어지고 있다. 최근 노인돌봄서비스는 노인과 수발 가족의 다양한 욕구를 반영한 단기가사서비스, 주야간서비스 등이 개발됨에 따라 수급자 중심의 서비스 체계로 발전하고 있다고 평가된다.

그러나 노인장기요양보험과 노인돌봄종합서비스는 장기요양 1등급~등급외자를 대상으로 하며, 급여의 내용은 유사하고 급여량의 차이만 나타난다. 이는 요양필요도뿐 아니라 수급자의 다양한 욕구 및 필요 서비스에 대한 고려가 부족한 구성으로 보인다. 노인돌봄종합서비스 대상자인 장기요양 등급외자의 경우 요양에 대한 필요뿐 아니라 기능 악화를 예방하기 위한 노력이 필요한 대상자로 볼 수 있다. 따라서 이들에게는 방문요양의 가사 지원뿐 아니라 기능을 강화할 수 있는 '신체 및 인지 기능 강

화'를 위한 급여가 부족한 상태이다. 이는 장기요양 등급자에게도 동일하게 기능 악화 예방을 위한 서비스 등이 요구된다.

노인 돌봄 정책은 재가보호를 기본 원칙으로 제시하고 있으나, 시설 이용자가 점차 증가하고 있는 추세를 보인다. 2014년 말 현재 전체 급여 이용자의 38.9%는 시설급여를, 61.1%는 재가급여를 이용하고 있는 것으로 나타나 시설보다는 재가를 이용하는 비율이 높게 나타난다. 그러나 대상자의 소득수준별로 살펴보면 기초수급자의 경우 48.8%가 시설급여를 이용하고 있는 것으로 나타나며, 이는 가족 내 보호를 제공하기 어려운 경우가 많기 때문에 파악된다(표 5-8 참조).

노인장기요양보험제도 도입 이후 시설급여의 이용률을 살펴보면, 2009년 32.0%, 2010년 37.1%, 2014년 38.9%로 큰 증가는 아니지만 꾸준히 증가하고 있다. 특히 1~2등급의 경우 60% 내외, 3등급은 32.5%, 4등급은 23.0%, 5등급은 7.0%로 나타난다(표 5-9 참조).

〈표 5-8〉 노인장기요양보험 보험 자격 및 급여 유형별 이용 비율

(단위: %)

구분	재가급여						시설급여		
	방문 요양	방문 목욕	방문 간호	주야간 보호	단기 보호	복지 용구	소계	노인 요양 시설	노인요양 공동생활 가정
전체	55.4	14.3	1.8	8.1	1.6	39.2	38.9	32.8	6.1
일반	56.8	14.4	1.8	9.1	1.8	38.9	35.4	29.8	5.6
경감	53.2	15.0	1.7	7.1	1.8	33.4	42.2	34.7	7.5
의료급여	61.0	15.2	1.9	6.7	1.1	42.1	32.2	26.9	5.2
기초수급	49.4	11.3	1.4	4.0	0.5	36.8	48.8	42.2	6.6

자료: 국민건강보험공단(2014). 2014년 노인장기요양보험 통계연보 재구성.

〈표 5-9〉 등급별 시설급여 이용 비율¹⁾²⁾

(단위: %)

시설급여	2009	2010	2014
1등급	56.0	59.3	56.3
2등급	53.5	60.6	60.0
3등급	16.0	20.0	32.5
4등급	-	-	23.0
5등급	-	-	7.0
합계	32.0	37.1	38.9

주: 1) 시설급여인 노인요양시설(구 노인복지법에 의한 노인요양시설, 단기보호 전환, 노인전문요양시설 및 노인장기요양보험에서의 노인요양시설), 노인요양공동생활가정 급여 이용자 수를 합계한 비율임.

2) 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 기존 노인복지법에 의해 설립된 시설의 기능전환과 단기보호 시설의 기능전환이 2013년까지 완료되도록 함으로써 2011~2013년에 걸쳐 기능전환이 이루어진 시설이 많음. 이로 인해 통계 연보에서는 전환이 이루어진 경우 해당 연도에서는 동일 이용 대상자를 노인요양시설(구 노인복지법), 노인요양시설(단기보호 전환), 노인전문요양시설(구 노인복지법)과 전환된 노인요양시설 이용자로 중복 집계함. 따라서 2013년까지 시설급여 이용자의 비율이 급증하다가 시설 전환이 완료된 2014년에는 감소하는 것으로 나타남. 따라서 해당 연도의 시설급여 이용률은 제외하였음.

자료: 국민건강보험공단(각 연도), 노인장기요양보험 통계연보 재구성.

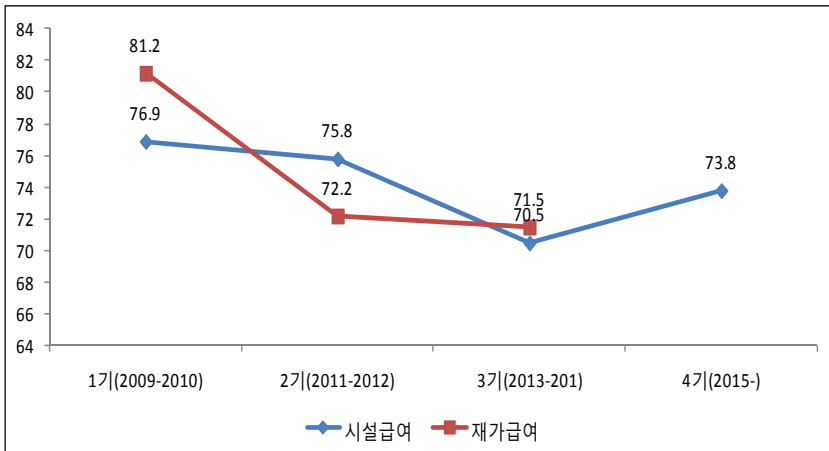
노인장기요양보험제도는 재가보호 우선 원칙을 지향하고 있음에도, 계속적으로 시설급여가 증가하는 원인에 대해 생각해 볼 수 있다. 우선 과거 시설에 대한 부정적 인식으로 인하여 시설급여 이용을 선호하지 않았으나, 제도의 도입과 가치관의 변화 등으로 인하여 시설에 대한 물리적·심리적 접근성이 높아졌기 때문으로 보인다. 또한 급여량의 형평성 측면에서 살펴본 것과 같이, 동일 등급이라도 시설에서는 24시간을 보호해 주고, 재가급여는 하루 반나절 정도만을 보호해 줘에도 본인 부담금에는 큰 차이가 발생하지 않는 점도 재가보다는 시설을 이용하게 되는 요인으로 보인다. 또 다른 측면은 현 재가서비스 내용의 제한으로 인해 재가보호에 대한 선호가 감소하는 것으로 보인다.

한편, 노인돌봄서비스의 양적 확대가 급속히 이루어졌으나, 서비스의

질적 향상은 함께 이루어지지 못하였다는 것이 전문가와 관계자의 의견이다. 돌봄 서비스에 대한 품질 진단은 노인장기요양기관 평가결과를 통해 가늠해 볼 수 있다. 제도가 도입된 이후 2009년부터 2년 주기로 평가를 실시하였으며, 시설급여기관은 2015년까지 4회, 재가급여 기관은 3회 평가를 받고 2016년 현재 4회차 평가가 실시되고 있다.

시설급여를 제공하는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정의 평가결과를 살펴보면, 2009년 1기에는 100점 만점에 평균 76.9점, 2011년 75.8점, 2013년 70.5점이며, 2015년에는 73.8점으로 나타났다. 2015년 평가 결과가 상향되었으나, 제도 도입 이후 계속적으로 하향된 결과를 보인다. 재가급여기관에 대한 평가결과 또한 2010년 81.2점이었으나, 2012년 72.2점, 2014년 71.5점으로 계속적으로 하락하는 결과를 보인다. 노인장기요양기관의 평가결과를 기준으로 볼 때 서비스 질은 제도 초기에 비해 하향되는 결과를 보이고 있다.

[그림 5-3] 노인장기요양기관 평가결과



자료: 국민건강보험공(각 연도). 노인장기요양기관 평가결과.

4. 전달체계의 적절성

노인 돌봄 전달체계는 노인의 상태에 따른 돌봄 욕구가 충족되기 위해서 서비스 공급의 양적 충분성, 그리고 서비스 제공 기관 간의 명확한 역할 분담을 설정하고 서비스 간의 연계를 통한 효율성, 이용자 입장에서는 지속적 서비스 이용이 이루어질 수 있도록 구성되어야 하며, 이용이 편리해야 한다.

노인돌봄서비스의 양적 확대는 이용자의 접근성을 크게 증가시켰다. 노인장기요양보험이 도입된 이후 서비스의 양적 공급은 급격한 증가가 나타났다. 시설급여를 제공하는 요양시설의 경우 2008년 기준 1,700개에서 2014년 4,871개로 약 3배 증가를 보였으며, 특히 노인요양공동생활가정의 현격한 증가가 나타났다. 재가서비스 또한 급격한 증가를 보였으며, 특히 방문요양이 크게 증가하였다. 방문요양 기관은 2008년 4,206개에서 2014년 9,073개로 증가하였으며, 그와 더불어 방문목욕기관도 크게 증가하였다. 주야간보호서비스 또한 최근 정책적 지향에 따라 증가하고 있으나 2014년 현재 1,688개로 방문요양에 비해 적은 것으로 나타났다. 재가 기관 중 방문간호와 단기보호서비스 제공 기관은 제도 도입 이후 크게 증가하지 못하고 있다. 방문간호 기관은 2010년까지 증가하였으나 점차 감소하고 있다. 이는 방문간호에 대한 서비스 인식이 높지 않고 이용자가 방문요양 중심으로 이용하기 때문에 방문간호에 대한 수요가 발생되지 않기 때문으로 보인다. 반면 단기보호는 2010년까지 급격히 감소하다가 최근 다시 증가하는 양상을 보였다. 이는 제도 초기, 단기보호의 요양시설로의 전환 정책으로 인해 감소하였으나 이후 단기보호의 필요성에 의해 조금씩 다시 증가하는 모습을 보이고 있다.

〈표 5-10〉 노인장기요양서비스의 공급 현황

(단위: 기관 수/개)

구분		2008	2010	2011	2012	2013	2014
시설 급여	노인요양시설	1,379	2,408	2,489	2,588	2,498	2,714
	노인요양공동생활가정	321	1,343	1,572	1,739	2,150	2,157
	전체	1,700	3,751	4,061	4,327	4,648	4,871
재가 급여	방문요양 서비스기관	4,206	9,164	8,709	8,500	8,620	9,073
	방문목욕 서비스기관	2,959	7,294	7,162	7,028	7,146	7,479
	방문간호 서비스기관	592	739	692	626	597	586
	주야간보호센터	790	1,273	1,321	1,331	1,427	1,688
	단기보호시설	694	199	234	257	368	322
	복지용구사업소	720	1,278	1,387	1,498	1,574	1,599
	전체	6,618	19,947	19,505	19,240	19,732	20,747

자료: 국민건강보험공단(각 연도), 노인장기요양보험 통계연보.

노인돌봄종합서비스의 제공 기관은 노인장기요양보험 급여를 제공하는 방문요양, 주야간보호 기관이 함께 제공하고 있으며, 노인돌봄기본서비스, 재가노인지원서비스의 경우 지역 내 노인복지관 또는 재가노인지원센터, 사회복지법인에서 운영되는 재가노인복지시설 등에서 제공된다. 이들 사업은 시·군·구별로 해당 사업을 수행하는 기관을 선정하는 방식으로 지역별 운영 기관의 차이는 보이지만, 서비스 공급 기관의 부족은 나타나지 않는다.

장기요양기관은 보험제도 도입 이후 크게 증가하여 수요 대비 공급은 충분히 이루어지고 있다. 하지만 주야간보호 또는 방문간호 등의 서비스 유형에 따라 공급에 편차가 나타난다.

노인 돌봄 체계에서 최근 나타나는 문제 중 하나는 노인장기요양보험 제도가 도입된 이후 제도와 서비스 간 역할 혼재로 인한 혼란이다. 우선 장기요양 욕구가 높은 대상자의 경우 노인장기요양보험의 시설급여와 건

강보험의 요양병원 간의 역할이 명확히 구분되지 못하며, 급여 이용자 입장에서 구분은 어려운 상황이다. 또한 상대적으로 요양 욕구가 낮은 재가 거주 노인의 경우 장기요양보험, 돌봄종합서비스, 재가서비스 등 재가에서 제공하고 있는 다양한 서비스 간의 연계가 이루어지지 못하는 문제를 갖고 있다. 이는 서비스를 관리하는 주체가 건강보험공단과 지자체로 분리되어 있기 때문에 지역 내 노인 돌봄에 대한 종합적이고 체계적 관리의 어려움이 발생하는 것이다. 또한 이로 인해 지역 단위의 노인 돌봄에 대한 수요 예측에 기반한 공급 등의 체계적 계획 수립과 추진이 이루어지고 있지 못하다.

노인의 연속적 보호 체계 관점에서 노인요양시설과 요양병원 간의 역할 혼재의 문제가 나타난다. 윤종률(2008)에서는 요양병원 환자 중 10~30%는 의료서비스가 필요하지 않는 사회적 입원 환자로 나타나며, 또한 노인요양시설에서 의료서비스를 필요로 하는 노인이 적절한 의료서비스를 받지 못하는 사례도 보고되고 있다. 또한 이와 같은 문제는 재가급여를 이용하는 이용자의 경우 서비스 이용에서도 기능에 따른 적정 서비스 이용에 대한 지원 체계 부족으로 인하여 기능에 적합한 서비스 이용이 이루어지고 있지 못하는 한계가 나타나고 있다.

이용자 관점에서의 현 돌봄 전달체계의 이용 편리성을 살펴보면, 현재 돌봄 서비스의 주체가 시·군·구와 건강보험공단으로 이분화되어 있음으로 이용자가 서비스를 이용하기 위해서는 어디를 접촉해야 할지 명확하지 않다. 노인장기요양보험제도를 알고 있을 경우 건강보험공단에 인정 조사를 신청할 것이며, 만약 그렇지 않을 경우 시·군·구 또는 읍면동에 문의하게 된다. 시·군·구 또는 읍면동에서는 이용자의 요양 욕구 상태를 파악하기 위해 건강보험공단에 신청하도록 할 것이다. 두 번째 단계는 인정조사 이후 등급상태에 따라 제공하고자 하는 서비스에 따라 1~5등급자의 경우 기관

을 선택하게 되며, 등급외자는 다시 시·군·구에 노인돌봄종합서비스를 신청해야 하며, 지역 상황에 따라 서비스 이용 여부는 달라질 것이다.

현재 노인돌봄서비스가 전달되는 체계는 앞서 언급한 것과 같이 공단과 지자체가 분리되어있으며, 또한 연계가 유기적으로 이루어지지 않아서 이용자 입장에서는 매우 복잡하고 이용이 어려운 현실이다.

제3절 발전 전략

우리 사회의 급속한 노인인구의 증가, 특히 돌봄 욕구가 높은 후기 고령자의 증가, 사회적 돌봄의 필요성 증가 등으로 인해 점차 노인 돌봄 정책의 중요성은 높아진다. 노인장기요양보험제도 도입을 통해 급속히 성장한 노인 돌봄 정책은 노인 돌봄에 대한 사회화라는 의미와 성과를 거두었으나, 향후 안정적으로 발전하기 위한 개선이 요구되는 측면을 갖고 있다. 앞서 노인 돌봄 정책에 대한 진단 결과 수급자와 서비스의 양적 확대는 크게 달성한 성과이지만, 돌봄 정책이 지향하는 기본 방향인 노인이 지역사회에서 오래 생활하기 위한 재가 중심 보호 기재 부족, 노인의 기능과 욕구에 따른 보호 체계의 분절성 및 공급 기관별 역할 구분의 부족, 낮은 서비스 질 등의 문제는 시급히 해소하기 위한 노력이 요구되는 것으로 나타났다. 이를 위해 다음과 같은 정책적 개선 방안을 제안하고자 한다.

1. 연속적 돌봄 체계 구축

노인장기요양보험제도가 기본 원칙으로 제시하는 재가 중심 보호와 의료와의 원활한 연계를 이루기 위해서는 연속적 보호 체계가 요구된다. 노인의 기능 상태별로 적합한 보호 형태가 설정되고, 그에 따른 서비스의

공급이 이루어져야 한다. 이를 위해서는 기능 상태별로 적합한 서비스 공급 형태가 마련되고 적정량의 공급이 이루어져야 할 것이다. 또한 이용자가 가장 적합한 서비스를 이용할 수 있도록 지원하는 시스템이 마련되어야 할 것이다. 노인 돌봄에서의 전달체계 문제는 전문가 의견 조사에도 응답자의 약 1/4이 장기요양의 가장 큰 문제로 지적한 바 있다.

가. 공급 기관별 명확한 역할 정립

노년기 건강과 요양이 적절히 이루어지기 위해서는 노인의 건강과 기능 상태에 따라 체계적 공급 기관이 마련되고 이용할 수 있어야 한다. 현재 노인요양서비스를 제공하는 기관 중 역할의 혼란을 갖는 것은 요양병원과 요양시설 간의 혼란, 장기요양 보험의 요양시설과 노인요양공동생활가정 간의 혼란, 그리고 재가노인지원서비스 센터로 제시할 수 있다. 우선 요양병원과 요양시설 간의 역할 정립 부족으로 의료 시설과 생활 요양시설 간의 서비스 대상자의 구분이 이루어지지 못하는 문제가 있다. 이는 국민의 관점에서는 두 기관의 구분이 없고, 국가 차원에서는 사회적 입원 확대 등의 비용적 측면의 낮은 효율성 등의 문제를 갖고 있다. 따라서 두 기관의 서비스 이용자 기준을 명확히 함으로써 건강보험과 노인장기요양보험 간의 효율성을 높이고, 이용자의 혼란을 방지할 수 있을 것이다. 또한 요양병원의 기준 강화 및 수가를 개편하고, 급성기 이후 집중 치료가 필요한 회복기 병원 모델의 개발 등도 시도해 볼 만하다.

노인장기요양의 시설급여는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정을 통해 제공되며, 노인요양공동생활가정은 ‘가정과 같은’ 시설이라는 정의 외에는 구체적으로 두 시설이 갖는 역할의 차이가 나타나지 않는다. 다만, 요양시설에 비해 공동생활가정은 낮은 시설 및 인력 기준, 수가를 두

고 있는 실정이다. 따라서 장기요양시설급여를 제공하는 두 시설의 역할 구분을 명확히 함으로써 이용자의 바른 선택이 이루어도록 해야 할 것이다.

마지막으로, 노인돌봄서비스를 제공하는 기관 중 재가노인지원센터는 재가노인지원서비스를 제공하는 기관으로 명확한 역할이 제시되었으나, 지역 내 타 재가서비스 기관들과의 구분이 쉽지 않다. 특히 이용자 관점에서 노인장기요양보험, 노인돌봄서비스, 재가노인지원서비스 간의 차이를 파악하기 어려우며, 따라서 이들 서비스를 제공하는 기관을 구분하는 것은 어려운 것이다. 이를 위해 지역 단위의 노인돌봄서비스 제공 체계를 단순화하여 이용자의 손쉬운 접근이 이루어져야 할 것이다.

나. 이용자 중심 전달체계 개편

노인 돌봄의 전달체계에서 제시된 문제점으로는 서비스의 분절적 제공이 지적된 바 있다. 서비스가 분절적으로 이루어진 원인에는 공급 기관 간의 연계가 부족한 측면과 서비스의 통합적 이용 필요성에 대해 이용자가 인지하지 못하고 있기 때문이다. 재가에서의 여러 서비스를 기능과 욕구에 따라 통합적으로 이용할 수 있도록 지원할 수 있는 체계가 마련되어야 할 것이다. 현재 시범 사업으로 실시되고 있는 ‘통합 재가서비스 제공’을 발전시킬 필요가 있을 것이며, 장기적으로는 지역사회의 다양한 서비스를 종합적으로 이용할 수 있게 지원하기 위한 돌봄 지원 센터(가칭)의 설치가 필요할 것으로 보인다. 이를 통해 노인장기요양보험에서 제공되는 서비스 이외의 보건의료서비스, 지역단위서비스 등과의 연계와 조정이 이루어질 수 있을 것이다. 특히 가장 우선시되어야 할 것은 지역 단위에서의 접수 창구를 일원화하여, 이용자의 다양한 서비스 이용 편의를 높여야 할 것이다.

2. 재가 중심 확대를 위한 체계 개편

재가 중심의 노인 돌봄은 현재 제도에서 지향하는 바이며, 이에 대한 전문가 조사 결과, 동의 정도는 매우 높게 나타났다. 하지만 현재 제도가 재가 중심이 실현되고 있는가에 대해서는 상당히 부정적인 진단이 이루어졌다. 재가 중심의 이용이 이루어지지 못하는 원인으로는 급여 체계의 문제로서 재가급여의 단순화, 낮은 질, 재가급여량의 부족을 제시하였으며, 또한 주택과 주거 서비스 부족, 지역사회 시스템의 고령 친화성 부족, 재가에서의 통합적 지원 체계 부족 등이 지적되었다. 반면 향후 베이비붐 세대가 보호를 필요로 하는 노인으로 진입할 때 지역사회에서의 거주를 위한 다양한 일상생활 지원 서비스에 대한 욕구가 급격히 증가할 것이라고 전망함으로써 향후 재가 중심의 돌봄을 위한 현 제도의 개선이 요구된다.

재가 돌봄을 확대하기 위해서는 우선적으로 재가급여의 양을 확대할 필요가 있다. 현재 1~2등급의 요양필요도가 높은 이용자의 경우 재가급여량의 부족은 시설급여를 선택하게 되는 가장 큰 유인책으로 보인다. 이는 현재 동일 등급자 간의 시설급여 이용자와 재가급여 이용자 간 불평등을 해소하기 위한 방안이다. 따라서 현재 시설급여 이용권이 부여되는 1~2등급의 경우 급여 한도액의 수준을 시설급여 이용 수준으로 증액해야 할 것이다. 또한 현재 재가급여 이용에서의 본인 부담금 비율을 낮추는 방안에 대한 검토를 필요로 한다.

돌봄을 필요로 하는 노인이 재가에서 생활을 유지하기 위해서는 직접적 돌봄서비스 외 다양한 서비스 체계가 통합적으로 이루어져야 할 것이다. 현재 제공되는 직접적 돌봄서비스 외에 이동서비스, 식사서비스 등의 다양한 재가서비스가 제공되어야 할 것이다. 이는 장기요양 등급자 이외의 등급외자의 경우 또한 통합서비스를 통해 요양시설, 요양병원으로의

이동을 늦출 수 있을 것으로 보인다. 지역에서의 통합적 돌봄서비스 제공을 위해서는 현재 제공되고 있는 돌봄 체계 간의 연계와 조정을 필요로 할 것이며, 특히 이 과정에서 지역 단위의 통합적 서비스 제공을 위한 재가노인지원서비스의 역할과 대상의 확대가 요구된다.

돌봄을 필요로 하는 노인이 재가에서 생활하기 위해서는 가족의 돌봄이 함께 이루어지는 경우가 상당수에 있으며, 매우 주요한 역할을 하게 된다. 따라서 현재 제도에서 이루어지고 있는 가족에 대한 지원을 확대할 필요가 있다. 현재 가족에 대한 지원으로는 가족요양비와 가족상담 서비스, 치매가족휴가제도 등의 활성화를 필요로 한다. 또한 가족인 요양보호사⁵⁴⁾ 제도에 대해서도 장기적으로 가족에 대한 지원 방안으로 검토할 필요가 있다.

3. 서비스의 질 향상

전문가 조사 결과 노인 돌봄의 가장 심각한 문제는 ‘낮은 서비스 질’로 나타났다. 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 서비스의 양적 증가는 폭발적으로 이루어졌으나, 서비스의 질은 오히려 전반적으로 하향된 것으로 나타났다. 공식적으로 서비스의 질에 대해 판단할 근거 자료는 기관 평가 자료 이외에는 존재하지 않지만, 간접적인 자료로 시설에서의 노인 학대 증가 사례, 언론 등을 통해서 발표되는 사례 등을 통해 예측할 수 있는 실정이다. 또한 외국과 비교할 때, 서비스를 제공하는 인력의 교육 훈련 과정(시간), 노인요양시설 1인실당 보호 인력 기준 등을 고려할 때 서비스의 질이 높지 않다는 것을 반증한다.

54) 가족인 요양보호사란 방문요양보호사와 수급자가 가족 관계에서 요양 서비스를 제공하는 경우를 말함. 이 경우 1일 60분 또는 90분에 대해서만 급여로 인정하고 있음.

따라서 향후 돌봄 서비스가 공공 서비스로서 자리매김하기 위해서는 일정 수준 이상의 서비스 질 관리는 반드시 필요할 것이다. 이를 위해 노인요양기관 설치에서의 인력 및 시설 기준 상향, 서비스 인력의 교육 훈련 강화, 서비스 제공 기관의 인허가 기준 강화를 통해 서비스의 질 향상을 위한 기반이 마련될 것이다.

서비스의 질 관리를 위해 장기요양기관 평가제도의 질 향상을 위한 유인책 강화, 수시 모니터링 체계를 통한 서비스의 질 향상, 낮은 서비스 질 기관에 대한 퇴출 제도 도입 등을 필요로 할 것이다.

제 6 장

노인의 경제활동 지원 정책: 적절한 일자리

제1절 정책의 발전과정과 개요

제2절 정책의 현황과 진단

제3절 발전 전략



6

노인의 경제활동 지원 정책: << 적절한 일자리

평균수명의 증가, 노후소득 중단, 건강한 노인 증가 등 복합적인 요인에 의해 은퇴자가 아닌 근로자로서 경제활동을 지속하고자 하는 노인이 증가하고 있다. 노년기에도 생산적인 활동에 참여하고자 하는 적극적인 노인 증가와 빈곤으로 인해 경제활동을 해야만 하는 노인이 공존하고 있는 상황에서 노인에게 적절한 일자리를 제공하는 것에 대한 논의가 요구되고 있다. 본 장에서는 노인 경제활동 지원 정책과 관련하여 노인취업지원센터 운영과 노인일자리사업 등의 현황을 살펴보고, 2014년도 노인실태조사 자료를 토대로 노인의 경제활동 참여수요와 특성, 그리고 노인일자리사업 참여노인의 특성을 진단함으로써 향후 노후 경제활동 지원 정책의 방향성을 제시하고자 한다.

제1절 정책의 발전과정과 개요

1. 인구고령화에 따른 고령자⁵⁵⁾ 경제활동 지원 정책

사회경제적 구조 및 노동시장 변화 등으로 인해 생애 주된 일자리에서의 이른 퇴직으로 50대 노동인력이 전직이나 이직을 통한 하향 취업하는 현상이 나타나고 있다. 반면, 급속한 고령화로 노년기의 연장과 이에 따른 충분한 노후소득이 준비되지 못한 상황에서 실질적인 노동시장 은퇴

55) 본 장의 주된 관심 대상은 노인(60세 이상 또는 65세 이상)이지만 노인을 포함한 고령자(55세 이상) 경제활동 지원 정책에 대한 개괄적인 현황을 살펴보고 고령자 경제활동 지원 정책 안에서의 노인 지원 정책의 위상을 파악하고자 함.

연령이 70세를 넘는 등 노인이 되어도 경제활동에서 벗어나지 못하고 있다. 이러한 상황에서 우리나라 중고령자 경제활동지원정책은 고용과 복지로 이원화되어 진행되고 있다.

고용노동부는 경제활동인구에 해당되는 15세에서 65세 미만 인구를 중심으로 고용지원정책을 실시하고 있다. 1991년에 제정되어 이듬해 7월에 시행된 고령자고용촉진법을 기반으로 고령자의 고용안정을 도모하고 고용촉진대책을 수립하여 시행해 왔다. 2013년 고령자고용촉진법이 일부 개정되면서 고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률로 법명이 변경되었고, 정년을 60세 이상으로 정하도록 의무화하는 조항 등이 명시되었다. 이에 근거하여 2016년부터 상시 300명 이상 근로자를 채용하는 사업 또는 사업장, 공공기관, 지방공사, 지방공단을 대상으로 60세 이상 정년 연장이 시행되었다. 그리고 2017년에는 상시 300명 미만의 근로자를 채용하는 곳까지 적용 범위를 확대할 예정이다. 그러나 기존 정책이 인구고령화와 생산력 감소에 적절히 대응하지 못한다는 비판에 따라 2014년 '장년고용종합대책'을 수립하고, 50세 이후 고령자에 대한 고용안정과 재취업이나 창업에 대한 지원을 강화하고 있다. 이들 정책이나 법에서 명시하고 있는 고령자나 장년에는 65세 이상 노인도 포함되나, 실질적으로 노인이 접근하기에는 많은 한계가 있다.

노인의 경제활동과 관련해서는 보건복지부가 주도적으로 정책을 발전시켜 왔다고 할 수 있다. 대한노인회의 전달체계를 활용한 노인취업알선 지원정책과 한국노인인력개발원을 중심으로 지자체와 지역사회 복지기관을 활용한 노인일자리(및 사회활동) 사업을 통해 노인의 공공 및 민간 일자리를 지원해 왔다. 2004년에 도입된 노인일자리사업은 노인의 소득 보충과 사회참여 등에 기여하면서 양적인 확대를 달성해 왔으나 일각에서는 사업의 정체성과 사업 내용의 질적인 측면에 대한 비판이 지속적으

로 제기되어 온 것도 사실이다. 그리고 그간의 노인 경제활동 지원 정책은 인구고령화에 따른 노인의 건강한 고용구조와 근로환경을 조성하기 위한 정책적 노력이 상당히 미흡했다고 평가할 수 있다.

인구구조 변화와 밀접한 관련이 있는 경제활동의 취약계층으로 청년고용, 50대 중년층의 정년연장과 재취업, 그리고 경력단절여성에 대한 지원 등이 고용정책의 주요 관심사가 되고 있으며, 노인의 경제활동은 상대적으로 조명을 받지 못하고 있는 실정이다. 즉, 인구고령화에 따른 노동생산성에 대한 문제를 해결하기 위해 경력단절여성과 50대를 중심으로 하는 중고령층이 핵심 정책 대상이 되고 있으며, 65세 이상 노인의 경제활동은 고령사회에서 경제 활성화나 노동력에 기여하는 생산적인 인구집단으로 간주하기보다는 노인 자신의 부족한 노후소득을 보충하거나 사회참여를 위해 부가적으로 경제활동에 참여할 수 있는 집단이라는 시각에서 정책적인 접근을 하고 있다.

2. 노인의 경제활동 지원 정책의 발전과정

노인 경제활동 지원 정책은 앞서도 기술했듯이 노인의 민간시장 취업 알선을 지원하는 사업과 공공에서 직접적으로 일자리를 만들어 노인에게 제공한 노인일자리사업으로 구분돼 발전되어 왔다.

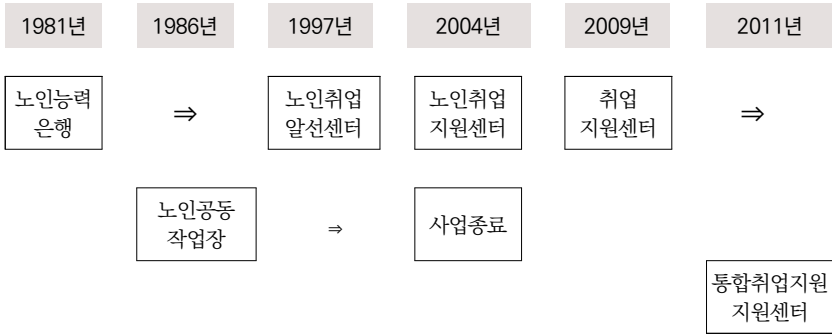
노인의 경제활동을 지원하는 정책은 1981년부터 시작한 대한노인회의 노인능력은행에서 시작되었다. 노인능력은행은 60세 이상 노인이나 정년 퇴직자들에게 취업상담과 일자리 연결을 해 주는 역할을 하였다. 이 당시 노인능력은행이 선정한 일감은 개별 일감으로 도배, 정원 손질, 폐품 수집, 빈집 봐 주기, 매표원, 수위 등이며 경로당에서 20명 내외가 공동으로 작업하는 공동 일감은 비 만들기, 봉투 붙이기, 가마니 짜기 등이 있었다

(경향신문, 1981. 6. 1., 노인능력은행이 생겼다). 그리고 1986년에는 경로당이나 노인복지시설에 노인공동작업장을 설치하여 노인능력은행에서 수행하던 공동 일감 작업을 수행하도록 하였다. 노인능력은행은 1996년 60개로 확대되었으며, 1997년부터는 노인능력은행을 노인취업알선센터로 확대 개편하여 노인취업상담, 취업 알선 및 사후관리를 담당하도록 하였다. 그리고 노인취업알선센터의 기능을 확대하여 2004년에 명칭을 노인취업지원센터로, 2009년에는 취업지원센터로 변경하여 현재까지 유지하고 있다. 또한 2011년부터 통합취업지원센터 3개가 신설된 이후 2015년 기준 24개로 확대되었다.⁵⁶⁾

보건복지부의 예산 지원을 받아 운영되고 있는 대한노인회의 노인취업지원 사업과 관련한 연구나 평가에 대한 연구보고서나 학술논문을 거의 찾아볼 수 없으며, 노인일자리사업에 비해 대한노인회에서 운영하고 있는 취업지원센터에 대한 정책적 혹은 사회적 관심은 낮은 수준이라 할 수 있다. 1980년대 초부터 대한노인회의 취업지원센터가 운영되어 온 만큼 지난 30년 넘게 축적되어 온 노인 취업 관련 노하우를 활용하여 고령사회의 생산가능인구 감소에 대비하여 양질의 노인인력이 민간 노동시장에서 역량을 발휘할 수 있는 기회가 확대되어야 할 것이다.

56) 대한노인회 홈페이지 참조(2016. 10. 26. 인출).

[그림 6-1] 민간 취업지원정책 변화과정



출처: 보건복지부(각 연도), 노인복지사업안내, 대한노인회 홈페이지(<http://www.koreapeople.co.kr>).

2004년에 시작된 노인일자리사업은 노인의 적성과 능력에 맞는 사회적 일자리를 창출·제공함으로써 노인의 보충적 소득보장과 사회참여를 도모하는 목적을 가지고 있으며(보건복지부, 2006),⁵⁷⁾ 정부에서 노인일 자리에 참여한 노인에게 월 20만 원 이내의 인건비를 지급하는 정부재정 지원일자리의 일환이라 할 수 있다.

노인일자리사업은 16대 대선공약 중 177개 핵심 공약의 하나로 선정 되었으며(공약명: 노인 사회적 일자리 50만 개 창출), 관련 공약으로 노인 인력관리센터 설치·운영(핵심 공약), 지역사회시니어클럽 확대(일반 공 약)가 포함되어 있다(한국노인인력개발원, 2008). 보건복지부는 국정 과 제로 선정된 노인일자리사업을 추진하기 위한 세부 계획을 수립하여 2004년 부처 업무보고에 반영하였으며, 이후 국가 장기계획에 노인일자 리사업이 지속적으로 포함돼 추진되어 왔다. 노인일자리사업은 제1차 저 출산·고령사회기본계획(2006~2010)의 세부 추진 과제로 선정되었으며, 노인일자리사업의 안정적 운영을 위해 국가재정운영계획(2006~2010)

57) 보건복지부. 2006. 노인보건복지사업안내. p.29

에 노인일자리사업 예산을 반영하여 지속적인 재정지원의 토대를 구축하였다.⁵⁸⁾ 이후 제2차(2011~2015) 및 제3차(2016~2020) 저출산고령사회기본계획의 고령사회정책의 주요 추진 과제에 포함되어 지속적으로 운영되고 있다.

노인일자리사업은 세부 사업 유형 및 구분이 조금씩 변화되어 왔지만 큰 틀에서는 공공분야 일자리와 민간분야 일자리로 구분되어 발전해 왔다(이인재, 2014). 공공분야 일자리는 사회공헌형 혹은 공익형으로 명명되어 왔던 사회 소외계층 혹은 지역사회에 기여하면서 20만 원(재능나눔 활동의 경우 10만 원 이내)을 받는 일자리로 노인의 급여와 사업비는 국비와 지방자치단체 예산을 통해 전액 지원하는 방식으로 운영된다. 민간 시장 일자리는 시장에서 자립 가능한 일자리를 지향하면서 20만 원 이상의 근로소득을 창출하고자 하는 시장형(인력파견형, 공동작업형, 제조판매형 등)으로 참여노인의 급여나 사업비의 일부 혹은 전액을 노인 파견처나 매출에서 부담하는 유형이라 할 수 있다(이인재, 2014). 중앙정부의 노인 경제활동지원정책으로 노인일자리사업 이외에도 시니어인턴십과 고령자친화기업에 대한 지원을 수행하고 있으며, 2016년도부터는 시니어인턴십과 고령자친화기업 사업이 노인일자리 시장형에 포함되어 운영되고 있다.

58) 본 단락의 주요 내용은 '한국노인인력개발원(2008). 제1기(2004-2007) 노인일자리사업 백서. pp.53-54의 내용을 참조함.

[그림 6-2] 노인일자리사업 내용의 변화과정



주: 1) 취창업형에는 인력파견형, 공동작업형, 제조판매형, 고령자친화기업, 시니어인터십이 포함됨.
 2) 시장형은 시장형 사업단, 인력파견형 사업단, 시니어인터십, 고령자친화기업으로 구분됨.
 자료: 한국인력개발원(2008). 제1기 노인일자리 백서. 보건복지부(각 연도). 노인보건복지사업안내.

2004년 노인일자리사업이 도입된 이후 노인일자리사업의 정체성 즉, 노인일자리사업이 일자리(노동)인가, 자원봉사(혹은 시민서비스)인가에 대한 논란이 계속되어 왔다. 먼저 노인일자리사업이 ‘일자리’인가, 일자리라면 참여노인은 근로자인가, 그리고 근로자에 해당된다면 노동법이나 사회보장 관련 법률의 적용은 어떠해야 하나 등에 대한 논의를 살펴보고자 한다. 노인일자리사업이 정책적으로 노후소득보장의 한 방안으로 도입되고, 노인일자리사업이 취약계층 대상 정부의 직접 일자리 정책에 포함되면서 노인빈곤 대책인 동시에 노인고용 정책의 특성을 갖게 되었다. 즉 말 그대로 ‘일자리’ 정책으로 추진되어 왔다고 할 수 있다. 그러나 노

인일자리의 사업 내용이나 급여수준은 일반적으로 통용되는 근로나 임금으로 보기 어렵다는 지적이 사업 도입 초기부터 있었다. 이렇게 다소 모호한 상태로 사업이 진행되어 오다가 사회보험 전산 통합이 돼 사업수행기관에서 고용보험료(고용안정 및 직업능력개발사업 보험료)를 납부해야 하는 상황에 직면하면서 노인일자리 참여노인의 근로자성에 대한 문제가 표면 위로 드러나게 되었다(지은정, 2015, p.91). 사업 도입 초기에는 노인일자리 참여노인의 활동 중 사고나 재해에 대한 보험으로 상해보험을 가입하도록 하였으나 연령 상한선, 과실에 따른 보상 범위의 차등 등의 제약으로 인해 2005년부터는 산재보험에 가입하도록 의무화하였다(지은정, 2015, p.91). 그러나 고용보험에서는 참여노인이 산재보험에 가입하고 있다는 사실 자체가 참여노인을 ‘근로자’로 규정하고 있는 것으로 해석하여 고용보험료를 납부하도록 한 것이다.

노인일자리사업 참여자의 근로자성에 대한 관련 부처의 행정 지침이 없는 상황에서 노동(관계)법 등을 기준으로 노인일자리사업 참여노인의 근로자성을 엄격하게 판단한다면 노인일자리 참여노인이 근로기준법 등의 적용을 받는 ‘근로자’로 인정될 가능성이 높은 것으로 보고되고 있다(서정희 등, 2013; 박윤섭, 2014; 지은정, 2015).⁵⁹⁾ 그에 대한 정책적 대응 방안으로 노인일자리 참여노인을 근로자로 인정하고 이에 맞는 사회

59) 서정희 등(2013)의 연구에서는 대법원의 사용종속관계 틀을 근거로 노인일자리사업 참여자의 근로자성을 분석한 결과, 지휘명령성 요소와 임금성 요소를 충족시키고 있어 근로자로서의 위치가 인정된다고 하였다. 박윤섭(2014, p.201)은 기존 연구의 ‘근로자성’ 해석과 대법원 판례 등 실무 적용 기준을 고려할 경우 ‘근로기준법’ 등의 적용을 받는 ‘근로자’로 분류될 가능성이 큰 것으로 보고하고 있다. 지은정(2015)의 연구에서는 4대 사회보험법에서 제시하고 있는 ‘근로자’의 기준을 종합적으로 검토한 결과, 산재보험과 국민건강보험의 경우 노인일자리사업 참여노인의 근로자성이 인정되며, 고용보험의 경우에는 소정 근로시간 60시간 미만인 근로자라도 “생업”을 목적으로 3개월 이상 계속하여 근로를 제공하는 경우 “생계유지형”으로 분류되어 고용보험에 가입하도록 되어 있는 것으로 나타났다. 여기에서 “생업”을 목적으로 근로를 제공하는지가 쟁점이 되고 있으며, 노인일자리 참여노인의 절반 이상이 ‘생계비 마련’을 위한 사업에 참여하지만 월 20만원으로는 생계가 보장되지 않기 때문에 생업으로 보기 어렵다는 견해를 제시하고 있다.

적 보호장치를 마련해야 한다는 의견이 있는 반면(서정희 등, 2013, pp.123-124), 노동관계법령의 내용을 취약계층을 대상으로 하는 사회복지사업에 일관되게 적용하는 것에 대한 우려와 사용자인 사회복지기관에서 감당해야 하는 행정적, 재정적 부담에 대한 대응 마련의 필요성을 제기하거나(박윤섭, 2014, p.218), 미국이나 일본의 유사 정책처럼 노인 일자리사업을 노동(관계)법의 적용 제외로 규정하는 방안(지은정, 2015, p.119) 등이 제시되고 있다.

두 번째로 노인일자리사업의 사회활동이 자원봉사와 어떠한 차별성이 있는가에 대한 논의이다. 지은정 등(2012)의 연구에서는 노인일자리사업 내용이 자원봉사활동과 유사하고, 노인일자리사업의 급여수준이 낮아 다른 유급 자원봉사와의 차별성이 적어 노인일자리사업과 자원봉사가 유사성을 갖는다고 하였다. 실제로 노인일자리사업의 공익활동이나 재능나눔 활동 내용은 일반 시민에 의해 자원봉사 형태로 진행될 수 있는 활동들이라 할 수 있다. 그리고 유사한 활동을 하지만 어느 사업에 참여하느냐에 따라 경제적 보상이 다르고, 이로 인해 순수한 무급 자원봉사활동을 위축시킨다는 비판을 받아 왔다(남기철, 2011, 2012; 지은정, 2012 재인용 pp.34-38). 그러나 노인일자리사업 중단 이후 자원봉사활동으로 이어지는 노인 비중이 매년 증가하고 있으며(2008년 3.9% → 2011년 10.5%), 노인일자리사업 참여노인과 자원봉사 참여노인 간의 인구사회학적 특성 차이로 인해 노인일자리사업과 노인자원봉사활동 간의 부정적인 연관성을 찾기 어렵다고 제시하고 있다(지은정 등, 2012). 2016년부터 공익활동이나 재능나눔활동을 '자원봉사' 활동으로 규정하고 있으나 활동 참여 동기, 참여자의 인구사회학적 특성, 운영 방식 등이 기존의 자원봉사활동과는 차이가 있다는 점에서 전통적인 자원봉사활동 안에서 노인일자리사업의 사회활동이 어떠한 위치를 차지할 수 있는지에 대한 체계적인 검토

와 논의가 이루어져야 할 것이다.

이상과 같이 노인일자리사업이 근로인가 혹은 자원봉사인가 등과 같은 정체성에 대한 문제 제기가 끊이지 않는 것은 제도 도입 초기부터 자원봉사 성격의 사업 내용에 ‘일자리’라는 사업 명칭을 부여하여 시작하였으며, 이후 일자리 성격에 맞는 사업을 확대시키지 못하고 자원봉사와 유사한 사회공헌형 혹은 공익형 활동에 치중해 왔기 때문으로 설명 가능하다.

이와 같이 노인일자리에 참여하는 노인의 근로자성에 대한 지속적인 문제 제기로 2015년에는 노인일자리사업 명칭을 ‘노인 사회활동 지원사업’으로 변경하였다가 2016년에는 노인일자리사업 명칭을 ‘노인일자리 및 사회활동 지원사업’으로 재변경하였다. 이러한 과정에서 근로자성을 기준으로 공익을 목적으로 하는 활동은 사회활동으로, 소득이나 근로를 목적으로 하는 유형은 근로활동으로 구분하여 운영하도록 하였다. 그리고 사업 명칭의 변경과 함께 노인일자리사업의 목적도 일부 수정된 것을 볼 수 있다. 사업 도입 초기의 목적은 “노인의 능력과 적성에 맞는 사회적 일자리를 창출·제공함으로써 노인의 보충적 소득보장 및 사회참여 확대를 도모하였으나 2015년부터는 ‘노인이 활기차고 건강한 노후생활을 영위할 수 있도록 다양한 사회활동을 지원하여 노인복지 향상에 기여’하는 것으로 변경되었다. 즉, 보충적 소득보장의 기능을 없애고 사회참여의 기능만을 유지하는 사업으로 바뀌었다고 할 수 있다.

〈표 6-1〉 2016년 노인일자리 및 사회활동 지원 사업 내용

구분	유형	활동 성격	보험 가입
노인 사회활동	공익활동 재능나눔활동	자원봉사	상해 보험
노인일자리	시장형(취창업)	근로	사회보험

자료: 1) 보건복지부(2016d). 2016년 노인일자리 및 사회활동 지원 사업 운영 안내.

2) 보건복지부(2016e). 2016년도 노인 재능나눔활동 운영 안내.

지난 10여 년간 노인일자리사업을 포함한 노인 경제활동지원정책은 장기요양서비스와 함께 노인복지서비스의 대표적인 사업으로 자리매김 하였다. 그러나 그동안은 주로 저소득 노인의 소득보충 및 일자리 지원 정책으로 양적 확대에 주력해 왔다고 평가할 수 있다. 이와 함께 노인을 경제활동의 주변인으로 간주하여 저임금의 단순노무직종에서 일하는 것이 당연하게 여김으로써 노인에게 적합한 직종이나 근로환경으로 재구조화하기 위한 노력은 상당히 미진했다. 향후 10년은 중장기적 관점에서 인구고령화와 노동시장의 변화에 발맞춰 노인일자리사업의 정체성을 명확히 하고, 노인일자리사업뿐만 아니라 노인의 경제활동지원정책 전반에 관한 청사진을 마련할 필요가 있다.

3. 노인 경제활동 지원 정책 개요

가. 대한노인회 취업지원센터⁶⁰⁾

대한노인회 취업지원센터는 1981년 3월 노인능력은행 설립 및 운영에서 시작되었으며, 1997년 노인취업알선센터로 명칭을 바꾸고 전국 70개로 확대되었다. 2004년에는 전국에 248개의 취업지원센터를 발족해 현재까지 운영 중이다.

대한노인회 취업지원센터는 취업지원본부, 광역 취업지원센터, 지회 취업지원센터로 구성되어 운영되고 있다. 취업지원본부는 대한노인회 취업지원사업을 총괄 및 조정하는 역할을 수행하며, 광역 취업지원센터는 시도 단위의 노인 취업지원사업 실행계획 수립과 시행을 담당하고, 관할 지회 센터의 업무를 지원하고, 노인 교육 및 훈련 등의 역할을 하고 있다.

60) 대한노인회 취업지원센터 홈페이지(www.k60.co.kr) 내용 참고(2016. 5. 27).

지회 취업지원센터는 직접적으로 노인 취업 상담, 알선, 취업 등을 담당하고, 노인인력 수요업체 발굴 및 관리, 취업자 사후관리 및 재취업 연계 등의 사업을 수행하고 있다.

〈표 6-2〉 노인취업지원센터 사업 수행 체계 및 역할

구분	역할
취업지원본부	- 대한노인회 취업 지원 사업 총괄, 조정 - 취업지원센터 지도, 감독, 평가 - 취업지원센터 직원 교육 및 훈련, 홍보 등
광역 취업지원센터	- 시도 단위 노인 취업 지원 사업 실행 계획 수립 및 시행 - 관할 지회 센터 업무 지원, 지도, 감독 - 관할 지회 센터 간 연계, 조정, 사업 평가, 관리 - 광역 단위 취업 전 노인 교육 및 훈련 - 노인 취업 상담, 알선, 취업
지회 취업지원센터	- 노인 취업 상담, 알선, 취업 - 노인 인력 수요 업체 발굴 및 관리 - 취업자 사후 관리 및 재취업 연계

자료: 대한노인회 취업지원센터 홈페이지(www.k60.co.kr) 내용 참고(2016. 5. 27., 2016. 9. 22. 인출).

대한노인회 취업지원센터 이용 대상은 65세 이상 취업 희망 노인이지만 일자리에 따라 60세 이상도 이용 가능하다. 노인들이 주로 취업하는 직종은 수위·경비직(아파트, 건물, 주차장, 공원 등에서의 수위·경비), 노무직(청소원, 농어촌 인력파견, 실버택배, 식당 등), 행정사무직(검침원, 사무보조원, 시험감독관 등), 전문기능직(교육 및 강사직, 현장사무직, 현장관리직 등), 공동작업장 등으로 구분하고 있다.

대한노인회 취업지원센터의 취업 통계를 보면 최근 3년간 2만 명 이상의 노인이 취업지원센터를 통해 취업한 것으로 보고되고 있다.⁶¹⁾ 2015

61) 2013년 21,139명, 2014년 22,093명, 2015년 22,785명(대한노인회 취업지원센터 홈페이지, 2016. 5. 27.).

년도 취업 알선 및 취업 현황을 보면 취업 알선 명수는 51,472명이었으며 실제 취업 명수는 22,785명으로 취업 알선 대비 취업률은 44.3%로 나타났다. 취업 알선이나 취업자 수는 65~69세 연령대에서 많았으며, 60~64세 연령대에서는 상대적으로 취업 알선이나 취업자 수가 적은 것으로 나타났다. 이는 대한노인회 취업지원센터 주 이용 계층이 65세 이상 노인으로 65세 미만 중고령자는 고용노동부의 고용지원센터나 개인의 네트워크를 활용하여 구직활동을 하는 것으로 해석할 수 있다.

〈표 6-3〉 대한노인회 취업지원센터 2015년 연령별 알선 및 취업 현황

(단위: 명, %)

구분	60~64세	65~69세	70세 이상	계
취업 알선	15,754(30.6)	20,252(39.3)	15,466(30.0)	51,472(100.0)
취업	6,392(28.1)	8,641(37.9)	7,752(34.0)	22,785(100.0)
취업 알선 대비 취업률	40.6	42.7	50.1	44.3

자료: 대한노인회 취업지원센터 홈페이지(www.k60.co.kr) 내용 참고(2016. 5. 27. 인출).

2015년 기준 대한노인회 취업지원센터에서 취업한 노인의 일자리 특성을 살펴보면 청소(28.1%), 경비(27.7%), 현장관리직(11.3%), 생산작업(11.2%) 등의 순으로 취업률이 높은 것으로 나타났다. 60대의 경우 경비와 청소 관련 일에 취업되는 비중이 절대적으로 높은 반면, 70대 이상에서는 청소, 경비, 현장관리, 생산작업 등으로 취업 영역이 확장되는 것을 볼 수 있으며 택배, 농어촌인력 참여자도 60대에 비해 높았다.

남자의 50%가량은 경비직으로 취업하였으며, 다음으로 현장관리직, 청소, 생산작업 분야에 취업하는 비중이 높은 것으로 나타났다. 반면, 여자는 청소직 취업률이 50% 가까이 되었으며 다음으로 생산작업, 농어촌인력 등에 취업하는 것을 볼 수 있다.

〈표 6-4〉 대한노인회 취업지원센터 2015년 직종별, 연령별 취업 현황

(단위: 명)

구분	계	연령대			성별	
		60-64	65-69	70+	남	여
계	22,416 (100.0)	6,340 (28.3)	8,535 (38.1)	7,541 (33.6)	13,217 (59.0)	9,206 (41.0)
행정 사무직	79(0.4)	37	23	19	59	20
현장 관리직	2,540(11.3)	545	761	1,234	2,008	532
주유원	102(0.5)	43	36	23	100	2
문화예술 방송	49(0.2)	16	19	14	13	36
운전·운송	330(1.5)	120	144	66	322	8
택배	306(1.4)	10	100	196	273	33
영업, 판매	70(0.3)	36	22	12	48	22
경비	6,201(27.7)	2,040	2,739	1,422	6,138	63
청소	6,301(28.1)	2,037	2,762	1,502	1,853	4,448
식당·서비스	431(1.9)	214	131	86	42	389
가사 도우미	195(0.9)	78	85	32	11	184
기계, 건설	489(2.2)	145	135	209	350	139
생산 작업	2,503(11.2)	433	721	1,349	1,008	1,495
농어촌 인력	1,202(5.4)	285	361	556	193	1,009
교육·강사	77(0.3)	23	18	36	46	29
산림	334(1.5)	63	123	148	219	115
골프장	518(2.3)	121	192	205	229	289
기타	143(0.6)	53	53	37	60	83
특성화 사업	546(2.4)	41	110	395	245	310

출처: 대한노인회 취업지원센터 홈페이지(www.k60.co.kr) 내용 참고(2016. 5. 27. 인출).

나. 노인일자리 지원 사업

노인일자리사업은 노인복지법(제23조)과 저출산고령사회기본법(제11조, 제14조)에 근거하여 운영되고 있다. 노인일자리사업은 65세 이상 취업 희망 노인을 대상으로 하지만 사업 내용에 따라 60세 이상 노인도 참여 가능하다. 공익활동 참여자의 자격 요건은 만 65세 이상 기초연금수급자이지만 시장형 사업단과 인력파견형 사업단은 만 60세 이상 자로서 사업 특성에 적합한 노인이면 참여할 수 있다. 선정 기준은 모든 신청자에 대한 개별 상담을 통해 ‘참여자 선발기준표’를 기반으로 경력(전문성), 세대주 형태(노인독신가구, 경제무능력자 동거노인가구, 노인부부가구 등), 적극성, 수행능력 등을 평가하여 고득점자순으로 선정하고 있다.

노인일자리사업은 생활비 혹은 용돈이 필요하지만 노동시장에서 고용 가능성이 낮은 노인이 참여한다고 할 수 있다. 노인일자리사업 참여자 선발 기준을 보면 노인일자리 참여자의 약 90%(2015년 기준)에 해당되는 공익활동 참여자 주요 기준은 만 65세 이상이면서 기초연금수급권자로 제한되어 있으며, 선발 기준에서도 소득수준이 낮을수록 배점을 높게 부여하고 있어 저소득 노인일수록 노인일자리 참여 가능성이 높은 것을 볼 수 있다. 그리고 노인독신가구 및 경제무능력자와 동거하는 노인가구를 우선적으로 선발하며, 건강상태가 좋을수록 노인일자리사업 참여 가능성이 높다.

시장형의 경우 사업별 특성에 부합하는 자를 우선적으로 선발하기 때문에 유사 자격증 소지자나 관련 분야 종사자에 대한 배점을 높게 부여하고 있으며, 공익형과 마찬가지로 노인독신가구 및 경제무능력자와 동거하는 노인가구를 우선적으로 선발하며, 담당자와의 면담을 통해 신청 노인의 적극성과 근로 의지, 건강 등 업무수행능력 등을 판단하여 선발하게 된다.

〈표 6-5〉 노인일자리 및 사회활동 참여자 선발기준표(2016년 기준)

구분	선발 기준
사회활동 (공익활동, 재능나눔 활동)	* (자격) 만 65세 이상 기초연금수급자 가. 소득인정액: 소득인정액이 낮을수록 고득점 나. 세대주 형태(주민등록등본기준): 노인독신가구 및 경제무능력자 동거 노인가구(15점), 노인부부가구(10점), 가족동거가구(0점) 다. 참여 경력: 신규 참여자 가점 라. 건강상태: 하지근력, 균형감각, 청력, 의사전달수준이 높을수록 고득점
시장형	* (자격) 만 60세 이상 사업특성 적합자 가. 경력: 관련 유사 자격증 소지자(40점), 관련 분야 종사자(20점) 나. 세대주 형태(주민등록등본기준): 노인독신가구 및 경제무능력자 동거 노인가구(15점), 노인부부가구(10점), 가족동거가구(0점) 다. 종합 의견: 적극성(10점), 근로 의지 및 수행능력(20점)

출처: 보건복지부(2016). 2016년 노인일자리 및 사회활동 지원사업 운영안내. 서식1-18호(공익활동), 서식1-24호(시장형사업단) 요약.

노인일자리사업 참여노인과 노동시장에서 임시일용직 근로노인의 특성을 비교 분석하였다. 노인일자리 참여노인은 시장에서의 임시·일용직 근로자뿐만 아니라 전체 취업노인에 비해 여자 비중이 월등히 높으며, 70세 이상 참여노인 비중이 80%에 이르는 것을 볼 수 있다. 이는 노인일자리사업과 유사한 종사상 지위인 임시·일용직 근로자의 62.1%가 65~69세인 것과는 상당한 차이가 있다. 또한 독거노인 비중이 상대적으로 높으며, 주관적 건강수준은 전체 취업노인 평균보다 낮은 수준이었으며, 가구 균등화 소득도 임시·일용직 및 전체 취업노인보다 월등히 낮은 것으로 분석되었다. 즉, 노인일자리 참여자는 여자, 고령, 저소득, 불건강, 독거노인 등 고용 가능성이 낮은 사회경제적으로 취약한 계층에 있는 노인의 참여율이 높은 것으로 나타났다.

〈표 6-6〉 노인일자리사업 참여노인 일반적 특성 비교

(단위: %, 명, 만원)

구분	노인일자리 참여자	임시·일용직 근로자	전체 근로노인
전체(명)	100.0(428)	100.0(605)	100.0(2,970)
성별			
남자	30.7	59.6	54.2
여자	69.3	40.4	45.8
연령대			
65-69	19.9	62.1	43.5
70-74	36.7	26.8	29.7
75+	43.5	11.1	26.8
(평균 연령)	(73.7)	(69.3)	(71.5)
교육수준			
글자모름	8.7	5.3	7.4
글자해독	24.6	15.9	19.1
초등학교	40.5	34.2	36.0
중학교	11.7	18.7	15.4
고등학교	13.1	19.5	15.7
전문대 이상	1.4	6.4	6.4
가구형태			
노인독거	34.9	19.7	18.7
노인부부	42.6	47.3	53.6
자녀동거	19.0	26.6	23.6
기타	3.5	6.4	4.5
주관적 건강(5점 만점)	2.97(92)	3.26(91)	3.11(95)
균등화 가구소득	936.7(632.4)	1650.5(893.1)	1618.5(1601.6)
지역			
동부	81.5	83.3	63.1
읍면부	18.5	16.7	36.9

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

선발 기준에서는 독거노인 및 저소득 노인에게 우선권을 부여하고 있어 이들 계층 노인의 참여율이 높다고 할 수 있다. 건강수준에서는 건강한 노인일수록 선발 가능성이 높지만, 실제 노인일자리 참여노인의 주관적 건강상태는 다른 임시·일용직 근로자나 전체 근로노인에 비해 낮은 것을 볼 수 있다. 이는 여자와 고령 노인의 사업 참여도가 높은 것과 관련이 있으며, 노인일자리 참여자는 민간 시장에서 고용 가능성이 있는 노인보다

는 민간 시장 취업 가능성이 낮은 노인을 중심으로 신청하게 되므로 여자, 고령, 건강하지 못한 노인 비중이 높다고 할 수 있다.

2016년 노인일자리사업 내용을 살펴보면(보건복지부, 2016),⁶²⁾ 시장형 사업단은 노인에게 적합한 업종 중 소규모 매장, 전문 직종 사업단 등을 공동으로 운영하면서 일자리를 창출하는 사업으로 공동작업형, 제조판매형, 전문서비스형으로 구분된다. 그리고 일정 기간 사업비 또는 참여자 인건비를 일부 지원하고 추가 사업소득으로 연중 운영하는 일자리이다. 인력파견형 사업단은 수요처의 요구에 의해서 일정 교육을 수료하거나 관련 업무능력을 갖춘 자를 수요처에 파견하여 근무기간 동안 일정 임금을 지급받을 수 있는 일자리이다. 이로 인해 시장형 및 인력파견형 사업 운영 기간은 연중(12개월)으로 참여 기간이 9개월인 일부 공익활동과는 차이가 있다.

〈표 6-7〉 시장형 및 인력파견형 사업의 세부내용

구분		세부사업
시장형 사업단	공동작업형	공동작업장 운영사업, 지역영농사업, 기타 공동작업형 사업
	제조판매형	식품제조 및 판매 사업, 공산품 제작 및 판매, 매장운영, 아파트 택배, 지하철 택배, 세차 및 세탁, 기타
	전문서비스형	노인일자리 및 사회활동지원 모니터링, 주정차 질서 계도, 초등학교 급식도우미, CCTV 상시관제, 스쿨존 교통지원, 폐현수막 재활용, 자전거 보관관리 및 수리지원, 기타
인력파견형 사업단		주유소, 경비원, 시험관 감독 등

출처: 보건복지부(2016). 2016년 노인일자리 및 사회활동 지원사업 운영안내.

62) 보건복지부(2016). 2016년 노인일자리 및 사회활동 지원사업 운영안내.

지난 10년간 노인일자리사업 중 공익 성격의 활동(기존 일자리)과 노인일자리 참여자 변화를 살펴보면, 2005년 민간 노인일자리사업 참여노인 비중은 전체 노인일자리사업 대비 9.6%였으며, 2015년에는 10.4%로 소폭 증가하였다.

〈표 6-8〉 사회활동 및 민간 일자리 참여노인 비중 변화

(단위: 명, %)

구분	2005 ¹⁾	2010 ²⁾	2015 ³⁾
사회활동(공익형, 재능나눔 등 포함)	42,745(90.4)	195,798(88.0)	345,987(89.6)
일자리(근로)	4,564(9.6)	26,818(12.0)	39,976(10.4)
계	47,309(100.0)	222,616(100.0)	385,963(100.0)

출처: 1) 보건복지부(2006). 2006년 노인보건복지사업안내.

2) 한국노인인력개발원(2011). 2010 노인일자리 통계 동향.

3) 한국노인인력개발원(2016). 2015 노인일자리 통계 동향.

노인일자리사업은 중앙정부와 지자체의 예산으로 운영되며, 중앙정부의 국고보조금은 50%이지만 서울특별시는 30%를 지원하고 있다. 민간 노인일자리사업 예산만을 별도로 산출하기 어려워 전체 노인복지 예산 중에서 노인일자리(사회활동 및 민간일자리 포함)사업 예산 변화를 분석하였다. 노인일자리사업은 2005년에 전체 노인복지 예산의 5.7%에 불과하였으나 2015년에는 전체 노인복지 예산의 27.1%를 차지해 노인복지에서 노인일자리사업의 중요성과 필요성이 지속적으로 확대되어 온 것을 볼 수 있다.

〈표 6-9〉 노인복지예산 및 노인일자리사업 예산

(단위: 백만 원, %)

구분	2005 ¹⁾	2010 ²⁾	2015 ³⁾
노인복지 전체	352,068	792,691	1,268,772
노인일자리사업	20,090	151,640	344,247
노인복지예산 대비 노인일자리사업예산 비중(%)	5.7	19.1	27.1

주: 노인복지 전체 예산은 보건복지부 노인정책관실 소관 전체 예산을 의미함.

출처: 1) 보건복지부(2006). 2006년 노인보건복지사업안내.

2) 보건복지부(2011). 2011년 노인보건복지사업안내.

3) 보건복지부(2016). 2016년 노인보건복지사업안내.

다. 고령자친화기업⁶³⁾

고령자친화기업은 고령자 적합 직종을 개발하여 기업설립을 지원함으로써 시장경쟁력과 지속성을 갖춘 노인일자리를 창출하는 사업으로 만 60세 이상 고령자가 경쟁력을 가질 수 있는 적합한 직종에서 다수의 고령자를 고용하여(최소 30명) 운영할 기업의 설립과 운영을 지원하고 있다.

고령자친화기업의 선정 기준은 1) 노인 참여적합성 및 노인 고용 비율 2) 시장 및 수요의 지속 및 확대 가능성 3) 일자리 및 소득창출 효과 4) 대응투자 규모 등이 있으며, 일반 공모를 통해 컨설팅, 심사 등의 과정을 거쳐 최종 선정된다.

사업 유형은 시장형사업단 발전형, 모기업연계형, 그리고 시니어직능형으로 구분된다. 시장형사업단 발전형은 성과가 우수한 시장형사업단이 자립하여 사업을 운영하는 형태이며, 모기업연계형은 모기업의 자원을 연계하여 사업을 운영하는 유형이며, 시니어직능형은 퇴직 노인의 숙련된 기술과 전문지식을 활용하여 사업을 운영하는 형태이다.

63) 한국노인인력개발원 홈페이지(www.kordi.go.kr, 2016. 5. 31.) 참고.

정부의 지원 내용을 보면 설립 단계에서 사업당 최대 3억 원 이내(직능형은 최대 8천만 원 이내) 지원이 있으며, 운영 단계에서는 사업의 지속 가능성을 위한 경영, 교육, 홍보 지원을 하고 있다.

고령자친화기업 지정 현황을 보면 2011년에 9개 지정을 시작으로 2012년 15개, 2013년 20개, 2014년 21개를 지정하였으며 2014년 12월 말 현재 총 44개의 고령자친화기업이 운영되고 있다. 매년 고령자친화기업을 지정함으로써 창출되는 60세 이상 고령자 일자리는 2011년 913개에서 2012년 1126개, 2013년 1118개, 그리고 2015년 716개다.

〈표 6-10〉 고령자친화기업 사업추진 실적

(기준: 2015. 12. 31.)

구분	지원 예산 (천 원)	대응투자 (천 원)	기업 수	목표 일자리	60세 이상 창출 실적
2011	1,750,000	1,740,000	9	700	913
2012	3,375,000	3,630,000	15	750	1,126
2013	5,000,000	5,120,000	20	1,000	1,118
2014	5,538,000	5,538,000	21	1,000	721
2015	5,678,500	4,143,917	21	1,250	716

자료: 한국노인인력개발원(2016). 2015 노인일자리사업 통계. p.80.

고령자친화기업에 근무하고 있는 60세 이상 근로자의 월평균 소득은 2011년 743,117원에서 2014년 791,934만 원으로 다소 증가하고 있으며 평균 재직 기간은 2011년 87.7일에 불과하였으나 2014년에는 143.5일, 2015년 192.8일로 증가하였다.

〈표 6-11〉 고령자친화기업 근로자 현황

(기준: 2015. 12. 31.)

구분	기업 수	1인당	
		월평균 소득(원)	평균재직기간(일)
2011	9	743,117	87.7
2012	15	724,038	97.9
2013	20	732,585	123.9
2014	21	791,934	143.5
2015	21	879,520	192.8

자료: 한국노인인력개발원(2016). 2015 노인일자리사업 통계. p.80.

라. 시니어인턴십⁶⁴⁾

시니어인턴십은 만 60세 이상 노인에게 일할 기회를 제공함으로써 노인의 직업능력 강화와 재취업 기회를 제공하는 사업으로 기존의 인력과 견형이나 취업 알선과의 가장 큰 차이점은 사업장에 곧바로 투입하기보다는 3개월에서 6개월간 새로운 직종과 사업장에 적응하고 훈련받을 시간적 기회를 준다는 것이다.

만 60세 이상 노인을 고용할 의사가 있는 4대보험 가입 사업자 중 근로자 보호 규정을 준수하는 상시근로자 1인 이상 사업장 및 비영리민간단체 등이 참여 가능하다. 그리고 시니어인턴십에 참여 가능한 노인은 만 60세 이상으로 인턴십 참여신청서를 제출하고 개발원 및 운영기관에서 진행되는 교육을 이수한 노인을 대상으로 한다. 단, 노인일자리사업 등 정부재정지원 일자리사업에 참여 중인 노인이나 인턴십 참여 직전 3개월 이내 해당 기업에 취업한 사실이 있는 노인 등은 인턴십 지원 대상에서 제외된다.

64) 한국노인인력개발원 홈페이지(www.kordi.go.kr에서 2016. 5. 31. 인출). '보건복지부·한국노인인력개발원(2016). 2016년도 시니어인턴십 사업 운영지침' 참고.

시니어인턴십 사업 유형별 지원 내용은 다음과 같다. 인턴형은 근로기준법상 근로자로서 3개월간 단기계약직 근로자의 지위를 가지며, 1인당 약정금액의 50%(최대 45만 원)를 6개월간 지원한다. 연수형은 연수생의 지위로 상해보험에 가입되며 1인당 월 30만 원을 3개월간 지원받게 된다.

〈표 6-12〉 시니어인턴십 사업 유형별 지원현황

구분		인턴형	연수형
참여 기업	기업지원금	참여노인 1인당 최대 6개월, 약정 월 급여의 50%(최대 45만원)	참여노인 1인당 최대 3개월, 월 30만원
	채용성과금	인턴 종료 후 계속고용계약(9개월 이상) 체결시 최대 3개월간 약정 월급여의 50% 추가 지원(최대 45만원)	없음
운영 기관	위탁운영비	참여노인 1인당 최대 3개월, 최대 30만원	참여노인 1인당 최대 3개월, 최대 10만원
	채용성공보수	참여노인 1인당 5만원 (계속고용계약 9개월 이상 체결시)	참여노인 1인당 3만원 (계속고용계약 3개월 이상 체결시)

시니어인턴십 사업은 보건복지부, 한국노인인력개발원, 운영기관, 참여기업 등을 통해 운영된다. 보건복지부에서 사업계획을 수립하여 공고하며 한국노인인력개발원은 공모·심사를 거쳐 인턴십 사업을 운영할 기관을 선정하여 사업 운영에 관한 업무 위탁, 지도, 관리를 하고 있다. 운영 기관은 참여 기업(노인에게 직무훈련 및 채용 기회를 제공하는 기업)을 관리하고 참여노인에 대한 모집, 배치, 사후관리 등을 수행하게 된다.

시니어인턴십 참여 누적자는 2014년 12월 말 현재 5,103명이며 시니어인턴십 참여 완료율은 86.4%인 것으로 나타났다. 시니어인턴십 참여노인의 1인당 월평균 소득은 794,537원으로 2013년 813,079원에 비해 낮아진 것으로 나타났다.

〈표 6-13〉 시니어인턴십 사업추진 실적

(기준: 2015. 12. 31.)

구분	목표 일자리	누적 참여자	목표 달성률	참여 완료자	참여 완료율	1인당 월평균 소득(원)
2011	3,000	3,729	124.3	2,947	79.0	645,142
2012	3,550	3,612	145.0	2,622	72.6	860,646
2013	46,000	45,000	97.8	3,956	87.9	813,079
2014	5,000	5,103	102.1	4,410	86.4	794,537
2015	5,900	6,176	104.7	5,282	85.5	873,086

자료: 한국노인인력개발원(2016). 2015 노인일자리사업 통계. p.75.

시니어인턴십 참여자는 남자 49.3%, 여자 50.7%로 성별의 차이는 크지 않으며, 평균연령은 66.4세로 나타났다. 연령대별로는 60~65세 미만 이 40.7%로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 65~70세 미만 35.0%, 70세 이상 24.3%이다.

〈표 6-14〉 시니어인턴십 참여자 성별 및 연령대

(기준: 2014. 12. 31. 단위: 명, %)

계	성별		연령대			평균연령
	남자	여자	60~65세 미만	65~70세 미만	70세 이상	
5,103	2,517 (49.3)	2,586 (50.7)	2,076 (40.7)	1,788 (35.0)	1,239 (24.3)	66.4세

주: 2015년 노인일자리사업 통계 보고서에는 시니어인턴십 참여자의 연령대에 대한 통계자료가 없어 2014년 자료를 제시함.

자료: 한국노인인력개발원(2015). 2014 노인일자리사업 통계. pp.57-58.

제2절 정책의 현황과 진단

1. 노인일자리사업 진단

가. 공급의 충분성

2014년 노인실태조사에 의하면 노인일자리 참여율은 전체 노인 대비 4.3%이지만 앞으로 노인일자리사업에 참여할 의향이 있는 노인은 18.2%로 노인일자리사업에 대한 수요는 현재 공급량에 비해 약 4배 이상 많다. 이와 같은 현재 노인일자리사업 참여자와 노인일자리사업 참여희망자 간의 특성을 비교해 보면, 노인일자리사업 참여희망자는 현재 참여자에 비해 남자 비중이 높고, 65~69세 연령군의 비중이 높고(65~69세 참여율 19.9%, 참여희망률 38.3%), 교육수준도 현재 참여자에 비해 높으며(현재 참여자의 중졸 이상 비율 26.2%, 참여희망자의 중졸 이상 비율 38.9%), 자녀동거 노인 비중(현재 참여자의 자녀동거 비율 19.0%, 참여희망자 28.4%)이 높은 것으로 나타났다. 현재의 노인일자리사업이 저소득 계층이면서 노인독신가구 및 경제무능력자 동거노인 가구를 중심으로 설계되면서 여자와 고령노인의 사업 참여율이 높은 반면 남자, 저연령층 노인, 고학력자, 자녀동거노인 등의 노인일자리사업 참여 의향이 상대적으로 높음에도 불구하고 노인일자리사업에서 포괄하지 못하고 있는 것을 볼 수 있다.

〈표 6-15〉 노인일자리사업 참여노인과 참여희망자의 일반적 특성 비교

(단위: %, 명)

구분	노인일자리 참여자	노인일자리 참여희망자
전체(명)	100.0(428)	100.0(1,876)
성별		
남자	30.7	46.0
여자	69.3	54.0
연령대		
65-69	19.9	38.3
70-74	36.7	33.5
75+	43.5	28.2
(평균연령)	(73.7세)	(71.8세)
교육수준		
글자모름	8.7	6.2
글자해독	24.6	22.1
초등학교	40.5	32.8
중학교	11.7	13.7
고등학교	13.1	19.9
전문대 이상	1.4	5.3
가구형태		
노인독거	34.9	24.6
노인부부	42.6	42.2
자녀동거	19.0	28.4
기타	3.5	4.9
지역		
동부	81.5	83.7
읍·면부	18.5	16.3
주관적 건강(5점 기준)	2.97(.92)	2.98(.96)
기초노령연금 수급율(%)		
예	93.7	74.8
아니오	6.3	25.2

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

나. 사업대상의 욕구와 사업구조의 일치성

노인일자리사업 참여 동기를 보면 생계비 마련이 64.4%, 용돈 마련 27.9%, 기타 7.7%로 나타났으며, 전체 근로노인에 비해 생계비 마련 목적이 상대적으로 낮고 용돈 마련의 목적이 월등히 높은 것을 볼 수 있다.⁶⁵⁾ 즉, 노인일자리사업이 생계비 마련을 위한 근로활동이 되지 않는다는 인식과 함께 용돈 수준의 소득 확보가 필요한 노인을 위한 공공사업으로 전환되는 과정에 있다고 볼 수 있다.

〈표 6-16〉 노인일자리사업 참여노인의 참여 이유

구분	노인일자리 참여자	임시·일용직근로자	전체 근로노인
전체(명)	100.0(428)	100.0(605)	100.0(2,970)
근로이유			
생계비 마련	64.4	82.1	79.3
용돈 마련	27.9	8.8	8.6
기타	7.7	9.1	12.1

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

노인일자리사업 참여자는 연 9개월 혹은 12개월 참여하면서 월 20만원의 활동비를 받는 공익활동이 전체의 89.6%를 차지하고 있으며, 노인일자리 개념으로 근로활동을 통해 급여를 받는 시장형 참여노인은 10.4%에 그치고 있다. 노인일자리 참여노인의 60%는 생계비 마련이 필요한 노인이지만 이를 충족시켜 줄 수 있는 시장형 참여노인은 10.4% 밖

65) 노인일자리 참여노인의 근로 참여 이유 중 용돈 마련 목적이 상대적으로 높은 원인이 공적연금 수급자 비중이 높은 '교육형' 사업 참여노인에 의한 결과일 수 있음. 이로 인해 노인일자리사업 참여노인 중 공적연금 수급 여부에 따른 일을 하는 이유를 분석한 결과, 생계비 마련 목적은 공적연금 수급자 56.4%, 미수급자 68.3%였으며 용돈 마련 목적은 공적연금 수급자 33.3%, 미수급자 25.6%로 큰 차이는 보이지 않았음.

에 되지 않아 노인의 일자리 참여 목적과의 괴리가 있음을 알 수 있다. 이로 인해 노인일자리 참여노인의 근로만족도는 유사한 종사상 지위에 있는 임시·일용직 근로자에 비해 낮으며, 전체 근로노인의 근로 만족도보다도 낮은 것으로 분석되었다.

〈표 6-17〉 노인일자리사업 참여노인 일반적 특성 비교

구분	임시·일용직 근로자	노인일자리 참여노인	t	전체 근로노인
근로 만족도	2.54	2.08	9.147***	2.49(.85)

주: 임시·일용직 근로자 605명, 노인일자리 참여노인 408명, 전체 근로노인 2,970명을 대상으로 분석함.

자료: 정경희 등(2014a), 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

다. 노인일자리 참여자 특성과 사업내용의 적절성

노인일자리사업의 주요 내용은 공익형이나 복지형으로 대표되는 공익 활동이 주를 이루고 있으며, 복지형의 주요 사업으로 노노케어를 포함한 소외계층 돌봄지원사업을 수행하고 있다. 독거노인, 조손가정 노인, 거동 불편 노인 등에 대한 돌봄 제공⁶⁶⁾이나 경로당 노노케어사업에 참여하고 있는 노인은 전체 노인일자리사업 참여노인의 10.9%를 차지하며 생활시설이용자, 장애인, 청소년, 지역아동센터 등을 대상으로 하는 돌봄·보호 지원사업 참여자까지 합하면 약 15.1%의 참여노인이 돌봄 관련 활동에 참여하고 있다(한국노인인력개발원, 2015).⁶⁷⁾

그러나 앞서서도 언급했듯이 노인일자리사업 참여노인은 임시·일용직 근로자 및 전체 근로노인에 비해 여자(69.3%), 고령(평균 73.7세), 저학

66) 노노케어는 도시락 배달 및 안부 확인, 가사 및 활동보조, 경증 치매노인 활동보조사업으로 구분됨.

67) 한국노인인력개발원(2015). 2014 노인일자리 통계 동향.

력, 독거노인(34.9%), 낮은 건강상태 등의 특성을 보이고 있다. 물론 노인일자리 참여 시간이 월 30시간(일 3시간 이내) 이상이고, 노동 강도가 높지 않아 독거노인이거나 고령의 여자 노인이라 하더라도 활동에 참여하는 데는 어려움이 없을 수 있다. 그러나 기본적으로 저소득이면서 독거노인 비중이 높은 대상을 중심으로 운영되는 사업에서 지역사회 내 돌봄이 필요한 노인이나 취약계층에게 돌봄서비스를 제공하는 노노케어 사업의 적절성에 대한 검토가 필요하다고 할 수 있다. 이와 함께 고령사회에 접어들면서 독거노인 및 후기노인 증가에 따라 장기요양서비스 이외에 노인돌봄서비스(기본 및 종합)가 점차 확대되고 있으며, 노인돌봄의 전문성이 확보된 인력에 의해 제공되고 있다. 이로 인해 지역사회 내에서 노노케어 서비스를 받을 만한 대상 노인을 찾기도 힘들며, 대상 노인을 찾는다 하더라도 대상 노인보다 건강수준이나 소득수준이 낮거나 고령인 노인이 노노케어 제공자가 되는 현상도 나타나고 있다. 이러한 노노케어의 한계를 극복하기 위해서는 현재 진행되고 있는 장기요양이나 노인돌봄서비스와의 차별화와 함께 노인사회활동사업의 노노케어의 역할을 재정립할 필요가 있다.

노인일자리사업이 10년 이상 수행되어 오면서 사업 내용에 있어 많은 변화와 발전을 거듭해 왔으나 변화하는 사회환경에 맞춰 기존의 사업 내용의 과감한 변화가 요구된다고 할 수 있다.

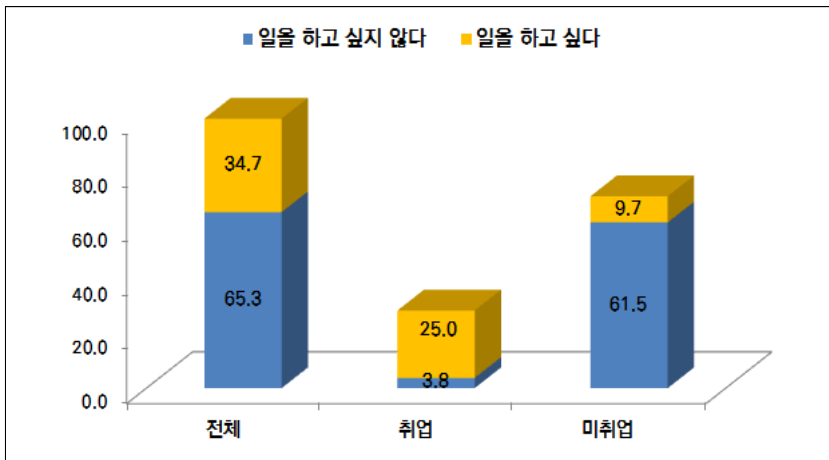
2. 전반적인 노인경제활동 수요 및 특성 진단

가. 경제활동 수요 대비 공급 충분성

노인 경제활동 수요는 전체의 34.7%로 현재 취업 중인 노인의 82.3%는 일을 계속하고자 하였으며, 현재 일을 하고 있지 않은 노인의 13.6%가 근로활동을 희망하였다. 앞으로 일을 할 의향이 없는 취업노인(3.8%)

을 향후 일을 하고자 하는 미취업노인(9.7%)이 대체한다고 해도 경제활동 수요가 5.9% 더 많은 것을 볼 수 있으며, 이러한 수요와 공급(공공 및 시장에서의 공급) 간의 간극이 정책적으로 개입이 필요한 규모라고 할 수 있다.

[그림 6-3] 취업 상태별 향후 취업 희망 여부



자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

연령대별 근로지속·희망노인 비중과 현재 취업률을 비교해 보면 65~69세 노인의 현재 취업률은 39.1%인 데 반해 근로희망노인은 48.7%로 약 9.6% 포인트의 차이를 보이고 있으며, 70~74세 노인은 약 7.8% 포인트 차이를 보였다. 그러나 75세 이상 연령대에서는 약 1.5% 포인트로 현재 취업률과 근로희망률 간의 차이가 급격히 낮은 것으로 나타났다. 근로를 희망하는 노인 중 남자는 55.7%, 여자는 44.3%이며 연령대가 높을수록 근로희망 여자 노인의 비중이 높은 것을 볼 수 있다. 연령이 높을수록 농어촌 지역에 거주하는 근로희망노인 비중이 높은 것을 볼 수 있다.

〈표 6-18〉 근로지속·희망노인의 일반적 특성

구분	65~69세	70~74세	75세 이상	전체	
2014년 취업률 (A)	39.1	31.4	19.1	28.9	
근로희망노인 비중 (B)	48.7	39.2	20.6	34.7	
취업률과 근로희망률 차이 (B-A)	9.6	7.8	1.5	5.8	
성별	남자	59.9	54.1	50.0	55.7
	여자	40.1	45.9	50.0	44.3
지역	동부	77.1	72.5	64.2	72.7
	읍면부	22.9	27.5	35.8	27.4

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

나. 실질적 정책 수요 규모

근로능력과 근로희망 여부를 중심으로 노인경제활동지원정책의 수요를 대략적으로 파악하였다. 근로능력 여부는 신체적 기능제한(ADL 또는 IADL 중 하나라도 제한이 있는 자) 여부와 인지적 기능제한 여부를 적용하여 신체적 기능이나 인지적 기능에 제한이 없는 노인을 근로능력이 있는 것으로 판단하였다. 근로희망 여부는 현재 근로 여부와는 관계없이 앞으로 일을 하고 싶은지 여부를 통해 파악하였다.

아래 그림을 보면 A집단은 근로능력도 없지만 근로의사도 없는 집단으로 전체 노인의 약 29.5%에 해당되며 돌봄이나 여가활동 중심의 정책이 요구된다. B집단은 근로능력은 있으나 근로의사는 없는 계층으로 여가 중심의 노년기를 희망하는 계층으로 전체의 35.8%로 나타났다. C집단은 근로능력은 없으나 일을 하고 싶어 하는 계층으로 10.5%이다. 이 유형에 포함된 노인의 경우 경제활동에 참여시킬 것인가, 제한시킬 것인가에 대한 논의는 지속되어야 할 것으로 보인다. 그러나 근로능력이 부족

함에도 불구하고 경제적 이유, 사회참여의 이유 등으로 경제활동에 참여하고자 하는 의지와 욕구가 크다면 이들 노인을 위한 적절한 일자리 마련이 필요할 것으로 보인다. 이러한 경우 노인의 건강을 해치지 않는 범위에서 참여해야 하며 신체적, 인지적 건강에 대한 주기적인 점검이 필요할 것이다.

그리고 D집단은 근로능력도 있고 경제활동에 참여할 의사가 있는 집단으로 전체 노인의 24.2%인 것으로 노인경제활동 지원정책의 핵심적인 대상 계층이라 할 수 있다.

[그림 6-4] 노인경제활동 정책수요 규모

	근로능력 없음	근로능력 있음
근로의사 없음	A 29.5%	B 35.8%
근로의사 있음	C 10.5%	D 24.2%

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

근로능력이 있는 근로를 희망하는 노인의 특성을 보면 여자보다는 남자의 비중이 높으며, 65~74세 노인이 약 80%를 차지하며, 평균연령이 70.0세로 나타났다. 교육수준은 초졸 34.5%, 고졸 20.4%였으며 전문대 이상 졸업자 비중도 다른 유형에 비해 높은 수준이었다. 가구 형태로는 노인부부가구에 속한 노인 비중이 절반을 차지하였으며, 자녀와 함께 사는 노인은 약 25.9%를 차지하였다. 농어촌에 거주하는 노인에 비해 도시 지역에 거주하는 노인이 3배가량 많았으며, 주관적 건강상태도 타 유형에 비해 가장 높은 것으로 나타났다.

〈표 6-19〉 근로능력 및 근로희망 여부에 따른 유형별 특성

(단위: %, 명)

구분	근로능력 및 근로희망 없음	근로능력있으나 근로희망 없음	근로능력없으나 근로희망 있음	근로능력 및 근로희망 있음
전체(명)	100.0(3,020)	100.0(3,668)	100.0(1,079)	100.0(2,481)
성별				
남자	31.1	37.1	52.4	57.1
여자	68.9	62.9	47.6	42.9
연령대				
65-69	18.2	31.1	41.1	46.7
70-74	22.9	27.6	30.6	31.0
75+	58.9	41.4	28.4	22.2
(평균연령)	(76.9세)	(73.6세)	(71.8세)	(70.0세)
교육수준				
글자모름	18.7	5.7	10.7	3.3
글자해독	22.9	21.7	16.7	18.6
초등학교	29.6	32.1	33.2	34.5
중학교	12.0	11.3	17.8	15.1
고등학교	10.6	19.5	16.0	20.4
전문대 이상	6.1	9.7	5.7	8.1
소득분위				
제1오분위	26.8	20.7	17.5	12.5
제2오분위	21.6	19.0	21.1	19.3
제3오분위	17.5	19.4	23.8	22.0
제4오분위	17.5	19.8	19.8	23.3
제5오분위	16.6	21.1	17.7	23.0
가구형태				
노인독거	27.0	24.3	19.9	18.7
노인부부	37.0	45.8	49.3	50.6
자녀동거	32.4	26.0	26.9	25.9
기타	3.6	3.8	3.9	4.8
지역				
동부	74.5	82.1	65.2	75.8
읍면부	25.5	17.9	34.8	24.2
주관적 건강 (5점 만점)	2.4점	2.9점	3.02점	3.16점

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

다. 노년기 근로개념의 다변화 가능성

현재 일하고 있거나 지금은 일하지 않지만 앞으로 일하기 원하는 노인의 약 68.4%는 현재 일과 유사한 일을 유지하고 싶어 하는 반면, 약 31.6%는 기존에 했던 일과는 다른 종류의 일에 대한 욕구가 있는 것으로 나타났다.

노인들이 희망하는 일자리의 특성은 취업 49.6%, 창업 37.6%, 사회적 기여 일자리 4.5%, 여가형 일자리 4.8%, 기타 3.4%의 순이다. 즉, 희망 일자리의 유형이 취업이나 창업이 주를 이루는 것은 생계 목적의 일자리에 대한 수요가 높은 것을 반영하고 있지만, 사회적으로 생산적인 목적의 일정이나 여가형 일자리에 대한 요구도 10% 정도 차지하는 것으로 나타나 이에 대한 정책적 지원 방안 모색도 필요하다.

〈표 6-20〉 희망일자리의 특성

구분	지금의 하고 있는 일을 지속 희망	지금과 다른 일을 하거나, 지금은 일하지 않으나 근로 희망	전체
현재 일자리와 유사성 여부	68.4	31.6	100.0
희망일자리 유형			
취업(임금근로자)	42.3	65.5	49.6
창업(비임금근로자)	53.1	4.3	37.6
사회적 기여 일자리	-	14.3	4.5
취미생활을 통한 여가형 일자리	-	15.2	4.8
기타	4.6	0.7	3.4
계(명)	100.0 (2,439)	100.0 (1,128)	100.0 (3,567)

주: 본인응답자 10,279명 중 앞으로 일을 하고 싶다고 응답한 3,567명의 자료를 분석함.
자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

라. 근로조건의 적절성

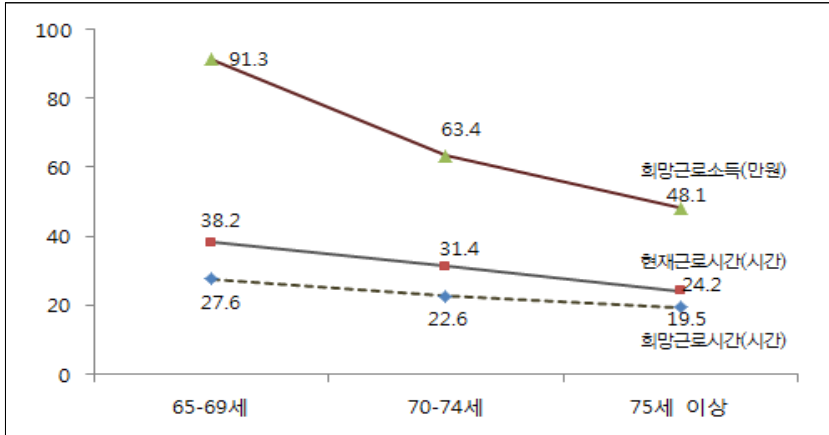
현재 경제활동에 참여하고 있는 노인의 근로시간과 임금수준이 노인의 희망 근로시간 및 임금수준과 어떠한 격차를 보이는지를 통해 노화 과정에 있는 노인들의 건강상태와 노후생활에 적절한 근로조건을 탐색해 보고자 한다.

먼저 65세 이상 노인의 평균 주당 근무시간은 32.7시간으로 65~69세는 주당 38.2시간, 70~74세는 31.4시간, 75세 이상은 24.2시간 정도 일을 하는 것으로 나타났다. 그러나 65세 이상 노인이 희망하는 주당 근무시간은 24.2시간으로 현재 일하고 있는 평균 근무시간 32.7시간에 비해 약 8시간 적은 것을 볼 수 있다. 연령대별로는 65~69세는 27.6시간, 70~74세는 22.6시간, 75세 이상은 19.5시간 근무를 희망하는 것으로 나타났다. 즉, 현재 노인들이 주로 생계를 목적으로 일을 하고 있으나 노인들은 주당 평균 25시간이 본인들에게 적절한 근로시간이라고 제시하고 있다.⁶⁸⁾

이에 반해 희망 근로소득은 평균 73.2만 원으로 65~69세 노인은 91.3만 원, 70~74세 63.4만 원, 75세 이상 48.1만 원으로 나타났다. 희망 근로소득은 주로 노인이 생계를 위해 어느 정도의 추가 소득이 필요한지를 일정 부분 반영하고 있는 것으로 이해할 수 있다. 연령대가 높아질수록 희망근로시간이 감소하는 것처럼 희망근로소득 또한 감소하고 있으며 근로시간 감소 폭(65~69세 27.6시간 → 75세 이상 19.5시간)보다는 근로소득 감소 폭(65~69세 91만 원 → 75세 이상 48만 원)이 더 큰 것으로 나타났다.

68) 근로를 희망하는 노인의 71.6%는 생계비 마련을 위해 일을 하고 싶은 것으로 나타났으나, 희망 주당 근로시간과 희망 월평균 근로소득은 전체 평균에서 크게 벗어나지 않음. 생계비 마련을 위해 일을 하고 싶은 노인의 희망 주당 근로시간은 평균 26.1시간, 희망 월평균 근로소득은 78.9만 원에 불과함.

[그림 6-5] 경제활동참여노인의 근로조건



주: 현재와는 다른 일을 하거나 현재는 일을 하지 않으나 앞으로 일을 하고 싶다고 응답한 1,128명의 자료를 분석함.

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

노인이 희망하는 근로소득 대비 근로시간을 시간급 최저임금과 비교해 보면 희망 시간급 급여는 7,531원으로 2014년 시간급 최저임금 5,210원보다 약 2,300원 정도 높은 수준으로 나타났다. 연령대별로는 65~69세 노인의 희망 시간급 급여가 8,270원으로 2014년 최저임금에 비해 약 3,000원 많았으며 70~74세는 시간당 7,013원, 75세 이상은 시간당 6,167원을 희망하는 것으로 분석되었다. 즉, 연령대가 높을수록 노인들이 생각하는 시간당 급여수준이 낮은 것을 볼 수 있다. 노인이 노동시장에서 축적한 지식과 경험을 고려한다면 최저임금보다는 높은 수준의 급여가 제공되어야 하는 것은 당연한 것이라 할 수 있다. 그러나 노인이 근무하게 되는 업종이나 직무 특성, 그리고 노인의 일반적인 건강상태 등을 고려한 적절한 급여와 근무시간이 마련되어야 할 것이다.

〈표 6-21〉 연령군별 희망하는 시간당 급여수준

(단위: 시간, 원)

구분	65~69세	70~74세	75세 이상	전체
희망 월평균 근무시간	110.4	90.4	78.0	97.2
희망 월평균 근로소득(원)	913,000	634,000	481,000	732,000
희망 시간당 급여수준(원)	8,270	7,013	6,167	7,531
희망 시급 - 2014년 최저임금(5,210원)	3,060	1,803	957	2,321

주: 현재와는 다른 일을 하거나 현재는 일을 하지 않으나 앞으로 일을 하고 싶다고 응답한 1,128명의 자료를 분석함.

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

성별, 교육수준, 거주지역에 따른 희망 근로시간 및 근로소득을 종합해 보면 남자의 희망근로시간은 여자보다 10시간 정도 많은 반면, 희망근로소득은 2배(남자 92.9만 원, 여자 48.2만 원) 차이를 보이는 것으로 나타났다. 이와 함께 교육수준과 희망근로시간 간의 일정한 패턴은 발견되지 않았으나 교육수준이 높을수록 희망근로소득이 높은 것을 볼 수 있다. 거주지역에 따라서는 도시 거주 노인들이 농어촌 거주 노인에 비해 희망 근로시간이 길고, 희망 근로소득도 높은 수준으로 분석되었다.

〈표 6-22〉 일반특성별 희망 근로시간 및 희망 근로소득

(단위: 시간, 원)

구분		65~69세	70~74세	75세 이상	전체
근로시간	현재 근로시간(A)	38.2	31.4	24.2	32.7
	희망 근로시간(B)	27.6	22.6	19.5	24.3
	현재-희망 시간 (A-B)	10.6	8.8	4.7	8.4
희망 근로시간	성별				
	남자	32.3	27.3	22.8	28.8
	여자	20.9	17.6	15.3	18.6
	교육수준				
	글자모름	29.5	29.2	16.0	22.1
	글자해독	26.2	18.5	16.1	20.3
	초등학교	26.8	21.9	19.5	23.8
	중학교	25.2	24.0	22.4	24.3
	고등학교	29.2	22.5	25.0	26.6
전문대 이상	30.1	28.4	18.6	27.7	
지역					
동부	27.7	22.8	19.5	24.5	
읍면부	26.4	20.9	19.5	22.7	
희망 월평균 근로소득(만 원)		91.3	63.4	48.1	73.2
희망 근로소득	성별				
	남자	112.5	83.3	58.7	92.9
	여자	60.8	40.7	34.9	48.2
	교육수준				
	글자모름	68.2	54.2	34.2	44.2
	글자해독	79.0	41.9	34.9	51.9
	초등학교	78.0	61.1	49.7	67.0
	중학교	82.4	61.6	53.6	70.5
	고등학교	100.5	72.2	67.1	87.0
	전문대 이상	124.7	100.2	53.5	105.8
	지역				
동부	90.5	63.8	48.5	73.4	
읍면부	99.4	59.6	45.3	71.7	

주: 현재와는 다른 일을 하거나 현재는 일을 하지 않으나 앞으로 일을 하고 싶다고 응답한 1,128명의 자료를 분석함.

자료: 정경희 등(2014a), 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

마. 경제활동참여의 형평성

현재 일하고 있는 노인과 현재 일은 하지 않지만 근로를 희망하는 노인의 특성을 비교해 보면, 근로희망노인은 현재 근로노인에 비해 평균연령이 낮으며, 연령대별로는 70~74세 근로희망자가 많은 것으로 나타났다. 현재 근로노인은 초졸 이하인 비율이 높은 반면 근로희망노인은 고졸 이상 비율이 높으며, 자녀와 동거하고 있는 노인 비중도 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 거주지역으로는 근로희망노인 중에서 도시지역에 거주하고 있는 노인이 90.5%로 나타났다. 그리고 현재 근로노인에 비해 주관적 건강상태는 낮았으나 신체적 기능제한 비율은 낮은 것으로 나타났다. 즉, 70~74세 연령군, 고등학교 이상 교육수준, 자녀동거노인, 그리고 도시지역 노인의 잠재적 근로욕구가 높으며, 이들의 근로수요를 충족시키기 위한 정책적 대응이 요구된다.

현재는 일은 하지 않으나 일자리를 찾기 위해 지난 1년간 직업알선센터나 개인적 인맥 등을 동원하여 구직활동을 한 실업노인의 특성을 분석하였다. 구직활동을 한 적이 있는 노인의 비중은 여자에 비해 남자가 높으나, 연령대는 근로희망노인과 큰 차이가 없었다. 실업노인의 교육수준은 고등학교 졸업 이상자 비중이 높았으며, 가구형태에서는 독거노인의 구직활동 비중이 독거노인인 현재 근로노인이나 근로희망노인에 비해 높은 것을 볼 수 있다. 전반적으로 여자보다는 남자가, 고학력 노인, 독거노인, 도시지역 거주노인, 건강한 노인이 구직활동을 함으로써 적극적인 근로욕구를 표출하는 것으로 나타났다. 이는 다른 한편으로는 남자, 고학력 노인, 독거노인, 도시지역 거주노인, 건강노인의 근로욕구에 비해 취업 가능한 일자리는 충분하지 않은 것으로 해석 할 수 있다.

〈표 6-23〉 현재 근로노인 및 근로희망노인 간 특성 비교

(단위: %, 명)

구분	현재 근로노인	현재 일은 하지 않지만, 근로희망자	실업노인 ¹⁾
전체(명)	100.0(2,970)	100.0(992)	100.0(624)
성별			
남자	54.2	55.0	68.4
여자	45.8	45.0	31.6
연령대			
65-69	43.5	45.4	44.1
70-74	29.7	32.8	34.5
75+	26.8	21.8	21.4
(평균연령)	(71.5)	(70.9)	(70.6)
교육수준			
글자모름	7.4	3.6	4.3
글자해독	19.1	17.7	15.9
초등학교	36.0	28.5	27.6
중학교	15.4	15.3	15.7
고등학교	15.7	24.2	24.2
전문대 이상	6.4	10.6	12.4
가구형태			
노인독거	18.3	20.0	28.9
노인부부	53.6	42.0	37.6
자녀동거	23.6	33.5	29.6
기타	4.5	4.5	3.9
지역			
동부	63.1	90.5	90.7
읍면부	36.9	9.5	9.3
주관적 건강(5점 만점)	3.22	3.13	3.21
신체기능제한율 ²⁾	7.3	4.9	4.1

주: 1) 실업노인: 지난 1년간 일자리를 구하기 위해 구직활동(공식적, 비공식적)을 한 적이 있는 노인.

2) 신체기능제한: ADL 혹은 IADL 동작 중 하나라도 제한이 있는지 여부.

자료: 정경희 등(2014a), 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

제3절 발전 전략

노년기는 전통적으로 근로활동을 중단하고 여가활동이나 지역사회활동을 중심으로 일상적인 삶을 영위하는 것으로 인식되어 왔다. 그러나 고령사회의 심화와 불충분한 노후소득 등으로 인해 우리나라 노인은 노년기에도 경제활동을 지속하고 있는 것을 볼 수 있다. 이로 인해 향후 10년간은 노인의 경제활동을 노인복지정책의 일환으로 지속적으로 지원해야 한다는 의견에는 대부분 동의하고 있다.⁶⁹⁾ 그리고 고령사회에서 노년기 근로 개념을 어떠한 관점에서 이끌어가야 할지에 대한 고민도 필요하겠지만 무엇보다도 노년기 경제활동을 어떻게 바라보고, 사회제도적으로 어떠한 지원과 변화가 필요한지에 다양한 연구와 논의가 필요한 시점이다.

1. 노인 경제활동 수요 충족을 위한 정책지원 강화

노인일자리사업 및 전반적인 경제활동에 대한 수요 대비 공급이 충분하지 않은 것으로 나타났다. 2014년도 노인실태조사 분석 결과, 노인일자리 참여노인은 전체 노인의 4.3%이지만 노인일자리사업에 참여할 의향이 있는 노인은 18.2%로 그 격차가 매우 큰 것으로 나타났다. 또한 현재 노인일자리사업 참여노인은 여자, 고령, 저소득, 저학력, 독거노인이라는 특성을 보이는 반면, 노인일자리사업에 참여하고 싶은 노인은 남자, 저연령, 고학력, 자녀동거노인이라는 상반된 특성을 보이고 있다.

또한, 현재 경제활동에 참여하고 있는 노인은 28.9%인 데 반해 근로지속 및 희망노인은 34.7%로 약 5.8%의 노인 경제활동 참여 수요를 충족시키지 못하고 있는 것으로 나타났다. 연령대별로는 65~69세 연령대의

69) 노인경제활동 및 고용분야 학계 전문가 15명이 응답함.

근로희망노인 비중이 가장 높으며, 75세 이상의 경우 현재 취업률과 희망 근로율 간의 차이는 1.5%에 불과하였다.

노인일자리사업 수요 및 경제활동 전반에 관한 수요를 보면 남자, 75세 미만, 고학력 노인의 경제활동 수요가 높은 반면 이에 대한 적절한 지원은 부족한 것으로 나타났다. 향후 경제활동 불충족률이 높은 집단에 대한 정부의 맞춤형 지원이 강화될 필요가 있다.

2. 사회환경 변화에 따른 노인일자리사업의 내용 재편

노인일자리사업 내용은 참여노인의 인구사회학적 특성과 노인복지정책 변화를 반영하지 못한 측면이 발견되고 있다. 노인일자리사업의 노노케어가 가장 대표적인 예로 제시될 수 있다. 노노케어는 노인돌봄이나 장기요양체계가 체계화되기 전인 2000년 중반에 설계되면서 노인돌봄의 사각지대를 완화하는 데 기여해 왔다. 그러나 장기요양보험을 포함한 노인돌봄체계가 확대되고 체계화됨에 따라 노노케어의 정체성과 재편에 대한 논의가 필요하다.

노인일자리 참여노인은 저소득, 고령, 여자, 독거노인으로 돌봄제공자로서 역량이 부족하며, 장기요양과 노인돌봄서비스의 확대에 의해 노노케어 대상 노인을 발굴하기 힘든 상황도 발생하고 있다. 이러한 문제를 개선하기 위해 노노케어 참여노인 선정 요건의 수정이나 노노케어 수혜노인의 선정 요건 변경, 노인돌봄서비스와의 차별화를 위한 사업 내용의 변경, 또는 20만 원 활동비를 받는 사업으로서의 노노케어가 아닌 자원봉사 성격의 활동으로 전환 등 다양한 방안을 모색해 볼 필요가 있다.

3. 노인 경제활동 참여를 위한 근로조건 및 내용의 다양화

청년이나 중년과는 다른 노인친화적 근로조건이 필요성도 지속적으로 제기되고 있다. 노인의 희망 평균소득은 73만 원, 희망 근로시간은 주당 24.2시간으로 노동시장에서 통용되는 근로조건과는 상당한 괴리가 있는 것을 볼 수 있다. 그러므로 정규적인 일자리보다는 시간제 근로, 주말근로, 계절성 근로 등과 같이 근로시간 유형을 다양화하고 적정 임금을 지급함으로써 경제활동의 선택 폭을 넓힐 필요가 있다. 이를 위해서는 정부뿐만 아니라 기업의 적극적인 참여와 다양한 사·도(민·관 협력, 시범사업 등)를 위한 지원이 요구된다.

이와 함께 노년기 근로 개념의 다변화로 취업 및 창업에 대한 욕구가 높지만, 사회기여형 일자리나 여가형 일자리에 대한 욕구도 약 10%를 차지하는 것으로 나타났다. 이는 노년기에 소득을 위한 경제활동보다는 사회참여를 목적으로 근로활동을 하려는, 상대적으로 경제적 여유가 있는 계층의 욕구를 보여 주는 것으로 해석할 수 있다. 그러나 현재 노인일자리사업은 경제적 여유가 있는 노인계층을 위한 사회기여형 또는 여가형 일자리로 보기는 어려우며, 주로 소득이 낮은 노인의 소득 보충을 목적으로 하고 있다. 향후 정부 혹은 민간기관에서 경제적 여유가 있는 노년층을 위한 사회기여형 혹은 여가형 일자리 모델 개발과 적용을 위한 지원이 마련되어야 할 것이다.

4. 적극적인 민간일자리 연계 및 발굴

생계비 마련을 위해 노인일자리사업에 참여하는 노인은 60%에 이르나 실제 활동비 수준은 20만 원대로 노인의 참여 목적을 만족시킬 만한 수준

은 아니라고 할 수 있다. 즉, 생계 목적의 일자리가 필요한 노인을 위한 시장형 노인일자리(보호된 시장)와 민간시장 일자리 개발 및 확대 노력이 필요함을 보여 주고 있다.

현재의 노인일자리사업 및 대한노인회 노인취업지원센터 중심의 노인 경제활동지원 정책은 한계에 도달한 것으로 볼 수 있다. 지난 20년 넘게 지속되어 온 노인취업지원센터를 통한 노인 취업의 확장성과 영향력은 검증되지 못한 채 운영되고 있으며, 노인일자리사업이 노인이 요구하는 일자리 특성에 부합하지 않고, 근로 욕구가 있는 저연령, 고학력, 남자 노인 등을 포괄하지 못하고 있는 실정이다. 전문가 조사 결과,⁷⁰⁾ 현재 노인 경제활동지원정책의 한계로 노인일자리 중심의 노인경제활동지원을 지적하고 있다. 즉, 공공일자리 중심의 노인경제활동 지원에서 탈피하여 민간 일자리 연계 및 발굴에 보다 적극적으로 개입해야 함을 보여 주고 있다.

5. 노인의 건강 및 경제상태에 따른 맞춤형 지원

노년기에도 근로에 참여하고자 하는 의지와 경제활동에 참여할 만한 건강이 뒷받침된다면 연령에 관계없이 경제활동지원 대상에 포함해야 한다. 그러나 건강하지 못한 노인을 경제활동지원 대상에 포함해야 하는지에 대해서는 다소 논란이 있다. 전문가 의견조사 결과,⁷¹⁾ 건강하지 못하더라도 근로의사가 있다면 노인의 건강상태에 부합하는 일자리를 마련해야 한다는 의견, 노인의 경제활동을 소득 목적뿐만 아니라 사회참여의 측면에서 건강하지 못한 노인도 포함시켜야 한다는 의견, 경제적 이유로 일을 하는 노인 비중이 크므로 단기적으로 건강하지 못한 노인이 참여 가능

70) 노인경제활동 및 고용분야 학계 전문가 15명 응답.

71) 노인경제활동 및 고용분야 학계 전문가 14명 응답.

한 일자리를 마련해야 한다는 의견 등 건강상태보다는 본인의 의사나 욕구에 따라 경제활동에 참여할 수 있도록 지원해야 한다는 의견이 우세한 것으로 나타났다. 그러나 본인의 근로욕구가 있더라도 건강하지 못한 노인에게 일자리를 제공하는 것은 적절하지 못하다는 의견도 높게 나타났다. ‘건강하지 못하다’의 객관적인 수준은 명확히 제시하지 못하였으나, 안정적인 노후소득이 불충분한 상황에서는 건강하지 못한 노인에게 건강 제약 수준에 적합한 일자리 제공은 필요한 것으로 보인다.

노인의 경제활동 참여 의사와 근로능력을 고려한 실질적인 경제활동 수요는 24.2%로 분석되었다. 이들 집단은 남자, 65~74세 연령군, 고학력, 노인부부가구, 그리고 도시지역에 거주하는 노인 비중이 높은 것으로 나타났다. 그리고 근로능력은 부족하지만 경제활동 참여 의사가 있는 노인은 10.5%로 노인의 건강을 해치지 않는 범위에서 공공부문에서 이들 노인을 위한 적절한 일자리 마련 및 신체적, 인지적 건강에 대한 주기적인 관리가 필요할 것이다.

근로의사가 있는 노인의 건강과 경제 상태를 기준으로 일자리 유형을 구분하면 건강하고 경제적 여유가 있는 계층은 민간시장 일자리 혹은 사회기여형, 여가형 일자리가 적절하고, 건강하고 생계비 수준의 소득이 필요한 계층은 민간시장 일자리 혹은 시장형 일자리를 연결할 필요가 있다. 그리고 건강하지 못하지만 경제적 여유가 있는 계층은 사회기여형 혹은 여가형 일자리로, 건강하지 못하지만 추가적인 소득이 필요한 계층은 사회활동(공익활동)으로 지원할 필요가 있다.

[그림 6-6] 건강 및 경제상태에 따른 일자리 지원 유형

구분	건강	불건강
경제적 여유	민간시장 일자리, 사회기여형, 여가형 일자리	사회기여형, 여가형 일자리
경제적 열악	민간시장 일자리, 시장형 노인일자리	사회활동(유급활동)

생계 유지 목적을 지닌 노인을 위한 민간시장 취업과 시장형 일자리 지원을 강화해야 할 것이며, 이를 위해서는 무엇보다도 노인의 근로역량 강화를 위한 교육훈련에 대한 적극적인 투자가 요구된다. 노인이 일할 수 있는 직종이 다양화되지 않은 상태에서 교육훈련 내용의 개발이 한계가 있을 수 있으나 직무 중심의 교육훈련과 함께 노년기 경제활동과 관련한 법적, 제도적 현황, 근로와 관련한 안전과 건강, 연령 차별과 노인권의 등의 교육도 병행할 필요가 있다. 이를 위해서는 노인을 대상으로 하는 전국 단위의 취업교육훈련체계를 마련하고, 취업 연계를 활성화시켜야 할 것이다.

6. 보건복지부와 고용노동부의 적극적인 협업

노인의 경제활동지원을 위해서는 보건복지부와 고용노동부의 협업이 필요하다. 아직까지는 고용노동부의 고용정책이 64세 미만의 중고령자 중심으로 진행되고 있으나 생산인구 감소와 상대적으로 건강하고 역량 있는 노인 증가 등에 대응하여 민간시장에 고용되고 근로활동을 수행할 수 있도록 고용노동부에서 장년고용정책의 일환으로 65세 노인을 포함한 사업을 적극적으로 개발하고 지원을 확대할 필요가 있다. 그리고 근로능력이 낮은 노인 또는 저소득노인의 일자리는 복지와 고용의 혼합 방식으로 보건복지부에 역할을 강화할 필요가 있다.

제 7 장

노인의 여가활동 지원 정책: 활기찬 노후 생활

제1절 정책의 발전과정과 개요

제2절 정책의 현황과 진단

제3절 발전 전략



7

노인의 여가활동 지원 정책: << 활기찬 노후 생활

노인의 일상생활을 흔히 ‘여가투성이’라고 말한다. 노년기는 (전부 또는 부분적으로) 경제활동으로부터 물러난 시기로, 많은 시간을 여가 생활을 해야 하기 때문이다. 여가활동이 경제활동으로 인하여 발생하는 피로를 해소하고 재생산을 위한 재충전이라는 의미를 갖는 청장년층과는 달리 여가를 강제로 부여받은 측면이 있는 노년기에는 여가가 오히려 무로움을 주는 것이 될 수 있다. 반면 여가활동을 통하여 무위와 소외를 완화할 수 있고 궁극적으로는 활기찬 노후 생활을 구현할 수도 있다. 따라서 정부 정책이 노후의 활기찬 생활 영위에 갖는 의의가 있다 하겠다(Cutler & Hendricks, 1990). 이러한 맥락에서 본 장에서는 활기찬 노후 생활을 가능케 할 수 있는 공적 지원 정책의 현황을 살펴보고 정책 진단을 실시하고자 한다. 이에 기초하여 향후 정책 발전 방향을 모색해 보고자 한다.

제1절 정책의 발전과정과 개요

1. 여가활동 지원 정책의 범위

여가는 노동의 반대 개념으로 소득을 목적으로 하지 않는 다양한 활동을 포괄하는 개념이며, 개인이 내재적인 동기에 의하여 자유로이 선택한다는 비의무적인 자유 시간을 의미한다. Parker(1971)는 여가를 정의하면서 여가는 생리적 필수 시간과 노동 시간 등을 제외한 잔여 시간(Residual)적 측면을 갖고 있으며 여가활동의 바람직한 모습을 규정하는

규범론적 정의(Normative)가 있다고 한 바 있다. 이러한 맥락에서 볼 때 한 사회가 어떤 여가활동을 중요시하는가는 그 사회가 갖고 있는 가치관과 관점에 따라 달라진다(이소정 등, 2007).

여가 개념이 매우 폭넓은 것이기 때문에 구체적인 여가 또는 여가활동의 정의와 유형 분류는 학자에 따라서 다양하다. 여가는 다층성을 갖는 단어로, 휴식이나 기분 전환과 같은 소극적인 행위부터 다시 일하기 위하여 자신의 능력과 교양을 높이는 적극적인 행위를 포괄하기 때문이다(김광득, 2008). 따라서 여가활동은 소극적인 행위부터 적극적인 행위까지를 포함하는 매우 스펙트럼이 넓은 활동이라 하겠다.

이러한 여가 개념의 포괄성으로 인하여 관련한 법적 규정 또한 그 범위가 상이하다. 노인복지법에서는 사회참여라는 개념하에 자원봉사와 경제활동을 제시하고 있고, 저출산·고령사회기본법에서는 여가·문화 및 사회활동의 장려와 평생교육을 언급하고 있다.⁷²⁾ 또한 제3차 저출산·고령사회기본계획에서는 고령자 사회참여 기회 확대라는 목표 아래 고령 세대의 여가 기회 확대, 고령 친화적 콘텐츠 개발, 고령자 문화·여가 인프라 개선, 고령자 자원봉사 지원체계 강화 및 고령자 사회활동 지원사업의 공익활동 내실화, 고령자 교육기반 확충을 정책 과제로 제시하고 있다.

72) 노인복지법 제23조(노인 사회참여 지원) ① 국가 또는 지방자치단체는 노인의 사회참여 확대를 위하여 노인의 지역 봉사활동 기회를 넓히고 노인에게 적합한 직종의 개발과 그 보급을 위한 시책을 강구하며 근로 능력 있는 노인에게 일할 기회를 우선적으로 제공하도록 노력하여야 한다. ② 국가 또는 지방자치단체는 노인의 지역 봉사활동 및 취업의 활성화를 기하기 위하여 노인 지역 봉사 기관, 노인 취업 알선 기관 등 노인복지 관계 기관에 대하여 필요한 지원을 할 수 있다.

저출산·고령사회기본법: 제14조(여가·문화 및 사회활동의 장려) ① 국가 및 지방자치단체는 노후의 여가와 문화활동을 장려하고 이를 위한 기반을 조성하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 자원봉사 등 노인의 사회활동 참여를 촉진하는 사회적 기반을 조성하여야 한다. 제15조(평생교육과 정보화) ① 국가 및 지방자치단체는 모든 세대가 평생에 걸쳐 학습하고 능력과 적성에 따라 교육을 받을 수 있도록 교육의 기회를 제공하고, 이를 위한 교육 시설의 설치·인력의 양성 및 프로그램의 개발 등 필요한 시책을 강구하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 세대 간 정보의 격차를 해소하기 위하여 정보화 교육, 프로그램 개발 및 장비 보급 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.

한편, 이러한 여가활동은 활동의 목적에 따라서 레저·스포츠·취미·교양 활동, 오락 활동과 더불어 자원봉사, 학습활동을 포함한다(이석훈, 송강영, 김재운, 2008).⁷³⁾ 유사한 맥락에서 문화체육관광부(2013)는 여가활동을 문화예술 관람 및 참여 활동, 스포츠 관람 및 참여 활동, 관광 활동, 취미 오락 활동, 휴식, 사회 및 기타 활동(종교활동, 사회봉사활동 등)으로 구분하고 있다. 또한 윤소영 등(2016)은 고령자 대상 문화 활동의 범위로 문화예술 활동(관람 및 참여), 관광 활동, 체육 활동(관람 및 참여), 사회봉사 기타 활동, 취미·오락 활동, 휴식 활동, 교육교양 활동으로 분류하고 있다. 또한 노인복지법상 노인여가복지시설에 노인복지관, 경로당, 노인교실을 포함하고 있어 위의 여가활동의 범위와 유사하다고 하겠다.

본 장에서는 검토 대상 활동을 문화여가활동,⁷⁴⁾ 학습활동과 자원봉사 활동에 초점을 두고자 한다. 다양한 정의와 분류 중 공통적이며 정책적 의미가 있는 활동으로 판단되었기 때문이다. 이 중 문화여가활동과 학습 활동이 개인적 목적 달성에 초점을 둔 활동이라면 자원봉사활동은 개인적 목적뿐만 아니라 집단의 목적 달성도 추구하는 활동이라는 점에서 차이가 있다.⁷⁵⁾

73) 김태현(2007)은 단독충실형, 가족충실형, 우인교류형, 독서형, 사회참여형으로 구분한 바 있음. 또한 경험적 분석에 기초한 노인의 여가활동을 유형화한 연구도 있음. 이소정 등(2007)은 자원봉사중심형, 종교중심형, 직업중심형, 경로당중심형으로 구분한 바 있으며 황남희(2014)는 친목교류형, 자연지향형, 정적놀이형, 운동참여형, 여가활동부족형과 같은 5개 유형으로 분류하였음.

74) 학자에 따라서 여가활동, 문화활동, 사회참여활동 등 다양한 용어와 정의를 제시하고 있음. 본 연구에서는 이석훈, 송강영, 김재운(2008)의 여가활동 정의 중 자원봉사활동과 학습활동을 제외한 다양한 여가활동을 문화여가활동으로 지칭하고자 함.

75) 자원봉사는 시민 참여의 한 방법으로 사회 구성원의 시민의식과 연대감, 신뢰, 사회적 책임의식을 높여 인적 자본과 사회자본 축적에 기여할 수 있음. 또한 국가가 해결할 수 없는 다양한 지역사회 문제를 개선하는 데 기여할 수 있음(CNCS, 2012). 고령자의 자원봉사활동의 의의에 관한 자세한 논의는 지은정(2014)에서 이루어지고 있음.

2. 여가활동 지원 정책의 발전과정

가. 보건복지부의 노인을 대상으로 특화한 지원 정책⁷⁶⁾

노인을 대상으로 한 대표적인 여가활동 공간인 경로당은 1945년에 설치되기 시작하였으며, 1989년에는 노인복지관이 설치되었다. 노인을 대상으로 하는 여가활동 활성화 정책은 노인복지법상의 노인여가복지시설을 중심으로 이루어지고 있다. 경로당은 2015년 말 현재 64,658개가 있는데 이는 노인 약 만 명당 1개에 해당하는 규모이다. 또한 1970년대부터 노인교실(노인학교 또는 노인대학)이 설치되어 왔다. 2014년 말 현재 1,361개가 파악되고 있다. 이렇게 오래전부터 운영되던 경로당과 노인교실은 1989년에 들어와 노인복지법의 개정을 통하여 노인여가시설로서의 법적 기반이 마련되었다.⁷⁷⁾ 인프라를 확보하는 과정이 먼저 이루어졌지만, 인프라의 수가 증가함에 따라 이와 관련된 법적 기반 마련이 요구되었기 때문이다.

노인여가복지시설로 규정되기 이전부터도 경로당에 대해서는 연료비 및 운영비가 지급되다가 현재는 지방자치단체별로 지역 상황에 맞추어 차등 지원하고 있으며 난방비는 일정 비율(서울 10%, 기타 지역 25%)로 국고 지원되고 있다. 또한 2006년부터는 지역사회 내의 다양한 프로그램과 서비스의 연계 조정을 지원할 수 있는 경로당 순회프로그램 관리자를 배

76) 노인복지법 연혁은 국회의 법률 지식 정보 시스템에 기초하여 정리되었음. 또한 주요 연혁은 보건복지부에서 발간한 『보건복지 70년사』에 기초하였음.

77) 그 이전까지는 제10조(경로 사업의 실시·지원) 국가 또는 지방자치단체는 경로당·노인정·노인교실 기타 노인의 복지 증진을 목적으로 하는 사업을 하는 자에 대하여 적절한 지원을 할 수 있다는 관련 규정만 있었음. 1987년 전부 개정 시 노인여가시설에는 경로당, 노인교실, 노인 휴양소만 포함되었음. 한편 노인복지(회)관은 1981년부터 노인복지시설로 분류되어 오다가 1997년에 비로소 노인여가복지시설로 분류되기 시작하였음.

치하였다. 또한 2013년부터 경로당광역지원센터를 시·도별로 1개를 설치·운영하도록 되어 있으며, 시·도지사가 시·도별 대한노인회 연합회에 운영 위탁하도록 하고 있다. 경로당은 2015년 현재 64,658개가 설치되어 있다. 반면 노인교실은 2015년 현재 1,377개가 지자체에 등록되어 있지만 전수가 등록되어 있지 않다는 점을 유의할 필요가 있다. 현재 노인교실에 대한 국고 지원이 없기 때문에 다른 노인여가복지시설과는 달리 전체적인 규모를 파악할 수 없다는 한계가 발생하고 있다.⁷⁸⁾

노인복지관은 1981년 노인복지법에 노인복지시설로 인정되어서 법적 근거가 마련되었지만⁷⁹⁾ 실제로 설치된 것은 1989년으로, 서울에 남부 노인복지관이라는 명칭으로 지방자치단체 예산으로 설립되었다.⁸⁰⁾ 1997년 전면 개정 시 기존의 경로당, 노인교실, 노인 휴양소에 노인복지회관까지 포함하여 노인여가복지시설로 분류되기 시작하였다. 또한 2007년 8월 일부 개정 시 노인복지회관에서 노인복지관으로 명칭이 변경되었다. 한편, 2005년부터 노인여가복지시설이 지방 이양사업으로 분류되면서, 노인복지관 신축에 필요한 예산의 일부가 분권 교부세의 형태로 지원되고 있다. 2015년 말 현재 노인복지관은 347개이다.⁸¹⁾

노인 휴양소의 경우 1989년부터 노인복지법상의 노인여가복지시설로 포함되었지만 시설 수가 극소수이며 이용자 수가 적어 2011년 일부 개정

78) 이 외에도 종교시설, 사설 문화센터, 금융기관 등에서 이루어지는 교육 프로그램이나 노인 학교(교실) 등도 다수 있으나 체계적으로 파악되거나 관리되지는 못하고 있음(한정란, 2016).

79) 1981년 제정 시 노인복지법은 노인복지시설을 종류별로 분류하지는 않고 양로시설, 노인 요양시설, 유료 양로시설, 노인복지회관과 같은 4개 시설을 포괄하였음. 노인복지회관은 무료로 또는 저렴한 요금으로 노인에 대하여 각종 상담에 응하고 건강의 증진·교양·오락 기타 노인의 복지 증진에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설로 정의되었음.

80) 1971년 인천광역시 노인복지회관이 최초이지만, 예산 지원을 받으며 공식적으로 운영된 남부노인복지관이 최초의 노인복지관으로 간주되고 있음.

81) 노인복지법상으로는 노인여가복지시설로 노인복지관이라는 시설 명칭이지만, 지방 이양 사업이기 때문에 지자체 조례에 따라서 노인복지회관, 노인복지센터 등 명칭은 다양함.

(6. 7.)을 통하여 노인여가복지시설에서 제외되었다.

위와 같이 살펴본 각 노인여가복지시설의 목적과 특징은 <표 7-1>과 같다. 본 시설은 지방 이양 사업으로 실시되고 있기 때문에 시장·군수·구청장에 설치를 신고하도록 되어 있으며 모두 60세 이상을 서비스 대상으로 적시하고 있다. 각 노인여가복지시설별 시설 수의 변화 추이를 살펴보면 <표 7-2>와 같다.

<표 7-1> 노인복지법상의 노인여가복지시설의 목적 및 특징

시설	목적	특징
노인복지관	노인의 교양·취미 생활 및 사회참여활동 등에 대한 각종 정보와 서비스를 제공하고, 건강증진 및 질병 예방과 소득보장·재가복지, 그밖에 노인의 복지 증진에 필요한 서비스 제공	사회복지사 근무 지자체 예산 + 신축에 필요한 예산 분권 교부세로 지원
경로당	지역 노인들이 자율적으로 친목 도모·취미 활동·공동 작업장 운영 및 각종 정보 교환과 기타 여가활동을 할 수 있도록 하는 장소 제공	지자체 예산 + 냉난방비 일부 국비 지원 경로당 외부에서 관리: 경로당 순회프로그램 관리자 광역 운영 지원 센터
노인교실	노인들에 대하여 사회 활동 참여 욕구를 충족시키기 위하여 건전한 취미생활·노인 건강 유지·소득보장 기타 일상생활과 관련한 학습 프로그램 제공	전적으로 지자체 관리 운영과 관련된 기준은 법적 근거뿐 아니라 사업 안내 등에서도 제시되지 않고 있음.

<표 7-2> 노인복지법상의 노인여가복지시설 수 변화 추이

시설	2010	2011	2012	2013	2014	2015
소 계	62,469	63,375	64,077	64,983	65,665	66,382
노인복지관	259	281	300	319	344	347
경로당	60,737	61,537	62,442	63,251	63,960	64,658
노인교실	1,464	1,557	1,335	1,413	1,361	1,377
노인 휴양소	9	0	0	0	0	0

자료: 보건복지부(2016). 노인복지시설 현황(2015. 12. 31. 현재).

한편, 노인의 자원봉사 활성화의 법적 기반이 되는 것은 노인복지법으로 1997년 전부 개정을 통하여 노인의 사회참여 지원 규정 및 지역봉사 지도원 위촉 업무 규정을 마련한 바 있다. 또한 2011년에 대한노인회 지원에 관한 법률이 제정되어 대한노인회를 통한 노인 자원봉사활동 지원의 법적 기반이 마련되었다. 본 법에서는 노인 사회참여와 관련하여 노인의 지역 봉사활동 기회를 넓히기 위하여 국가 또는 지방자치단체가 노인 지역 봉사 기관, 노인 취업 알선 기관 등 노인복지 관계 기관에 대하여 필요한 지원을 할 수 있다고 명시하고 있다.⁸²⁾ 또한 국가 또는 지방자치단체는 사회적 신망과 경험이 있는 노인으로서 지역 봉사를 희망하는 경우에는 이를 지역 봉사지도원으로 위촉할 수 있다고 규정하고 있다.⁸³⁾ 이 법안은 대한노인회라는 단체를 명시하고 있다는 점이 다른 법률과 구분되며, 대한노인회의 활동 중 일부로 자원봉사활동, 노인교실 및 경로당 관리·운영 등을 명시하고 있다.⁸⁴⁾

-
- 82) 제23조(노인 사회참여 지원) ① 국가 또는 지방자치단체는 노인의 사회참여 확대를 위하여 노인의 지역 봉사활동 기회를 넓히고 노인에게 적합한 직종의 개발과 그 보급을 위한 시책을 강구하며 근로 능력 있는 노인에게 일할 기회를 우선적으로 제공하도록 노력하여야 한다. ② 국가 또는 지방자치단체는 노인의 지역 봉사활동 및 취업의 활성화를 기하기 위하여 노인 지역 봉사 기관, 노인 취업 알선 기관 등 노인복지 관계 기관에 대하여 필요한 지원을 할 수 있다.
- 83) ① 국가 또는 지방자치단체는 사회적 신망과 경험이 있는 노인으로서 지역 봉사를 희망하는 경우에는 이를 지역봉사지도원으로 위촉할 수 있다. ② 제1항의 규정에 의한 지역봉사지도원의 업무는 다음 각 호와 같다.
1. 국가 또는 지방자치단체가 행하는 업무 중 민원인에 대한 상담 및 조언
 2. 도로의 교통정리, 주·정차 단속의 보조, 자연보호 및 환경 침해 행위 단속의 보조와 청소년 선도
 3. 충효 사상, 전통 의례 등 전통 문화의 전수 교육
 4. 문화재의 보호 및 안내
 - 4의2. 노인에 대한 교통 안전 및 교통 사고 예방 교육
 5. 기타 대통령령이 정하는 업무
- 84) (활동) 대한노인회는 노인의 권익 신장과 복지 향상 및 사회 봉사 촉진을 도모하기 위하여 다음 각 호의 활동을 수행한다.
1. 노인의 권익 신장 및 복지 향상
 2. 노인 자원봉사활동의 증진
 3. 노인교실 및 경로당 관리·운영

이러한 법적 기반 위에 노인을 대상으로 특화하여 이루어지고 있는 자원봉사 지원 활동 실태를 살펴보면 다음과 같다. 대한노인회에서 2011년부터 경로당을 중심으로 한 노인자원봉사클럽 조직 및 운영 지원을 하고 있는데 2016년 현재 1,831개 클럽(3만 3,856명 참여)에 운영비로 4,299백만 원(전액 국비)를 제공하고 있다. 한편 2007년부터 한국노인종합복지관협회 주관으로 전국의 노인복지관에서 전국 노인전문자원봉사 사업이 실행되어 오고 있다. 2016년 기준 5,090명이 참여하며 6억 6백만 원이 전액 국비로 제공되고 있다.⁸⁵⁾⁸⁶⁾ 또한 이 외에도 노인복지관에서는 자체적으로도 다양한 자원봉사 사업을 실시하고 있어서 노인복지관 한 곳당 평균 8개의 봉사단을 통하여 157명의 노인이 참여하고 있는 것으로 조사된 바 있다.⁸⁷⁾ 이를 종합하면 노인복지관을 통하여 4만721명이 자원봉사활동을 하고 있는 것이다.

한편 2007년부터 보건복지부의 지원을 받아 한국노인종합복지관협회에서 전국 자원봉사 대축제를 시작하였고 2009년부터 전문노인자원봉사 지원사업을 통해 우수 프로그램을 개발하여 매뉴얼로 제작보급하였고, 전국의 노인자원봉사단을 조직화하는 사업을 수행하였다.

-
4. 노인 취업 활동 및 노인 사회적 기업 지원
 5. 노인 건강증진을 위한 생활체육 촉진
 6. 노인 발전을 위한 조사 연구·교육 훈련·학술 진흥·홍보 출판·국제 교류 등의 업무
 7. 노인의 날 및 노인 주간 행사 주관
 8. 국가 또는 지방자치단체가 위탁하는 노인에 관한 업무
 9. 그 밖에 대한노인회의 목적 달성에 필요하여 정관으로 정하는 사항

85) 보건복지부 내부 자료에 기초함.

86) 교육상담, 금융경제, 기술기능경영, 문화예술 등 다양한 영역의 활동을 해 왔으나 2016년에는 우울자살예방으로 활동 내용이 단일화되었음.

87) 한국노인종합복지관협회가 2016. 5. 31. 기준으로 조사한 내부 자료에 기초한 것으로, 이금룡(2016)에 보고된 내용을 재인용함.

나. 타 부처의 노인 관련 정책

다른 정책 범주와 달리 여가활동 정책이 갖는 특징은 다양한 부처의 참여를 필요로 한다는 것인데, 이는 여가활동의 다양성에 기인한다 하겠다. 보건복지부가 노인복지정책의 맥락에서 노인을 특화한 정책에 초점을 둔 여가 정책을 수행해 왔다면, 타 부처의 경우 부처업무와 관련된 여가활동을 전 연령층을 대상으로 하여 수행하는 과정에서 증가하는 노인인구에 대한 특화된 관심의 필요성과 더불어 고령사회에 적절히 대응하기 위해서는 노인만을 위한 정책이 아니라 노인 이외의 세대도 함께 참여하고 누릴 수 있는 정책이 필요하다는 인식을 갖게 되었기 때문이다.⁸⁸⁾

1) 문화여가활동 지원⁸⁹⁾

우리나라의 문화여가활동 관련 정책의 중심점이 되고 있는 문화체육관광부는 전 연령을 대상으로 한 정책을 마련하고 있다. 그러나 고령화가

88) 실질적으로 보건복지부 외의 부처에서 노년기의 여가활동에 대하여 구체적인 관심을 갖게 된 계기는 저출산고령사회기본계획인, 1~3차 기본계획상의 여가활동 지원 관련 정책 과제는 다음과 같음.

제1차	제2차	제3차
문화예술 프로그램 이용료 지원 (문화 바우처)	고령자 자원봉사활동의 활성화	고령세대의 여가기회 확대
한방의료센터, 온천 및 휴양림 등 고령 친화적인 관광휴양시설 조성	고령자 자원봉사활동의 전문화	고령친화형 콘텐츠 개발
문화예술활동의 소비자에서 '생각자'로서의 노인 역할 제고	고령자 자원봉사활동 기반 마련	고령자 문화여가인프라 개선
실버문화 노인 프로그램 운영	자원봉사 정보망 연계 구축	고령자 자원봉사 지원체계 강화
노인 특성에 적합한 문화예술교육 프로그램 개발	고령자의 여가문화 프로그램 개발 보급	고령자 사회활동 지원사업의 공익활동 내실화
	노인복지시설 인프라 확충	고령자 교육기반 확충
	문화바우처 지원	계층별 맞춤형 평생교육 활성화
	지방문화원 어르신문화 프로그램 개발 보급	사도-시군구-읍면동까지 연계된 국가 평생교육진흥 추진 체계

89) 2015년 중앙 부처의 저출산고령사회기본계획 시행 계획에 기초하였음.

진전됨에 따라서 노인에 대한 관심을 구체화하고 있다. 2012년 11월 23일 총리 주재 제11차 서민 생활 대책 회의에서 발표한 ‘고령화 시대 노인층 여가 활성화 방안’이 중요한 출발점이다. 이를 통하여 여가 문화 기반 조성, 문화·예술·체육 참여 기회 확대, 공동체 문화 활성화, 소외 계층 여가 접근성 보장이라는 4가지 추진 전략을 제시한 바 있다. 이러한 맥락에서 국민여가활성화기본법이 2015년 5월 18일 제정되었고,⁹⁰⁾ 본 법에는 사회적 약자의 여가활동 지원과 관련하여 노인에 대한 특화된 관심을 밝히고 있다.⁹¹⁾ 본법은 종합 계획의 수립을 포함하고 있다.⁹²⁾

또한 지방 문화원 진흥법⁹³⁾에 기초하여 운영되고 있는 지방 문화원은 2015년 현재 16개, 시·도 문화원 연합회/세종특별자치시하에 228개 지방 문화원이 활동 중이다. 기본적으로는 모든 연령의 구성원을 대상으로 하고 있지만, 2005년부터 노인의 문화향유 기회확대 및 능동적 사회참여 증진을 목적으로 한 어르신 문화 프로그램 사업을 추진하고 있다. 동 사업은 프로그램에 참여하는 동안 자연스럽게 ‘배움’에서 ‘나눔’으로 이어질 수 있도록 문화예술 교육·문화 재능기부 활동·문화 동아리 활동·어르신 문화 축제 등 어르신 문화와 관련된 활동을 총체적으로 지원하고 있는데, 2016년의 경우 391개 프로그램을 지원하고 있다(한국문화원 홈페이지, 2016. 10. 28. 인출).⁹⁴⁾

90) 본 법은 여가 활성화에 관한 정책의 수립 및 시행 등에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 자유로운 여가활동 기반을 조성하고 국민들이 다양한 여가활동을 통하여 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 하는 것을 목적으로 하고 있음.

91) 제14조(사회적 약자의 여가활동 지원) 국가와 지방자치단체는 여가 정책을 수립·시행함에 있어 장애인, 노인, 저소득층 및 다문화 가정 등 사회적 약자의 여가활동을 증진하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

92) 관련하여 한국문화관광연구원은 최근(2016. 7.) 『국민 여가 활성화 기본계획 수립을 위한 연구』를 발표한 바 있음.

93) 1994년에 제정되었으며, 지방 문화원을 건전하게 육성·발전시킴으로써 지역 문화를 균형 있게 진흥시키는 데에 이바지함을 목적으로 하고 있음.

94) 문화체육관광부의 ‘2014 문화예술 정책 백서’에 의하면 2014년 기준 노인 여가 문화 프로그램 참여 인원은 13,366명임. 이 중 어르신 문화 나눔 봉사단은 자원봉사의 성격

지방 문화원을 중심으로 한 문화 프로그램 사업과 더불어 문화체육관광부에서 추진하고 있는 노인 대상 프로그램의 하나로 한국문화예술교육진흥원에서는 노인복지관 문화예술 교육 지원 사업을 실시하고 있는데 2015년 기준 참여 기관은 200개, 참여자는 6,050명이고, 문화예술 교육 기획 프로그램의 일환으로 노인을 대상으로 한 움직이는 예술 정거장(2015년 기준 39개 시설 및 573명 참여)이 운영 중이다(한국문화예술교육진흥원, 2015).

이 외에도 고령 친화형 콘텐츠 개발, 문화 여가 인프라 개선의 노력을 수행 중이다. 또한 어르신 생활체육 활성화를 위하여 전담 지도자를 배치하고 경로당에 운동 용품을 지원하고 있다. 공동체 문화 활성화를 위하여 세대 간 소통 프로그램 강화 및 재능과 경력을 활용한 자원봉사 활성화를 추진 중이다. 통합 문화 이용권(문화 누리 카드)을 2005년부터 도입하였는데,⁹⁵⁾ 60세 이상 노인의 문화 이용권 이용 건수는 240,311건으로 전체 승인 건수의 12.7%를 차지하고 있다. 60세 이상 노인의 문화 이용권 이용 영역은 도서가 52.5%로 약 절반을 차지하며 다음이 영화 관람으로 38.3%이며, 전시, 음악, 연극이나 콘서트 등 과 같은 문화 행사 관련은 매우 낮은 수준을 보이고 있다(이삼식 등, 2014, p.249).

2) 학습활동 지원

평생교육의 중요성에 대한 인식에 기반하여 사회교육법(1982년 제정)이 1999년의 전면 개정을 통하여 평생교육법으로 개칭되었다. 평생교육

을 갖고 있으며 2015년 기준 78개로 전체 프로그램의 18%를 차지하고 있음.

95) 문화관광부에서 문화 바우처 시범 사업으로 2005년에 추진되어 2011년에 문화 카드제가 도입되었으며 2014년에 문화·여행·스포츠 관람 3개 이용권을 통합하여 문화 누리 카드를 발급하였음.

법에 기반한 전반적인 계획과 프로그램 개발은 교육부를 중심으로 하여 이루어지고 있다. 교육부는 국가-시·도 및 교육청-시·군·구-읍·면·동으로 이어지는 평생교육 추진 체계를 구축하였으며, 읍·면·동 단위로 행복학습센터 운영을 지원하고 있다.⁹⁶⁾ 전국 17개 시·도 평생교육진흥원 및 전국 기초자치단체 내에 92개의 행복학습센터를 운영하고 있고 143개 평생학습 도시를 조성하고 있다(국가평생교육진흥원 홈페이지 www.nile.or.kr). 이 외에도 유·초·중등학교 부설, 대학(원) 부설, 원격 형태, 시민사회 단체 부설, 언론 기관 부설, 지식·인력 개발 형태, 학원 등을 모두 포함하면 2015년 현재 11,115개의 기관이 있으며 주민자치센터에도 평생교육 기능을 수행하고 있다.

평생교육과 관련해서는 제1차 국가 인적자원개발 기본계획의 실행을 위한 평생학습진흥종합계획(2002~2006년), 제2차 평생교육진흥기본계획(2008~2012)을 수립한 바 있다. 이는 평생학습 사회 구현을 위한 평생교육 추진-지원-전담 기구 정비와 평생학습 도시를 통한 지역 평생교육 기반조성에 초점을 두었다. 이에 비하여 제3차 계획은 창조경제시대의 진입에 따라 전 생애 역량을 개발할 수 있는 평생교육체제를 구축할 뿐만 아니라, 100세 시대에 대응하여 제2의 인생 설계를 통한 생애 주기별·계층별 맞춤형 평생학습 지원으로 국민의 삶의 질이 향상될 수 있도록 추진할 계획을 세우고 있다는 점에서 그 이전에 비하여 좀 더 노년기의 평생학습 활성화에 관심을 갖고 있다 하겠다.

인생 후반기의 행복한 여생을 설계할 수 있는 취미 생활, 여가 선용을 위한 노년층 대상 평생교육 프로그램을 확충하여 노년층의 삶의 질 향상

96) 평생교육은 개인의 자아실현을 위하여 언제 어디서나 원하는 교육을 받아 삶의 질을 향상시킬 수 있는 교육을 총칭하는 것으로, 「평생교육법」에 근거하여 학교의 정규 교육 과정을 제외한 기초 문해 교육, 학력 보완 교육, 직업 능력 교육, 문화예술 교육, 인문 교양 교육, 시민 참여 교육 등 모든 형태의 조직적인 교육 활동을 포함하는 것임. 2000년 처음으로 평생교육센터 설치.

과 더불어 지역사회 봉사를 유도할 필요가 있다는 인식하에 ‘100세 시대 국가 평생학습체제구축’을 위한 제3차 평생교육진흥 기본계획(2013~2017)을 발표하였다. 주요 목표는 일-학습-능력 연계를 위한 대학 중심 평생교육 체제 실현, 평생학습 접근성 제고를 위한 온-오프라인 평생학습 종합 지원 체제 구축, 사회 통합을 위한 생애 주기별·계층별 맞춤형 평생학습 지원, 창조 경제 견인을 위한 지역사회의 학습 역량 강화이다.⁹⁷⁾

노인에게 적용될 평생교육과 관련해서는 은퇴 인력을 활용한 교육 기부 활성화와 더불어 계층별 맞춤형 평생교육을 활성화해 갈 예정이다. 노년층을 대상으로 하여 평생학습도시, 행복학습센터 사업에서 실버세대 특화 프로그램 운영의 활성화를 지향하고 있다. 고령층, 6070세대의 여가-복지-교육 연계 프로그램 개발·제공으로 6070세대의 삶의 질 향상 및 지역사회 공헌을 유도하기 위하여 여가·복지·교육 융복합 프로그램을 개발 운영한다는 목표 아래 지역의 특성 및 지역 산업과 연계한 고령층 실버세대 특성화 프로그램을 개발·운영하며, 6070세대를 위한 전문적 학습 설계 및 사회 활동 통합 상담 지원 시스템(어르신 포털)을 구축하고, 공부하면서 여가를 즐기는 노인 대상 평생교육 프로그램을 개발·지원한다는 계획을 갖고 있다.

97) 평생교육은 구조화된 교수 활동을 하지만 학력(학위)이 인정되지 않는 학원 수강, 개인 강습, 인터넷 강의, 스터디 클럽 등의 활동과 같은 비형식 교육과, 구조화된 교수 활동도 학력(학위)도 인정되지 않은 주변 지인의 도움 및 조언을 통한 학습, 인쇄 매체 및 인터넷 등을 이용한 무형식 학습으로 나눌 수 있는데, 이 중 노년기 평생교육은 비형식 교육에 한정하고자 함.

3) 자원봉사활동 지원⁹⁸⁾

우리 사회 자원봉사활동의 진흥을 위하여 자원봉사활동기본법이 2005년 마련되었으며, 사회복지사업법상의 사회복지 자원봉사활동 지원 규정이 있다. 자원봉사활동기본법에 기초하여 2차에 걸친 국가 기본계획(1차: 2008~2012, 2차: 2013~2017)이 마련된 바 있다. 노인 자원봉사에 대한 구체적인 관심이 나타난 것은 2차 기본계획으로 생애 주기별 자원봉사의 확대를 강조하면서 세부 정책 과제로 은퇴자 및 노인 자원봉사 활성화를 제시한 바 있다. 사회복지사업법에 의하여 1004지역사회 봉사단 및 자원봉사 인증 시스템인 VMS를 운영 중이다. 노인에 특화된 프로그램이 별도로 있지는 않다.

한편, 행정자치부에서는 모든 연령을 대상으로 한 자원봉사센터를 2014년 12월 기준 245개 운영 중에 있다. 자원봉사활동을 15개 활동 영역으로 실태 관리 중(생활편의, 주거환경, 상담, 교육, 보건, 재난, 국제협력, 멘토링, 기타)인데, 전체 참여자 중 60세 이상이 9~10%로 정체 상태(타 연령의 경우도 20%대에서 정체 중)이다(행정자치부-한국중앙자원봉사센터, 2015).

이 외에도 미래창조과학부에서는 과학기술인 자원봉사활동 활성화(2007년 도입)를, 교육부에서는 은퇴인력활용 교육기부 활성화(2016년 도입)를 실시 중이며, 인사혁신처에서도 퇴직공무원 사회공헌연계 활성화를 위하여 퇴직공무원종합포털(G-시니어)을 오픈하여 퇴직 공무원 사회

98) 자원봉사는 무보수성을 핵심적인 가치로 삼고 있는 자발적인 공익 활동으로 정의할 수 있음. 이에 비하여 시민 서비스는 일반적으로 금전적인 인센티브가 제공되며 정보와 편의의 제공을 통하여 서비스의 효율성 향상을 도모함. 주로 정부나 지자체, 국제기구 등에서 지원 및 운영관리가 이루어지는 경향이 있음. 본 장에서는 분명한 논의를 위하여 시민 서비스는 논의하지 않고자 함. 자원봉사와 시민 서비스에 관한 논의는 지은정(2014)을 참고할 것.

공헌 활동을 활성화(2012년 도입)하기 위한 노력을 하고 있으나 실제 참여 규모는 크지 않다. 과학기술인 자원봉사활동 활성화 사업에는 155명이, 은퇴인력활용 교육기부 활성화에는 83명, 퇴직공무원 사회공헌활동 연계 활성화 사업에는 309,055명이 참가하였다.⁹⁹⁾

위와 같은 지원 정책에도 불구하고 여전히 노인의 자원봉사 참여율은 저조하다. 노인실태조사에 의하면 2014년의 참여율이 4.5%로 10년 전인 2004년의 4.0%와 큰 차이를 보이지 않고 있으며 국제적으로도 매우 낮은 수준이다.¹⁰⁰⁾

위에서 살펴본 주요 노인 여가활동 지원 시설의 목적 및 특징을 정리해 보면 <표 7-3>과 같으며 각 시설 수의 변화 추이는 <표 7-4>와 같다.

<표 7-3> 주요 노인 여가활동 지원 시설의 목적 및 특징

시설	목적	특징	법적 기반
지방 문화원	지역 문화의 계발·보존 및 활용을 통하여 지역 문화의 국내의 교류, 지역 문화 행사의 개최 등 지역문화 창달을 위한 사업, 지역 문화 활성화를 위한 컨설팅 지원 사업 등을 수행함.	시·군 또는 자치구별로 1개의 원(院)을 두도록 함. 16개 시도 연합회와 한국 문화원 연합회	지방 문화원진흥법
평생 교육 기관	평생교육진흥원(시·도), 평생학습 도시(시·군·구), 행복 학습 센터(읍·면·동)으로 이어지는 추진 체제 및 다모아 평생교육정보망 등 평생교육 추진 기반 구축		평생 교육법
자원봉사 센터	자원봉사활동의 발굴과 원조를 위한 조사, 연구, 홍보, 연락 조정, 복지 교육, 자원봉사국의 설치·운영, 또는 자원봉사활동의 사고에 대한 보험 운영, 자원봉사활동 기금의 조성 등 사업이나 활동	시·군·구 1개 설치 지자체 예산	자원 봉사 활동 기본법

99) 각 부처 담당과의 내부 자료임.

100) 국제 비교가 가능한 World Value Survey(2010~2012)에 의하면 60세 이상의 자원 봉사 참여율은 한국 1.5%, 미국 22.3%, 일본 2.2%, 독일 6.7%, 스웨덴 14.2%임. 이렇게 낮은 참여율의 원인으로는 노인의 낮은 건강 및 경제적 수준, 다양한 프로그램의 부재, 종합적 컨트롤 타워의 부재 등이 언급되고 있음(김충묵, 이진, 2016).

〈표 7-4〉 노인복지법상의 노인여가복지시설 수 변화 추이

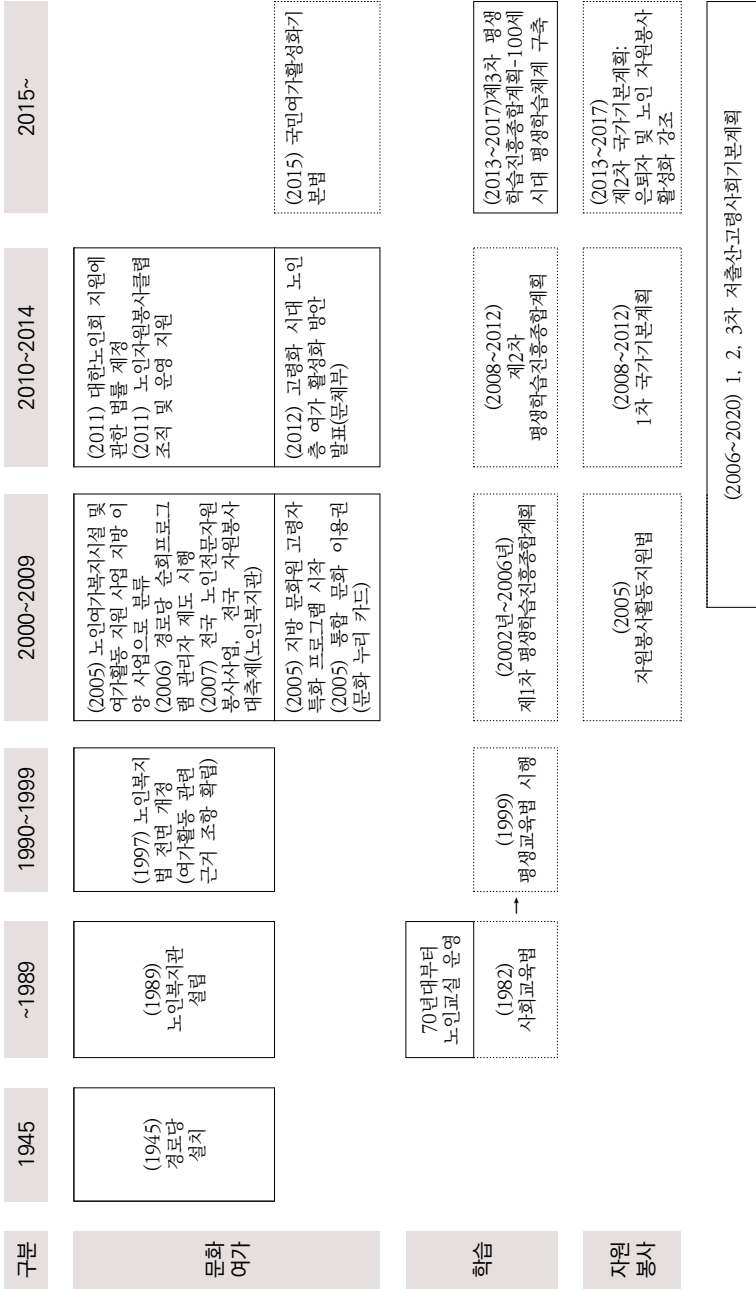
시 설	2010	2011	2012	2013	2014	2015
평생교육기관 ¹⁾	-	-	-	3,965	4,342	4,144
자원봉사센터 ²⁾	246	246	246	246	245	-

자료: 1) 교육부, 한국교육개발원(2015). 2015 평생교육통계 자료집.

2) 행정자치부, 한국중앙자원봉사센터. 2015 자원봉사센터 현황 I(2014. 12. 31. 현재).

위에서 살펴본 노인만을 대상으로 한 정책과 각 부처에서 고령화에 따라 노인에 대한 관심을 구체화한 과정을 다양한 여가활동별로 정리해 보면 [그림 7-1]과 같다.

[그림 7-1] 노인의 여가활동 지원 관련 주요 정책의 변화 과정



제2절 정책의 현황과 진단

1. 노인의 사회참여 현황

가. 개요

노인의 주말이나 휴일의 여가 활용방법을 살펴보면 TV 및 DVD 시청이 가장 보편적인 방법으로 83.1%에 달하고 있다. 다음이 휴식(51.3%)이다. 봉사 및 종교 활동을 제외하면 모두 10% 미만의 수준을 보이고 있다.¹⁰¹⁾ 즉 다양한 공적 지원 정책에도 불구하고 아직도 노인의 여가 시간은 개인이 개별적으로 하는 활동 중심으로 획일화되어 있는 것이다. 이는 다른 연령층이 문화예술 관람 및 참여, 취미, 자기 개발, 자원봉사 등 다양한 활동에 참여하고 있는 것과 대조된다(표 7-5 참조).

이러한 주말이나 휴일의 여가 활용 현황을 이들이 희망하는 주말이나 휴일의 여가 활용 방법과 비교해 보면 TV 및 DVD 시청이라는 응답과 휴식이라는 응답은 모두 실제 활용에 비하여 낮은 수준을 보이고 있다. 반면 관광 활동이라는 응답은 활동 참가율인 3.7%에 비하여 월등히 높은 51.1%를 보이고 있고, 다음이 봉사 및 종교활동(23.7%), 취미, 자기 개발(17.1%), 문화예술 관람 및 참여(15.7%)이다. 즉 현재와 같은 소극적이며 단조로운 활동과는 달리 다양한 여가활동을 희망하고 있는 것이다. 이러한 구현되지 않은 욕구를 구체적인 활동으로 이끌어 낼 수 있는 시도가 요구된다.

101) 그러나 봉사 및 종교활동의 경우도 봉사활동만을 분리한 조사 결과와 비교해 본다면 다수가 종교활동에 기인하는 수치임을 알 수 있음. 2013년도 통계청의 사회 조사에 의하면 65세 이상 연령층의 종교활동 참여율은 17.0%이며 자원봉사활동 참가율은 0.4%임.

〈표 7-5〉 노인의 주말이나 휴일의 여가 활용

(단위: %)

특성	TV 및 DVD 시청	문화예술 관람 및 참여	스포츠 활동 (관람 포함)	관광 활동	취미, 자기 개발	휴식	봉사 및 종교 활동	기타 ¹⁾
활용 실태								
13~19세	60.5	22.1	5.4	4.1	17.0	4.0	54.8	20.7
20~29세	60.1	30.4	4.5	7.4	12.3	9.5	35.2	23.2
30~39세	68.0	22.3	3.0	5.6	12.2	21.5	21.3	14.3
40~49세	69.0	17.9	2.3	4.8	16.4	14.5	14.6	14.1
50~59세	72.2	9.9	2.3	3.6	16.2	10.0	8.1	13.0
60세 이상	81.2	3.8	1.1	1.5	8.2	4.6	2.8	8.2
65세 이상	83.1	3.0	1.0	1.1	6.4	3.7	2.0	7.1
성								
남자	82.6	4.2	12.5	5.0	8.3	49.5	12.1	6.0
여자	83.5	3.5	3.5	2.7	6.2	52.6	17.7	3.0
연령								
65~69세	79.1	5.6	11.2	5.8	9.6	51.0	16.4	4.9
70~79세	84.7	3.6	6.5	3.3	7.0	50.3	15.0	4.7
80세 이상	86.2	0.9	2.5	0.7	2.8	54.6	14.6	1.8
희망하는 활동								
13~19세	16.9	45.8	12.4	12.1	31.0	44.9	21.5	38.8
20~29세	9.9	45.9	13.2	13.1	28.5	58.4	9.7	42.2
30~39세	10.7	43.3	10.3	10.9	30.2	64.8	5.0	41.5
40~49세	10.9	38.6	9.3	10.0	29.6	65.3	2.9	37.5
50~59세	15.4	27.7	8.7	8.6	22.3	62.8	2.1	31.8
60세 이상	28.4	15.0	4.4	4.5	9.4	54.0	1.3	19.5
65세 이상	31.9	12.7	3.8	3.6	6.8	51.1	1.2	17.1
성								
남자	28.5	15.9	18.0	54.5	20.0	26.6	20.2	2.3
여자	34.4	15.5	4.4	48.7	15.0	32.7	26.3	1.2
연령								
65~69세	23.0	31.0	15.6	58.7	22.3	26.2	23.6	2.1
70~79세	33.4	14.5	8.9	51.0	17.0	30.0	24.0	1.6
80세 이상	44.4	8.9	3.4	37.8	8.0	37.8	23.2	0.8

주: 1) 컴퓨터 게임, 인터넷 검색 등 포함.

자료: 통계청(2016), 사회조사, 2015. 고령자 통계.

한편 노인의 학습활동 참가 실태를 살펴본 <표 7-6>에 의하면 참여율이 13.7% 수준에 머물고 있다. 다양한 문화여가 및 학습활동 수준이 높은 편은 아니지만, 자원봉사활동 참여율 4.5%에 비해서는 높은 것이다.

이를 노인의 특성별로 비교해 보면, 남자에 비하여 여자의 평생교육 참가율이 두 배에 달하는 차이를 보이고 있고, 연령이 낮을수록, 가구소득이 높을수록 평생교육 참가율, 자원봉사 참가율이 높은 현상이 뚜렷하게 나타났다. 한편 기능 상태의 경우 기능상 제한이 있을수록 다양한 활동 참가율이 낮은 것으로 나타났다. 이들 후기노년기에 갈수록 뚜렷해지는 기능 저하 노인들의 활기찬 생활을 가능하게 해 줄 수 있는 정책적 관심이 필요해 보인다.

이를 종합한 사회·여가·문화활동 전반에 대한 만족률은 34.8%이며, 연령이 낮을수록, 소득수준이 높을수록 만족률이 높은 경향이 뚜렷하다.

〈표 7-6〉 노인의 제특성별·활동 내용별 사회참여 현황

(단위: %, 명)

특성	사회여가 문화활동 만족률	취미·여가 활동 희망률 ¹⁾	평생교육		자원봉사	
			참여율	희망률 ¹⁾	참여율	희망률 ¹⁾
전체	34.8	81.8	13.7	25.2	4.5	20.7
지역						
동부	35.1	82.0	14.4	26.8	4.7	22.2
읍면부	33.8	81.1	11.4	20.0	3.9	15.5
성						
남자	39.1	84.7	8.5	23.2	5.2	23.8
여자	31.8	79.7	17.3	26.7	4.0	18.4
연령						
65~69세	41.5	88.8	14.7	33.7	7.3	31.3
70~74세	34.9	83.9	14.5	25.8	4.7	22.0
75~79세	32.4	79.5	14.6	22.5	2.4	14.3
80~84세	30.5	74.6	12.0	16.4	2.6	10.0
85세 이상	19.4	61.4	6.3	9.1	0.5	4.4
교육수준						
무학(글자모름)	19.4	64.2	6.2	9.0	0.4	5.6
무학(글자해독)	23.4	79.7	11.8	18.9	1.8	11.8
초등학교	32.5	80.2	13.6	23.3	3.2	18.5
중학교	41.4	87.6	16.2	28.3	7.8	28.3
고등학교	45.9	88.7	15.3	35.1	7.6	31.9
전문대학 이상	57.5	90.5	19.9	41.3	9.6	33.9
연 가구소득						
제1오 분위	23.3	73.5	12.2	18.1	1.8	11.8
제2오 분위	30.1	81.7	12.4	23.3	4.0	17.6
제3오 분위	35.8	83.5	12.7	24.6	4.0	20.3
제4오 분위	39.1	85.9	14.2	27.6	5.7	26.6
제5오 분위	46.0	84.4	16.8	32.8	6.7	27.2
기능 상태						
제한 없음	38.8	84.8	14.8	27.9	5.2	23.3
제한 있음	15.4	66.8	7.9	12.0	0.9	7.5

주: 노후(여성)의 희망 정도에 대하여 반드시 하고 싶음, 될 수 있으면 하고 싶음, 기회가 되면 할 생각 있음으로 응답한 경우를 더한 수치임.

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 〈표 6-5〉, 〈표 11-26〉, 〈표 11-6〉, 〈표 11-10〉, 〈표 11-24〉, 〈표 11-25〉에 기초함.

나. 노인여가복지시설 이용

대표적인 노인여가복지시설인 경로당과 노인복지관의 이용 실태 및 이용 희망률을 살펴보면 <표 7-7>과 같다. 노인의 25.9%가 경로당을 이용하고 있으며 노인복지관 이용률은 8.9%에 불과하다. 이는 경로당은 기관 수가 매우 많은 반면 노인복지관은 도시 지역이나 농어촌 지역에서도 읍 지역 중심으로 설치되어 있는 등 노인여가복지시설의 종류별 시설 수와 분포에 차이가 크기 때문일 것이다. 경로당의 경우 교육수준이 낮거나, 소득수준이 낮거나 연령이 높은 노인들에게 상대적으로 많이 활용되고 있는 것을 볼 수 있다. 또한 이용 희망률은 34.2%로 이용률보다 약 10% 포인트 높는데, 특성별로 비교해 보면 모든 노인에게서 이용 희망률이 높은 것이 아니라, 80세 전후에서 소득 하위 40% 층에서 높은 것을 볼 수 있다.

한편 노인복지관의 경우는 이용 희망률이 이용률의 두 배를 넘고 있으며, 특히 도시 지역과 전기 노인에게서 높은 희망률을 보이며, 모든 소득 계층에서 유사한 이용 희망률을 보이고 있다. 또한 중고등학교 졸업 학력을 가진 노인들에게서 이용 희망률이 가장 높다.

기능 제한 여부에 따른 경로당과 노인복지관 이용 희망률에 있어 서로 다른 패턴을 보이고 있음에 주목할 필요가 있다. 경로당은 기능상의 제한이 있는 노인의 이용 희망률이 기능 제한이 없는 노인에 비하여 높은 반면, 노인복지관은 정반대로 약 두 배의 차이를 보이고 있다.

〈표 7-7〉 노인의 노인여가복지시설 이용 현황

(단위: %, 명)

특성	경로당		노인복지관	
	이용률	이용 희망률	이용률	이용 희망률
전체	25.9	34.2	8.9	19.5
지역				
동부	17.2	26.6	9.3	21.7
읍·면부	54.3	58.9	7.6	12.3
성				
남자	20.7	29.2	8.4	19.3
여자	29.6	37.7	9.3	19.6
연령				
65~69세	13.5	26.5	6.2	22.8
70~74세	24.4	33.6	10.3	21.9
75~79세	35.1	40.4	11.3	18.0
80~84세	38.6	42.0	10.6	13.9
85세 이상	38.0	39.0	6.3	9.7
교육수준				
무학(글자모름)	41.0	47.2	7.8	12.7
무학(글자해독)	38.3	46.5	7.8	16.3
초등학교	28.5	37.5	9.2	20.8
중학교	17.9	28.1	10.9	23.0
고등학교	11.7	19.5	9.5	23.3
전문대학 이상	7.8	13.5	7.3	16.5
연 가구소득				
제1오분위	34.4	40.0	11.7	19.3
제2오분위	31.2	40.8	10.1	19.6
제3오분위	25.4	35.1	8.1	20.5
제4오분위	22.1	31.2	8.2	20.3
제5오분위	16.1	23.6	6.5	17.6
기능 상태				
제한 없음	24.6	33.6	9.6	21.2
제한 있음	32.2	37.0	5.7	10.9

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 〈표 11-7〉과 〈표 11-20〉에 기초함.

다. 학습활동

노인의 학습활동 참가율은 10년 전의 4.8%에 비하여 약 10% 포인트가 증가한 13.7% 수준을 보이고 있다(표 7-6 참조). 이는 절대적인 수준은 낮지만, 참가율이 지난 10년간 답보 상태이며 그 수준 또한 낮은 자원봉사활동에 비교해 볼 때 정책적 관심의 성과가 있었던 것으로 보인다. 이들 평생교육 참가 노인들이 주로 참여한 영역은 예술 문화 영역이었고, 다음으로는 건강관리/운동 영역으로 노년기의 주요 관심사를 엿볼 수 있다. 또한 이들이 참여한 기관은 시·군·구·읍·면·동에서 운영하는 평생교육 프로그램과 노인복지관으로 노인의 학습활동 참여율이 증가한 것은 공적인 평생교육기관 확대의 결과임을 확인할 수 있다. 평생교육 참여 희망률은 25.2%로 현재 참여율보다 10% 포인트 이상 높다. 특히 남자 노인(참가율 8.5%, 참여 희망률 23.2%)의 참가율과 참여 희망률의 차이가 거의 4배에 달하고 있어 남자 노인의 미충족 학습 욕구가 큰 상황이다. 또한 연령이 낮을수록 평생교육 참여 욕구가 높아 전기 노인과 예비 노인을 대상으로 학습 욕구가 급증할 것임을 예상해 볼 수 있다. 65~69세군은 33.7%로 80~84세의 16.4%, 85세 이상의 9.1%와 대조된다. 교육수준과 학습 참여 욕구는 정비례 관계를 보이며, 특히 고등학교 이상 학력을 가진 노인에게서 참여 욕구가 매우 높음을 볼 수 있다. 가구소득 또한 그 수준이 높을수록 참여 희망률이 높는데, 이는 이들의 학습 관련 서비스의 질에 대한 기대 수준도 높아질 것임을 예상케 한다. 또한 기능상태 제한을 경험하는 노인의 평생교육 참여 희망률이 7.9%로 기능 상태 제한이 없는 노인의 약 두 배(14.8%)에 달하는 등, 기능 상태 제한은 학습활동 참여 욕구를 제한하는 것으로 보인다(표 7-6 참조).

〈표 7-8〉 65세 이상 노인의 일반 특성별 평생교육 프로그램 참여 실태

1) 참여 영역

(단위: %, 명)

특성	건강 관리 /운동	예술 문화	여학	인문학	정보화	취업 /직업	기타	계	(명)
전체 ¹⁾	36.0	41.5	10.4	2.9	6.9	1.1	1.2	100.0	(1,403)

주: 1) 본인 응답자 10,279명 중 지난 1년간 평생교육 프로그램에 참여한 적이 있다고 응답한 1,403명을 대상으로 함.

2) 실시 기관

특성	노인 복지관	경로당	대한 노인회	종교 기관	시·군·구/ 읍·면·동	학교	문화 예술회관 등	시설문화 센터·학원	기타	계	(명)
전체	24.2	12.6	2.4	9.3	24.3	2.2	14.4	8.2	2.4	100.0	(1,403)

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. p.444, 〈표 11-7〉 재인용.

라. 자원봉사활동

실제 자원봉사 참여율과 참여 희망률을 비교해 보면 매우 큰 차이가 있다(표 7-6 참조). 노인의 자원봉사 참여율은 4.5%에 불과하지만 희망률은 20.7%인데, 이러한 차이는 특히 도시 지역 노인과 남자 노인에게서 크게 나타난다. 동부 노인의 22.2%와 남자 노인의 23.8%가 자원봉사 참여를 희망하고 있어 평균보다 높을 뿐만 아니라 현재 참가율과 약 17% 포인트의 차이를 보이고 있다.

특히 연령에 따른 참가 희망률의 차이는 매우 크다. 65~69세 연령군은 상대적으로 다른 연령층에 비하여 참가율 자체가 높을 뿐만 아니라 참가 희망률도 31.3%로 다른 연령층에 비하여 월등히 높다. 이러한 경향은 노년층으로 진입할 베이비부머를 포함한 예비 노인에게서도 이러한 경향이 이어질 것으로 기대하게 한다.¹⁰²⁾ 또한 가구소득이 높을수록 희망률이 높고, 기능 상태 제한이 없는 노인에게서 월등히 높은데, 이는 평생교육

의 경우와도 동일한 경향이다.

2. 정책 진단

가. 정책 방향성의 적합성

노인복지의 법적 기반이 되고 있는 노인복지법을 살펴보면 노인여가에 대한 규정과 초점이 명확하지 않음을 볼 수 있다. 노인복지법 제23조(노인 사회참여 지원)에서 국가 또는 지방자치단체는 노인의 사회참여 확대를 위하여 노인의 지역 봉사활동 기회를 넓히고 노인에게 적합한 직종의 개발과 그 보급을 위한 시책을 강구하며 근로 능력이 있는 노인에게 일할 기회를 우선적으로 제공하도록 노력하여야 한다고 언급하고 있다. 또한 제36조에서 언급되고 있는 노인여가복지시설은 노인복지관, 경로당, 노인교실인데 구체적인 정의를 살펴보면 여가활동 지원에만 초점을 두기 보다는 노인복지의 맥락 속에서 다양한 서비스를 제공하는 것으로 설정되어 있다(표 7-1 참조). 즉, 여가 중 적극적인 여가활동에만 정책적 초점이 있고 시설의 서비스 내용이 여가활동에 특화되어 있지는 않다.

반면 국민여가활성화기본법에서는 여가를 명확히 정의하고 있는데, 이에 따르면 여가는 자유시간 동안 행하는 강제되지 아니한 활동이며(제3조). 구체적으로는 문화예술진흥법에 기초한 문화예술, 관광 기본법에 따른 국민 관광, 국민체육진흥법에 따른 체육, 생활체육으로 규정하고 있다. 또한 여가시설은 실내와 야외 그리고 사이버 공간 등에서 문화예술, 관광, 체육, 자기 계발, 사교, 놀이, 휴양, 오락 등을 목적으로 국민들이

102) 베이비부머를 대상으로 실시한 2010년도 조사에 의하면 44.0%가 참여 의향이 있다고 응답하였음(정경희 등, 2010).

여가활동을 할 때 지속적으로 사용하는 시설과 공간으로 정의되고 있다. 즉, 국민여가활성화기본법에서 나타난 여가는 휴식이나 기분 전환과 같은 소극적인 행위에 초점이 있다. 더불어 본 법은 노인을 사회적 약자로 보고 있어서 잔여적 접근을 하고 있음을 볼 수 있다. 본 법 제14조의 사회적 약자의 여가활동 지원의 대상으로 장애인, 노인, 저소득층 및 다문화 가정 등이 언급되고 있다. 반면 평생교육법이나 자원봉사활동 지원법에는 노인에 대한 특화된 언급이 없다. 즉 보건복지부를 제외한 부처의 관련법은 노인에 대한 관심을 표명하지 않고 있거나 노인을 사회적 약자로 보고 있어 노인 전체 인구에 대한 정책적 접근을 하지 않는 한계를 보이고 있다.

그러나 구체적인 정책 수립 과정에서 마련된 종합 계획에서는 노인에 대한 관심이 부분적으로 드러나고 있다. 평생교육과 관련해서는 은퇴 인력의 활용과 실버세대 특화 프로그램의 운영, 6070세대의 여가-복지-교육의 연계를 통한 삶의 질 향상 및 지역사회 공헌 방안을 모색하고 있다. 한편 자원봉사와 관련해서는 보건복지부에서 노인복지관과 대한노인회를 중심으로 하여 노인 자원봉사 관련 사업을 수행하고 있으며, 자원봉사 센터를 통해 파악된 참여자의 9.3%가 60세 이상이다. 즉 고령화의 결과로 사업 대상자 중 노인의 비중이 증가하고 있지만, 본연의 사업 내용 설계에 있어 노인에 대한 특화된 관심이 구체화되었다고는 볼 수 없는 상황이다.

한편 각 여가활동에 대하여 전문가들의 평가를 조사한 <표 7-9>에 의하면 각 활동은 그 중요성이 인정받고 있음을 볼 수 있다. 따라서 모든 활동에 대한 균형 잡힌 사회적 관심이 요구된다 하겠다. 그러나 상대적으로 평생교육(34.0점)과 문화여가활동(33.5점)이 봉사활동(28.2점)에 비하여 그 중요성을 더 인정받고 있다. 이는 노인 자신을 위한 활동이 사회

적 의미를 갖는 자원봉사활동보다 노인 개개인의 삶의 질에 있어 중요하다는 인식을 보여 주는 것으로 판단된다. 반면 각 활동에 대한 공적 서비스의 이행에 대해서는 자원봉사활동이 가장 미흡한 것으로 평가받고 있다. 즉 노인의 자원봉사활동을 지원하기 위하여 이루어져야 할 정책이 미흡한 것으로 평가받고 있는 것이다.

〈표 7-9〉 여가활동별 중요성 및 이행 실태에 관한 전문가 평가

	(1) 중요성의 절대 평가	(2) 중요성 상대 평가	(3) 이행 실태 절대 평가
	① 전혀 중요하지 않다 ② 중요하지 않은 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	중요도 순에 따라서 점수 부여 (100점 만점)	① 이행이 매우 미흡하다 ② 이행이 미흡한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 이행이 잘 되고 있는 편이다 ⑤ 매우 잘 이행되고 있다
1) 문화여가활동	평균 4.2점	33.5점	2.7점
2) 평생교육	평균 4.1점	34.0점	2.3점
3) 자원봉사활동	평균 4.1점	28.2점	2.2점

자료: 본 연구를 위하여 실시된 전문가 조사 중 여가 영역에 대하여 응답한 22명에 대한 조사결과임.

나. 여가활동 지원 서비스의 충분성

다양한 사회활동 지원 정책의 충분성은 노인이 갖고 있는 욕구를 충족시키고 있는가로 평가될 수 있다. 협의의 여가활동인 문화여가활동의 경우 노인의 약 4분의 3이 여가활동을 희망하고 있다(표 7-6 참조). 따라서 지속적으로 노인의 문화여가활동 지원이 이루어져야 할 것이다. 문화여가활동 희망률은 특히 전기노인에게서 높고 소득수준이 높을수록 높다는 점에서, 전반적인 문화여가활동 기회와 관련한 정책적 대응과 더불어, 이들 노인의 높은 욕구를 충족시킬 수 있는 구체적인 방안 또한 모색되어야 할 것이다.

공적인 지원책과 관련해서는 노인복지관과 관련한 미충족 욕구가 상당 부분 있음에 주목할 필요가 있다(표 7-7 참조). 상대적으로 도시 지역의 미충족 욕구가 큰 편이다. 또한 소득수준과 관련해서는 중간 수준의 경우 노인복지관 이용에 대한 욕구가 크다는 점은 경제적으로 큰 부담 없이 다양한 여가활동을 할 수 있는 장소로서의 노인복지관에 대한 수요가 있음을 보여 준다. 반면 경로당은 농어촌 지역, 소득수준이 낮은 노인들과 기능 상태 제한이 있는 노인에게서 미충족 욕구가 크다. 따라서 이러한 특징을 반영한 전략 마련이 요구된다.

한편, 학습활동과 자원봉사 관련 미충족 욕구는 10%대이다(표 7-6 참조).¹⁰³⁾ 즉 절대적인 미충족률은 문화 여가에 비하여 낮지만 사회적 파급 효과가 크며, 이행 정도가 낮은 세부 영역이라는 점에서 집중적인 관심이 요구된다. 특히 남자 노인의 참가율과 참여 희망률의 차이(참가율 8.5%, 참여 희망률 23.2%)가 거의 4배에 달하고 있어 남자 노인의 미충족 학습 욕구가 큰 상황이다. 또한 연령이 낮을수록 평생교육 참여 욕구가 높아 전기 노인과 예비 노인을 대상으로 학습 욕구가 급증할 것임을 예상해 볼 수 있다. 65~69세군은 33.7%로 80~84세의 16.4%, 85세 이상의 9.1%와 대조된다. 가구소득 또한 그 수준이 높을수록 참여 희망률이 높는데, 이는 이들의 학습 관련 서비스의 질에 대한 기대 수준도 높아질 것임을

103) 실제 참여율과 참여 희망률을 교차해 보면 다음과 같음. 그러나 희망률이 실제 행동으로 옮겨지는 것은 아니며, 희망의 정도에도 꼭 참여하겠다는 응답부터 기회가 되면 하겠다는 응답까지 희망의 정도에 큰 차이가 있음에 유의해야 할 것임.

〈표〉 노인의 학습활동·자원봉사활동 참여 실태와 향후 참여 희망

현재	희망	학습활동		자원봉사활동	
		참여	미참여	참여	미참여
참여		11.1	2.5	3.8	0.2
미참여		14.1	72.3	16.9	79.2

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 원자료 재분석.

예상케 한다. 또한 기능 상태 제한은 학습활동 참여 욕구를 제한하는 것으로 보인다.

자원봉사활동의 경우도 유사한 경향이 나타났다. 특히 도시 지역 노인과 남자 노인에게서 높은 희망률을 보이고 있다. 동부 노인의 22.2%와 남자 노인의 23.8%가 자원봉사 참여를 희망하고 있어 평균보다 높은 뿐만 아니라 현재 참가율과 약 17% 포인트의 차이를 보이고 있다.

특히 연령에 따른 참가 희망률의 차이는 매우 크다. 65~69세 연령군은 상대적으로 다른 연령층에 비하여 참가율 자체가 높을 뿐만 아니라 참가 희망률도 31.3%로 다른 연령층에 비하여 월등히 높다. 이러한 경향은 계속 노년층으로 진입할 베이비부머를 포함한 예비 노인에게서도 이어질 것으로 기대하게 된다.¹⁰⁴⁾

또한 교육수준별로 살펴보면 고등학교 이상 학력을 가진 노인에게서 자원봉사활동과 관련된 미충족 욕구가 매우 크다. 베이비부머의 경우 약 70%가 고등학교 이상의 학력을 갖고 있다는 점을 감안해볼 때 이들 고졸 이상의 학력을 가진 노인의 학습과 자원봉사활동 참여 욕구를 구체적인 행동으로 끌어낼 수 있는 맞춤형 정책이 필요할 것이다. 더불어 가구소득이 높을수록 희망률이 높고, 기능 상태 제한이 없는 노인에게서 월등히 높다.

3. 여가활동 지원 서비스 내용의 적절성

여가활동과 관련한 공적서비스 내용의 적절성은 매우 판단하기 어렵다. 실제 문화여가활동은 무형식으로 이루어질 수도 있고 형식이 있더라

104) 베이비부머를 대상으로 실시한 2010년도 조사에 의하면 44.0%가 참여 의향이 있다고 응답하였음(정경희 등, 2010).

도 민간 영역에서도 이루어질 수 있기 때문이다. 그러나 현재 정책 개발이 부처별로 이루어져 정책이나 인프라가 연계되어 있지 않으며, 수요자인 노인의 욕구에 맞는 정책 개발이 이루어지지 못하고 있다는 지적(이삼식 등, 2015; 윤소영, 2016)에 비추어 볼 때 그 수준이 낮은 것으로 판단된다.

한편, 노인들이 느끼는 만족도를 통해서 간접적으로 적절성을 파악해보면 다음과 같다. 국민 여가활동 조사에 의하면 TV 시청에 많은 노인이 참여하고 있지만 만족도는 낮으며 음악 감상의 경우는 참여율은 낮지만 만족도는 높다(문화체육관광부, 2014). 또한 2014년 노인실태조사에서도 문화예술 관람 활동, 문화예술 참여 활동, 스포츠 관람 활동, 스포츠 참여 활동, 관광 활동, 취미 오락 활동, 휴식 활동, 사회 및 기타 활동 중 휴식 활동이 차지하는 비율은 90.2%로 가장 높고, 그 다음이 취미 오락 활동 42.5%, 사회 및 기타 활동 40.1%, 스포츠 참여 활동 10.2%, 문화예술 참여 활동 5.8%, 관광 활동 4.0%, 스포츠 관람 활동 1.2%, 문화예술 관람 활동 0.9% 등의 순으로 나타난 바 있다. 즉 이러한 편향된 여가활동이 개인의 선택에 의한 것일 수도 있지만, 관련하여 노인이 이용할 수 있는 프로그램의 부족에 의한 것인 측면도 있다.

공적 프로그램에 한정하여 살펴봐도 정부 주도로 진행되고 있는 사회 문화예술 교육은 국악, 음악, 연극, 영화, 무용, 미술 등 6개 영역인데 이 중 노인을 대상으로 해서는 음악, 연극, 무용 등 3개분야만 지원되고 있다(한정란·윤소영, 2011). 즉 다른 연령층에 비하여 지원 프로그램의 범위가 제한적이라 할 수 있다. 또한 동일한 연구에서 노인 문화예술 교육에서 보완해야 할 점으로 프로그램의 다양성이 가장 많이 지적된 바 있다.

평생교육의 경우도 노인들이 참여하는 영역은 건강관리/운동과 예술 문화 영역에 편중되어 있다는 점 또한 다양한 프로그램의 부족 상황을 간

접적으로 보여 준다 하겠다. 자원봉사활동의 경우 또한 사회복지 영역과 환경보호 영역에 편중되어 있다.

〈표 7-10〉 65세 이상 노인의 일반 특성별 자원봉사활동 참여 영역

(단위: %, 명)

특성	사회 복지	문화 체육	교통 질서	환경 보호	보건 의료	교육활동	기타	계	(명)
전체	56.8	3.6	8.9	18.2	5.3	4.3	2.9	100.0	(461)

주: 1) 본인 응답자 10,279명 중 현재 자원봉사활동에 참여하고 있는 461명을 대상으로 함.
자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. p.454 〈표 11-13〉 재인용.

4. 여가활동 지원 서비스 이용과 인프라에 있어서의 형평성

노인의 여가활동과 관련한 형평성은 개인의 서비스 이용과 공적인 인프라에서의 형평성으로 나누어 살펴보고자 한다. 개인적 차원에서는 여가활동 참여에 있어서 특성별 차이와 관련된 지출 현황을 비교해 보면, 성별, 연령별, 교육수준 및 소득수준별 차이가 분명하다. 더불어 기능 상태의 제한이 다양한 여가활동 참여를 제한하고 있는 것으로 나타났다(표 7-6 참조). 또한 연령별 및 소득수준별로 본인의 문화여가활동을 위한 지출에 있어 큰 차이를 보이고 있다. 이러한 결과는 자신의 비용을 지급하면서 문화여가활동을 하는가 여부가 지불 능력에 영향을 받고 있음을 보여 주는 것이다. 또한 여자에 비하여 남자가 비용을 필요로 하는 문화여가활동에 상대적으로 적극적인 반면, 공적 정책을 통하여 활성화가 이루어지고 있는 평생교육의 경우는 여자의 참여가 상대적으로 높은 것도 이러한 맥락에서 이해될 수 있다. 그러나 이러한 문화여가활동에 있어서의 지불 능력의 문제를 해결하기 위한 노력은 예외적으로 통합 문화 이용권(문화누리카드)이 있다.

또한 모든 노인이 여가활동 욕구를 갖고 있지만 기능 상태가 제한될 경우 이동성의 제한 등으로 인하여 제한을 받고 있는 것으로 나타났다. 즉 신체적인 문제가 무위와 고독의 문제로 이어질 수 있음을 보여 주는 것이다. 사례 연구를 통해서도 이러한 연결 고리가 언급된 바 있다(정경희 등, 2014).

〈표 7-11〉 65세 이상 노인의 일반 특성별 노인을 위한 지출 유무 및 월평균 지출액

(단위: %, 만 원, 명)

특성	문화 여가비 지출률	문화 여가비 지출액
전체 ¹⁾	63.8	4.4
지역		
동부	64.3	4.8
읍면부	62.2	3.1
성		
남자	68.7	6.2
여자	60.3	3.1
연령		
65~69세	75.0	6.9
70~74세	67.2	4.3
75~79세	59.5	2.6
80~84세	53.2	3.2
85세 이상	35.6	1.1
연 가구소득		
제1오분위	50.1	2.0
제2오분위	58.8	2.4
제3오분위	66.2	3.3
제4오분위	67.9	4.6
제5오분위	76.2	9.6

주: 1) 전체 응답자(대리응답자 포함) 10,451명을 대상으로 함.

2) 지출은 작년 한 해(2013. 1. 1.~2013. 12. 31.) 기준임.

자료: 정경희 등(2014a). 2014년도 노인실태조사. 〈표 7-24〉에 기초함.

한편 공적 인프라의 분포를 살펴보면 시·도별 차이가 매우 크다는 것을 알 수 있다. 각 종류별 인프라의 규모는 <표7-12>와 같다. 그러나 시·도별 노인의 규모에 차이가 있기 때문에 이를 감안하여 1개 시설별 노인 수로 파악해 보면 노인복지관의 경우, 시설별 노인 수가 가장 많은 제주시의 경우가 가장 적은 울산시의 9배에 달하는 등 차이가 크다(표 7-13). 경로당의 경우도 비슷한 양상이다. 평생교육기관의 경우도 시·도별 차이가 있지만 노인복지법에 의한 노인여가복지시설보다 그 차이가 적은 편이다. 한편 자원봉사센터의 경우는 노인만을 서비스 대상으로 하지 않으며, 인구 규모 보다는 시·군·구별 1개 설치를 목표로 설정하고 있다는 특수성이 있다.

<표 7-12> 노년기 사회참여 관련 인프라 현황(시설 수)

1. 노인 특화

시·도	65세 이상 노인인구	노인복지관 ²⁾		경로당 ²⁾	노인교실 ²⁾
		시설수	종사자 수		
합계	6,919,551	347	5,894	64,568	1,377
서울	1,285,551	74	1,284	3,333	370
부산	528,565	24	288	2,235	171
대구	324,132	14	149	1,437	51
인천	320,510	18	263	1,445	42
광주	170,542	11	197	1,297	43
대전	169,463	7	231	801	18
울산	106,808	11	132	774	22
세종	23,718	0	0	423	8
경기	1,355,378	54	1,540	9,248	167
강원	264,862	13	211	3,049	39
충북	238,433	16	311	4,051	6
충남	346,761	15	248	5,617	69
전북	338,644	22	384	6,567	71
전남	396,239	31	310	8,837	60
경북	487,618	17	147	7,800	111
경남	474,252	19	188	7,237	102
제주	88,075	1	11	417	27

2. 모든 연령 대상

시·도	65세 이상 노인인구	지방 문화원 ³⁾	평생교육기관 ⁴⁾									자원봉사 센터 ⁵⁾
			유초·중등 학교 부설	대학 (원) 부설	원격 형태	사업장 부설	시민 사회 단체 부설	언론 기관 부설	지식 인력 개발 형태	평생학 습관	사설 학원	
합계	6,919,551	228	9	403	903	414	549	882	626	383	6,946	245
서울	1,285,551	25	5	79	636	74	126	266	315	56	2,130	26
부산	528,565	14	-	23	33	30	49	52	17	11	539	17
대구	324,132	8	-	14	26	18	19	42	23	32	373	9
인천	320,510	8	-	11	16	23	21	33	24	20	291	11
광주	170,542	5	-	17	19	12	23	35	22	21	431	6
대전	169,463	5	-	15	12	16	19	37	7	14	308	6
울산	106,808	5	-	4	3	21	8	20	2	4	153	6
세종	23,718	1	-	3	-	3	-	2	-	1	7	1
경기	1,355,378	31	-	74	93	106	130	198	133	75	1,017	32
강원	264,862	18	-	20	5	11	33	14	11	22	152	19
충북	238,433	11	-	15	11	9	14	25	10	15	179	12
충남	346,761	16	-	25	10	15	16	24	15	19	196	16
전북	338,644	14	2	20	20	13	13	25	12	19	316	15
전남	396,239	22	-	20	5	15	13	25	5	21	154	23
경북	487,618	23	1	38	6	20	25	30	11	24	260	24
경남	474,252	20	1	21	6	25	34	48	14	23	393	19
제주	88,075	2	-	4	2	3	6	6	5	6	47	3

자료: 1) 2014. 12. 31. 주민등록인구 기준.

2) 보건복지부(2016). 2016 노인복지시설 현황(2015. 12. 31. 현재)

3) 한국문화원연합회 홈페이지(www.kcf.or.kr)에서 2016. 10. 3. 인출.

4) 교육부, 한국교육개발원(2016). 2015 평생교육 통계 자료집.

5) 행정자치부, 한국중앙자원봉사센터(2015). 2015 자원봉사센터 현황 I(2014. 12. 31. 현재).

〈표 7-13〉 노년기 사회참여 관련 인프라 현황(기관당 노인 수)

시·도	65세 이상 노인인구	노인복지관		경로당	노인 교실	지방 문화원	평생교육 기관	자원봉사 센터
		시설수 대비	종사자수 대비					
합계	6,919,551	1,994,107	117,400	10,717	502,509	3,034,891	62,254	62,254
서울	1,285,551	1,737,231	100,121	38,570	347,446	5,142,204	34,867	34,867
부산	528,565	2,202,354	183,530	23,649	309,102	3,775,464	70,101	70,101
대구	324,132	2,315,229	217,538	22,556	635,553	4,051,650	59,256	59,256
인천	320,510	1,780,611	121,867	22,181	763,119	4,006,375	73,009	73,009
광주	170,542	1,550,382	86,570	13,149	396,609	3,410,840	29,404	29,404
대전	169,463	2,420,900	73,361	21,156	941,461	3,389,260	39,594	39,594
울산	106,808	970,982	80,915	13,799	485,491	2,136,160	49,678	49,678
세종	23,718	-	-	5,607	296,475	2,371,800	148,238	148,238
경기	1,355,378	2,509,959	88,012	14,656	811,604	4,372,187	74,227	74,227
강원	264,862	2,037,400	125,527	8,687	679,133	1,471,456	98,829	98,829
충북	238,433	1,490,206	76,667	5,886	3,973,883	2,167,573	85,767	85,767
충남	346,761	2,311,740	139,823	6,173	502,552	2,167,256	108,363	108,363
전북	338,644	1,539,291	88,189	5,157	476,963	2,418,886	76,965	76,965
전남	396,239	1,278,190	127,819	4,484	660,398	1,801,086	153,581	153,581
경북	487,618	2,868,341	331,713	6,252	439,295	2,120,078	117,498	117,498
경남	474,252	2,496,063	252,262	6,553	464,953	2,371,260	83,938	83,938
제주	88,075	8,807,500	800,682	21,121	326,204	4,403,750	111,487	111,487

주: 1) 2016. 8. 31. 주민등록인구 기준.

제3절 발전 전략

1. 공공과 민간의 역할 분담을 통한 충분성 및 적절성 제고

노인의 다양성과 예비 노인인 베이비부머의 높아진 교육수준과 청장년기 시기의 사회 문화적 경험을 고려해 볼 때 정부가 중심이 되는 공적 정책만으로는 욕구의 양적 및 질적 충족이 어려울 것으로 판단된다. 그런 점에서 전문가들은 정부뿐만 아니라 시민 사회 및 민간 시장의 역할이 중요하다고 판단하고 있다. 구체적으로 살펴보면 문화여가활동과 관련해서는 정부의 역할보다는 시민 사회와 민간 시장의 역할이 중요하다고 보고 있으며, 특히 민간 시장의 역할이 가장 중요한 주체로 인식되고 있다(표 7-14 참조). 따라서 향후 노년기의 문화여가활동 지원을 위해서는 공적 영역에서 직접적인 서비스 제공보다는 시민 사회와 민간 시장의 참여를 독려하고 지원할 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다. 이를 통하여 여가활동 지원 정책이 갖고 있는 적절성 문제가 자연스럽게 해소될 수 있을 것으로 기대한다. 다양한 주체가 참여하면 콘텐츠가 다양화되어 노인의 다양성을 반영할 수 있을 것이다.

반면 평생교육과 관련해서는 정부의 역할을 매우 중요하게 보고 있다. 시민 사회와 민간 시장의 역할 또한 중요하지만 가장 중요한 주체는 정부라고 판단하고 있는데, 이는 평생교육은 교육이 이루어질 수 있는 형식이 중요하고, 이러한 구조화된 학습활동이 이루어질 수 있는 인프라의 확보가 중요하기 때문일 것이다.

한편 자원봉사활동과 관련해서는 시민 사회(NGO 등) 역할의 중요성이 높아 5점 만점에 4.6점이다. 그러나 상대적 중요성이라는 측면에서는 민간 시장의 역할 또한 강조되고 있다. 즉 자발성을 전제로 하는 자원봉사활동의 활성화를 위해서는 시민 사회의 활동이 중요하지만, 못지 않게

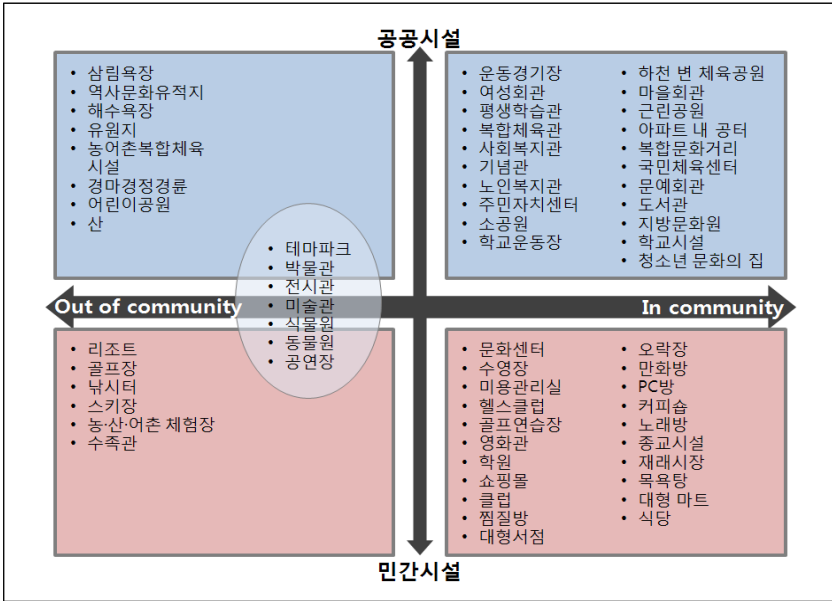
시장에서 어떠한 입장을 갖고 연계하는가에 따라 활성화 정도와 내용이 달라질 수 있기 때문으로 판단된다.

〈표 7-14〉 전문가가 평가하는 각 주체의 역할의 중요성

사회참여활동	정부의 역할	시민 사회(NGO 등)의 역할	민간 시장의 역할	가장 중요한 주체
	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다
문화여가활동	3.5점	4.0점	4.0점	① 2명 ② 7명 ③ 12명
평생 교육	4.2점	3.7점	3.6점	① 14명 ② 4명 ③ 4명
자원봉사활동	3.4점	4.6점	3.2점	① 1명 ② 18명 ③ 21명

공공/민간 영역이라는 한 축과 지역사회 내에 있는가 여부를 한 축으로 하여 여가시설을 4개 유형으로 분류하면 다양한 여가시설은 [그림 7-2]와 같이 분류될 수 있다. 즉 노년기의 여가활동과 관련하여 활용할 수 있는 여가시설에는 공공시설에 외에도 다양한 민간시설이 있으며, 시설의 위치 및 형태에도 다양성이 존재하고 있는 것이다. 따라서 표준화된 프로그램과 운영에 의하여 공적 기관을 통하여 여가 서비스를 제공하는 것보다는 다양성을 확보해 가는 전략이 유효할 것이다. 더불어 공공에서는 지불 능력이 부족하여 다양한 여가활동을 하기 어려운 저소득층 노인에 대한 관심을 지속해 가야 할 것이다.

[그림 7-2] 노인의 여가활동 관련 다양한 공공시설 및 민간시설



자료: 이금룡(2011). 베이비부머의 여가문화활동 참여 욕구 및 대응전략. 9차 베이비붐 세대 미래 구상 포럼(2011. 10. 28.) 발표집 [그림2]를 재인용함.

2. 부처 간 협업을 통한 다양한 여가활동에 대한 균형잡힌 지원

여가활동의 범위가 광범위하기 때문에 현재 이루어지고 있는 정부 재원의 투입은 제한적일 수밖에 없다. 그런데 각 주요 활동에 대한 지원과 계획이 부처별로 각각 수행되는 관계로 조율 없이 이루어져 왔다. 노인의 다양한 여가문화활동, 교육활동 및 자원봉사활동과 관련해서는 ‘노인’을 대상으로 특화한 보건복지부 중심의 정책과 모든 연령층을 대상으로 한 정책의 적용 대상 중 일부인 것으로 구분된다. 이러한 두 흐름은 고령화에 대한 국가적인 정책이 마련되기 이전부터 이어져 온 전통 속에서 독자적으로 수행해 왔기 때문에, 각 출발점이 갖고 있는 장점이 극대화되지

못하고 있다. 자원봉사활동과는 달리 문화여가활동은 그 내용이 매우 다양하기 때문에 특정 한 기관이 주도권을 갖기보다는 협업과 조율이 중요할 것이다. 매 5년 수립되고 그 성과가 평가되는 저출산고령사회기본계획 등 관련 계획에 이러한 협업과 조율이 작동할 수 있는 구체적인 방안이 포함되어야 할 것이다.

자원봉사의 경우 행정자치부의 자원봉사센터(1365), 보건복지부의 VMS 등이 운영되고 있고, 노인만을 대상으로 한 대한노인회의 자원봉사클럽 및 노인복지관에서 실시하는 다양한 내용의 자원봉사활동이 조율 없이 각각 수행되고 있다. 한편, 행정자치부의 자원봉사기본계획을 보면 일부 내용으로 노인에 대한 특화된 관심이 있다. 이러한 현상은 결과적으로 노인 자원봉사활동의 컨트롤 타워의 부재를 가져오고 있다.

노인 자원봉사와 관련된 포괄적인 정보 수집 및 관리를 위한 포괄적인 관리 체계를 구축할 때 노인 자원봉사활동의 활성화와 지속성이 확보될 수 있다는 점에서 이러한 관리 체계의 중심점이 될 컨트롤 타워를 명확히 할 필요가 있다. 컨트롤 타워는 노인의 특성과 욕구에 대응하기 위하여 요구되는 활동을 개발하고 노인의 제 특성별 자원봉사활동 참여 행태를 파악하고, 자원봉사 기관 및 단체들을 연계하고 조정하는 네트워크를 구축하고 관리하며, 중앙 정부의 각 부처와 지방자치단체의 각종 사업과 연계하는 역할을 담당해야 할 것이다. 노인에 대한 이해를 기반으로 해야 한다는 점에서 노인복지관과 같은 기관을 중심으로 하여 컨트롤 타워를 명확히 하는 방안과 생애 주기적인 자원봉사의 연속성 확보를 위하여 행정자치부의 자원봉사센터를 근간으로 하여 노인에 대한 이해를 제고하는 방안, 각각의 장단점을 비교하여 결정을 내려야 할 것이다. 어떤 방안으로 결론이 나든 간에 노인의 비율이 20%에 달하는 2026년 이전까지는 컨트롤 타워가 명확히 구축되어야 할 것이다.

한편 문화활동과 관련해서는 문화체육관광부에서 ‘고령화 시대 노인층 여가 활성화 방안(2012. 11. 22. 보도자료)’과 같은 구체화된 관심을 두고 있다. 그러나 노인복지법에 기초한 노인여가복지시설인 노인복지관과의 연계 등의 노력은 거의 없는 상황이다. 평생교육의 경우도 교육부에 의하여 평생교육기관을 중심으로 정책이 수행되고 있지만 노인복지법상의 노인교실과의 공식적인 연계와 역할 분담에 대한 논의는 이루어지지 못하고 있다. 따라서 각 부처 간 연계를 통하여 균형 있게 다양한 여가활동을 지원해 가야 할 것이다.

노인의 다양한 여가활동 지원 정책이 실제 노인의 삶에 영향을 미치기에는 도입의 시점이 상대적으로 늦게 이루어졌고 정책의 적용 범위도 넓지 않다. 또한 현 세대 노인이 청장년기에 자원봉사활동이나 평생교육 등을 경험하지 못했다는 점에서 노인의 욕구 또한 높지 않은 상황이다. 그러나 이러한 제한에도 불구하고 노인 중 자원봉사활동이나 학습활동에의 참여 욕구는 있지만 현재 참여하지 않고 있는 노인이 일정 부분 있으므로 이들을 구체적인 활동으로 이끌어 낼 수 있는 조치가 요구된다.

3. 여가활동 관련 기존 인프라의 고령친화성 증대

노인인구가 많아지면서 경로당이나 노인복지관과 같이 노인만을 대상으로 한 인프라가 필요한가에 대한 의문이 제기되고 있다. 노인의 규모가 증대함에 따라서 기존의 공적 이용시설인 사회복지관, 장애인복지관 등의 이용자 중 노인이 차지하는 비중이 증가해 왔고 향후도 증가할 것이기 때문이다. 이에 노인만을 이용 대상으로 하고 있는 노인복지관의 확대가 필요한가에 대한 논의가 있는 것이다. 이 이슈에 대하여 전문가들은 장기적으로는 노인만을 위한 복지관의 확대는 필요하지 않지만, 지불 능력이

높지 않은 노인을 위해서, 또한 농어촌 지역과 같이 민간 여가시설이 부족한 지역에서 공적인 기관이 갖는 역할이 있으므로 당분간은 이러한 지역을 중심으로 하여 노인복지관은 유지·확장될 필요가 있다는 의견도 제시되었다. 즉 지역적 형평성의 문제는 공공기관에서 관심을 갖고 해결해 가야 한다는 것이다. 이와 더불어 문화여가활동과 관련한 고령 친화성 제고를 위해서는 콘텐츠의 개발이나 물리적 환경에 있어서의 접근성 제고 등이 이루어져야 할 것이다.

자원봉사의 경우 모든 연령대를 대상으로 하는 인프라와 노인만을 대상으로 하는 인프라가 구분되어 있다. 또한 평생교육의 경우도 다양한 연령층이 참여할 수 있는 평생교육기관이 있는 반면 노인교실이라는 노인만을 대상으로 한 기관이 있는 상황이다. 자원봉사의 경우는 다양한 연령층을 대상으로 하는 기관의 프로그램이나 인력의 노인에 대한 이해를 증진시킴으로써 사업의 효과성을 높일 수 있을 것으로 판단된다. 또한 평생교육은 다수의 인프라가 필요하다는 점에서 다양한 인프라의 지속적인 확대가 이루어져야 할 것이다. 더불어 기존 노인교실의 질적 향상을 위해 평생교육기관이 노인교실과 어떠한 협업을 할 수 있을 것인가를 고민해 가야 할 것이다. 물론 기존 평생교육기관은 인구고령화에 대응하여 청장년층만을 초점으로 하지 않고 노년층도 적극적 대상으로 보는 작업 또한 수행해 가야 할 것이다.

제 8 장

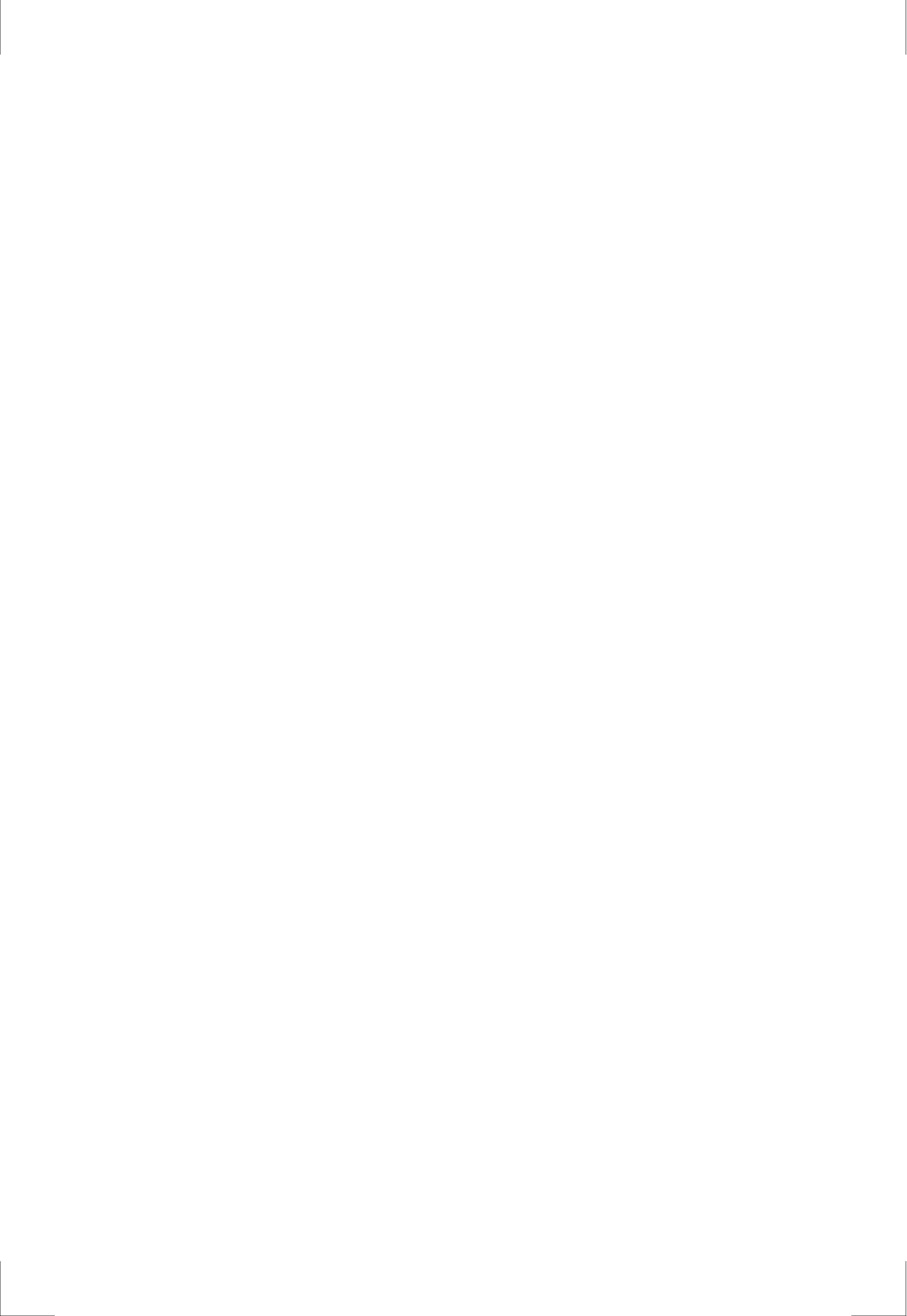
결론

제1절 진단 결과 종합

제2절 전문가 의견

제3절 정책 과제

제4절 연구의 한계와 향후 과제



제1절 진단 결과 종합

1. 점검 차원별 진단 결과

가. 노인복지 서비스의 제도적 기반 구축

영역별로 검토한 정책의 발전과정과 정책 개요 및 진단 결과를 종합해 보면 [그림 8-1], <표 8-1>, <표 8-2>와 같다. 무엇보다 먼저 노인을 대상으로 한 정책이 발전하는 데 있어 중요한 몇몇 시점들이 도출되었다. 첫 번째 시점은 노인복지법이 마련된 1981년이다. 해방 이후 산발적으로 수행되어 오던 노인복지 사업이 1981년의 노인복지법 제정을 통하여 비로소 법적 기반이 마련되었다. 이후 1988년 국민연금의 도입은 노후소득 제도의 출발점을 마련하는 기회가 되었다. 여가활동 지원과 관련해서는 1945년부터 설치된 경로당이 그 후 지속적으로 증대하였고, 1989년에 처음 설치된 노인복지관도 현재 347개로 노인 여가활동에 있어 구심점이 되고 있다. 1996에는 자원봉사센터가 설치되기 시작하여 시·군·구별로 설치가 완료되어 2014년 245개에 달하고 있으며, 2000년에 시작된 평생교육 관련 기관은 2015년 현재 11,115개이며, 2001년에 설치가 시작된 지방 문화원은 228개이다. 그러나 이러한 기관들은 노인의 제 특성에 대한 관심이 특화되어 있지 않다는 제한점을 갖고 있다.

2007년 평생교육법의 개정, 2016년에 제정된 고용상연령차별금지 및 고령자고용촉진에관한법률등은 모두 2005년 마련된 저출산고령사회기

본법 전후로 이루어진 조치로 고령화에 따른 사회 전반의 대응책 마련이 중요하다는 인식에 기초했다고 볼 수 있다. 더불어 노인인구의 증가와 노년기가 한 개인의 생애에서 갖는 중요성이 커짐에 따라서 2004년의 노인 일자리사업, 2006년의 생애 전환기 건강검진 등의 사업들이 새로이 도입되었다.

그러나 저출산고령사회기본계획이 인구고령화에 따른 사회적 문제 해결에 초점을 두게 되었다는 의의를 갖지만 노인을 대상으로 한, 즉 개인의 고령화에 초점을 둔 종합적인 법적 기반과 기본계획은 아니라는 점에서 한계를 갖고 있는 것도 사실이다. 실제 1999년에 노인복지 중장기 발전 계획이 수립된 이후 개인의 고령화에 초점을 둔 발전 계획이 별도로 마련된 것은 없다.

나. 전달체계

수년간의 발전과정을 통하여 구축된 노인복지 서비스를 전달체계의 측면에서 정리해 보면 [그림 8-2]와 같다. 다수의 서비스가 중앙정부-광역자치단체-기초자치단체라는 행정 체계를 활용하여 제공되고 있지만, 국가평생교육진흥원, 한국노인인력개발원과 같이 전문성을 갖춘 특화된 기관을 설립하여 자치 단체 및 현장과 협력 및 관리가 이루어지는 사업들도 있다. 또한 일부 사업은 한국노인종합복지관협회나 대한노인회와 같은 기존 기관을 활용하여 수행하는 경우도 있다.

한편 국민연금이나 노인장기요양서비스와 같이 사회보험으로 운영되는 사업의 경우는 각 공단의 체계를 활용한 서비스 제공 기관의 관리 및 급여 제공이 이루어지고 있다. 따라서 관련 급여는 각 공단 자체의 전달체계(본부-지역 본부)를 통하여 제공되고 있다.

[그림 8-1] 노인복지정책의 주요 발전과정

노인인구 수 고령화율	노후소득보장 정책	노인 건강 지원 정책	노인 돌봄 정책	노인 경제활동 지원 정책	노인 여가활동 지원 정책
(1980) 1,456천 명 3.8%	(1962) 생활보호제도	(1980) 의료보험제도 도입	양로시설 운영 (1981) 노인복지법	(1981) 노인능력은행	(1945) 경포당 설치 (1989) 노인복지관 설치
(1990) 2,195천 명 5.1%	(1988) 국민연금 도입	(1983) 무로 노인 건강진단 제도	(1989) 재가복지서비스 제공	(1986) 노인공동작업장	
(1995) 2,66천 명 5.9%	(1991) 노령수당 실시	(1995) 노인 진료비 본인 부담감감제도 도입		(1992) 고령자고용촉진법	(1996) 자원봉사센터 설치 시작
	(1998) 경도연금 (1999) 친 국민연금 제도				
(2000) 3,395천 명 7.2%	(2000) 기초보장 제도 도입	(2000) 건강보험 관리운영체계 통합 (2003) 재정통합 (2002년부터) 지역 사회를 중심으로 한 노인건강 지원 정 책 수행		(2004) 노인일자리사업 도입	(2000) 평생학습센터 (2001) 지방문화원 설치 (2002) 자원봉사센터 전국 247개 지방자치단 체에 설치 완료

<p>(2005) 4,367천 명 9.1%</p>	<p>(2004) 명칭 변경 노인취업지원센터</p>	<p>(2005) 경로당+ 순회프로그램 관리자 배치 통합문화이용권</p>
<p>(2008) 5,052천 명 10.3%</p>	<p>(2005) 한국노인인력개발원 설립</p>	<p>(2013) 경로당광역운영지원센터 설치</p>
<p>(2010) 5,452천 명 11.0%</p>	<p>(2007) 노인돌봄바우 처 사업(현 "노인 돌 봄종합서비스")특기 노인 생활지도사 파 견사업 실시</p>	
<p>(2015) 6,624천 명 13.1%</p>	<p>(2008) 노인장기요양보험 도입</p>	
	<p>(2006) 생애전환기 건강검진 실시(40, 66세)</p>	
	<p>(2008) 기초노령연금</p>	
	<p>(2014) 기초연금</p>	<p>(2012) 틀니와 임플 란트부터 건강보험 적용 시작 →2016년 까지 지속적으로 확대</p>
	<p>(2015) 맞춤형 급여 체계</p>	<p>(2016) 호스피스, 완화의료 보장성 강화</p>

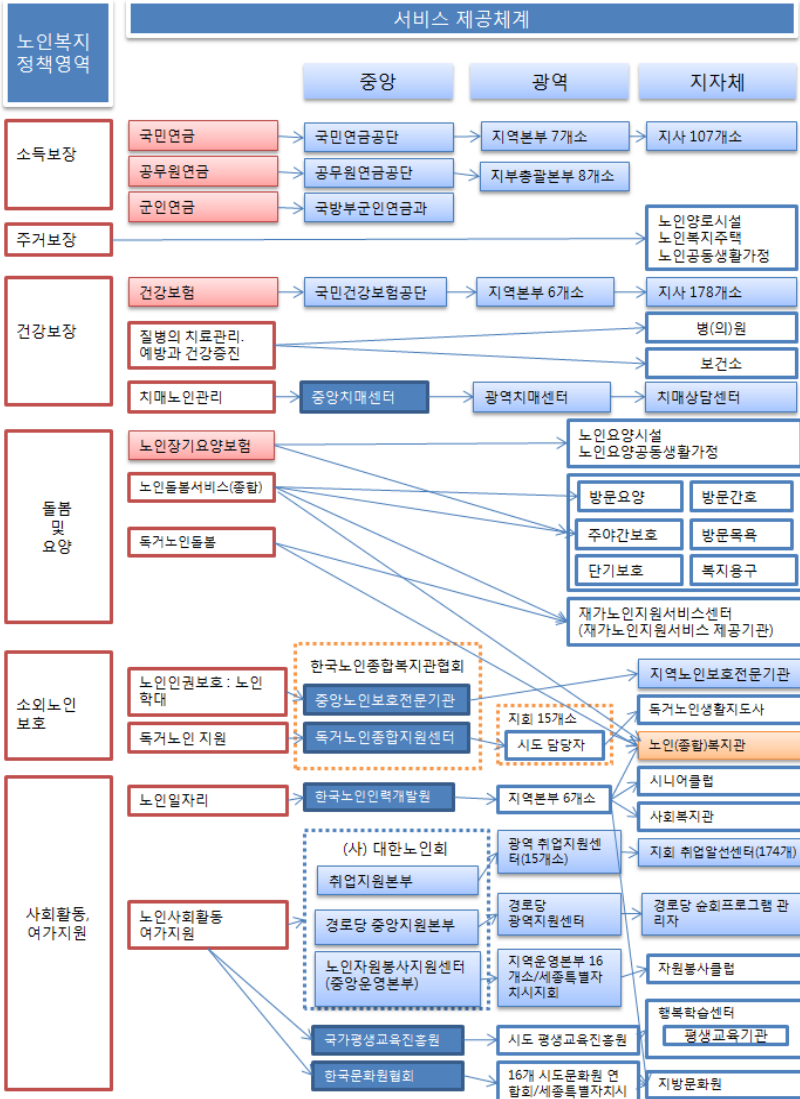
〈표 8-1〉 노인복지정책의 영역별 인프라 구축 및 주요 서비스

소득보장 정책	건강 지원 정책	돌봄 정책	경제활동 지원 정책	여가활동 지원 정책
(1962) 생활보호제도 도입 (1987) 국민연금공단 설립	(1983) 65세 이상 저소득 노인 무료 건강검진 시작	양로시설 운영 (1989) 재가복지서비스 제공	(1981) 노인능력은행 (1989) 재가복지서비스 제공 (노인취업지원센터)	
(1988) 국민연금 실시				
(1999) 전 국민연금 실시				
			(1996) 노인능력은행 60개	
	(2006) 생애전환기 건강검진 실시(40, 66세)	(2007) 노인돌봄바우처 사업(현재 “노인돌봄종합서비스”) 독거노인 생활 지도사 파견 사업 실시 (2008) 노인장기요양급여시설지정	(2004) 248개 노인취업알선센터 (2006) 노인취업지원센터로 명칭 변경 (2005) 한국노인인력개발원 설립(6개 본부)	(2008) 국가평생교육진흥원 설립
	(2012) 중앙자살예방센터 (2013) 보건소중심의 지역사회 통합 건강증진사업 도입	(2011) 독거노인종합지원센터 개소		

〈표 8-2〉 노인복지정책의 영역별 법적 기반 및 기본계획

소득보장 정책	건강 지원 정책	돌봄 정책	경제활동 지원 정책	여가활동 지원 정책	총괄
(1986) 국민연금법 공포				(1982) 사회교육법	(1981) 노인복지법 경로효친사상 고양에 초점
			(1992) 고령자고용촉 진법		(1997) 노인복지법 전면 개정
	(1995) 지역보건법			(1999) 평생교육법	(1999) 노인복지증장 기발전계획 수립
(2000) 국민기초 생활보장법	(2002) 노인질환 관리 종합 대책 보건의료발전계획 (’04~’08)				
(2008) 기초노령연 금법	(2007) 건강투자전략 노인건강증진종합 대책	(2008) 노인장기요양 보험법 제정		(2007) 평생교육법 개정 공포	(2005) 저출산·고령사 회기본법
	자살예방종합대책 (1차: 2004~2007) (2차: 2008~2013)				
	국가치매관리종합 계획 (1차: 2008~2012) (2차: 2013~2015) (3차: 2016~2020)				
(2014) 기초연금법	(2011) 자살예방 및 생명 존중문화 조성을 위 한 법률 (2016) 보장성확대 정책	(2013-2017) 1차 노인장기 요양기본계획 발표	(2014) 장년 고용종합대책 (2016) 고용 상연령차별금 지 및 고령자 고용촉진에관 한법률 제정	(2011) 대한노인회 지원에 관 한 법률	저출산·고령사 회기본계획 (1차: 2006~2010) (2차: 2011~2015) (3차: 2016~2020)

[그림 8-2] 노인복지사업 전달체계 현황



다. 재정 분담

노인복지정책 각각의 재정 분담 실태를 살펴보면 기초연금과 같이 중앙과 지방 정부의 재정 분담을 통하여 수행되는 정책, 중앙과 지방정부가 재정 분담을 하고 있지만 서비스 이용 시 자부담을 해야 하는 서비스, 민간에서 시작한 사업을 정부가 공적 정책화하여 중앙과 지방 정부가 수행하는 경우, 지자체 자체적으로 재원을 마련하여 수행하는 것, 민간 경상보조를 통하여 지원하는 사업 등 조세를 통한 다양한 사업이 수행되고 있다. 한편으로는 국민연금, 노인장기요양보험과 같이 사회적 위험에 대응하기 위하여 마련된 사회보험의 방법으로 재원을 마련하는 사업도 별도의 범주로 구분해 볼 수 있다.

대한노인회가 수행하는 사업과 노인일자리사업, 노인실명예방사업 및 노인 무릎인공관절 수술 지원 등은 국고 100%로 운영되고 있다. 한편 중앙과 지방 정부의 재정 분담을 하는 경우 분담 비율이 사업에 따라서 다양하다. 반면 지방 정부가 전액을 부담하는 사업도 있는데 노인건강검진, 경로식당 무료 급식, 재가노인지원서비스, 노인복지관 설치 및 운영 등이 대표적인 사업이다. 지방 정부가 전액을 부담하는 사업은 지역 특성을 반영한 지역 밀착형 서비스 제공이 중요한 경우이다. 그러나 지방 정부의 재정적 능력에 따라서 서비스의 규모가 영향을 받을 수 있다는 점에서 지역적 형평성의 문제가 생길 수 있는 가능성이 있다.¹⁰⁵⁾

105) 지방교부세의 일종인 보통교부세와 국고보조금으로 지방자치단체에 재원을 이전하는 경우 모두 각 지방자치단체의 복지 수요와 자원 조달 능력을 고려하여 결정됨. 보통교부세는 지방자치단체 유형별로 수요 대상자의 일인당 재정 수요액을 차별화하고 있으며, 국고보조금은 사회복지 대상자 수에 비례해 지원되되 지방 재정 지출의 총수요 대비 사회복지 수요의 비중 및 자원 조달 능력 등에 의하여 보조율을 차별화하고 있는데, 대표적인 예인 기초연금은 사회복지 수요의 비중을 측정하기 위하여 노인인구 비중을 이용하고 있음. 그런데 이러한 측정 방법에 대하여 실질적인 수요를 반영하지 못하고 있으며, 영유아 복지 등과 같은 다른 영역의 측정 방법과 표준화되어 있지 못하여 개

(표 8-3) 노인복지정책의 영역별 예산 부담 방법

재정 분담 방법	영역	(현재) 사업명	비고	예산 (2016년 기준)	
중앙/ 지방 정부 분담	소득	국민기초생활보장 ¹⁾	국가, 지자체(23.3%)	3조 3882억	
		기초연금 ¹⁾	국가, 지자체(31.0%)	7조 8691억	
	건강	보건소 건강증진 ²⁾ - 방문 관리 사업 (1990) 일부 지자체에서 보건소 통해 실시 → (2013) 지역사회 통합건강증진사업으로 모든 지자체에서 실시	민간 보조(100%), 지자체 보조(50%)	854억	
	돌봄	노인 돌봄 서비스 지자체 보조 ¹⁾	노인돌봄기본서비스	국가, 지자체(46.1%) * 돌봄 종합(본인 부담 무료~ 약 33%까지)	1534억
			무연고독거노인 장례지원 서비스		
	독거노인사랑잇기서비스				
	노인돌봄종합서비스*				
	양로시설 운영 지원 ¹⁾	국비 보조 (서울 50%, 지방 70%)	323억		
경제 활동	노인 사회활동 지원 (공익 및 재능 나눔) ⁴⁾	국가 47%, 지방 53%	2194억		
여가 활동	경로당광역지원센터 ⁵⁾	국가, 지자체(50%)	-		
민간 사업 → 중앙 또는 지자체 사업화	건강	2006년	민간 보조(100%), 지자체 보조 (50~70%)	158억	
		→			
		2007년			
		치매 관리 사업 ²⁾ (검진 및 사례 관리)			
		치매검진사업(보건소) 광역치매센터 치매상담콜 공립치매병원 보강 공립치매병원 BTL정부지급금 치매치료관리비지원			
중앙/ 지방 정부 분담 → 지자체	건강	국가건강검진사업의 일환으로서 노인건강진단 ²⁾	지자체	-	
		치매상담센터운영 및 등록환자지원 ³⁾	지자체	-	
	돌봄	재가노인복지시설 개보수 및 재가노인복지시설 운영 지원 ³⁾	지자체	-	
		경로식당 무료급식, 저소득 재가노인식사 배달 ³⁾	지자체	-	
		(2010년 이후) 재가노인지원서비스 ³⁾	지자체	-	

선이 필요하다는 지적도 있음(고재이 등, 2014).

재정 부담 방법	영역	(현재) 사업명	비고	예산 (2016년 기준)	
지자체	여가 활동	노인복지관 설치 및 운영 ³⁾	지자체 자체적 운영(15년부터)	-	
		(행정자치부) 자원봉사센터 ⁶⁾	지자체 예산 지원	-	
중앙	여가 활동	경로당중앙지원본부(국고 100%) ⁵⁾	국비 100%	-	
		노인자원봉사(클럽) 지원 ⁴⁾	국비 100%	43억	
		지방문화원(어르신문화프로그램) ⁴⁾	국비 100%	47억	
중앙 (민간 경상 보조)	경제 활동	노인일자리사업(시장형) ⁴⁾	국비 100%	389억 (15년)	
		대한노인회 노인취업지원센터 ⁴⁾	국비 100%	81억 (15년)	
	건강	노인실명예방사업 ³⁾	국비 100%	16억	
		노인 무릎인공관절 수술 지원 ³⁾	국비 100%	29억	
다양	여가 활동	시·도 평생학습네트워크 구축	국비 100% (지자체 대응 투자 50~100%)	183억	
		평생학습도시			
		행복학습센터			
		다모아평생교육정보망 구축			
		자료개발 및 성과관리			
		성인문해교육 활성화			
사회 보험	소득	국민연금-기여	9.0%: 근로자(4.5%), 사업주(4.5%)		
		국민연금공단(관리 운영비) ¹⁾	국비 100%	1억370만	
	돌봄	노인장기요양보험-기여+본인 부담	건강보험료의 6.55%		
		노인장기요양보험 지원 ¹⁾	국비 100%	6342억	
	건강	건강보험-기여	6.12%: 근로자(3.06%), 사업주(3.06%)		
		건강보험공단(관리 운영비) ¹⁾	국비 100%	5조 2054억	

주: 1) 대한민국정부(2016). 2016년도 세입세출예산안 사업별 설명서. 보건복지부 일반 회계.
 2) 기획재정부(2016). 2015 회계연도 기금운용평가 보고서(I) 사업운영 부문. 보건복지부 국민 건강증진기금.
 3) 보건복지부(2016). 노인보건복지 사업안내.
 4) 대한민국정부(2016). 제3차 저출산고령사회기본계획 2016년도 시행계획.
 5) 사단법인 대한노인회 홈페이지(<http://www.koreapeople.co.kr>에서 2016. 10. 20. 인출).
 6) 행정자치부(2016). 자원봉사 활성화를 위한 자원봉사센터 운영 지침.

2. 영역별 진단 결과

각 영역별로 검토한 진단 결과는 <표 8-4>와 같이 요약될 수 있다. 안정적인 노후소득의 확보를 목표로 하는 노후소득보장 정책은 그간 다층적 노후소득보장 체계 구축을 위한 노력을 경주해 왔지만 목표에는 미달한 상황이다. 수급률을 기준으로 할 때 개별 제도별 수급률 측면에서는 아직 목표에 미달하고 있다. 빈곤율과 빈곤갭으로 살펴본 내용적인 적절성의 경우 적극적인 노후소득보장 정책 개선 노력에도 불구하고 노인 빈곤율은 40%대를 유지하고 있다. 또한 형평성이라는 시각에서 살펴보면, 인구 사회학적 특성별(지역, 성, 연령) 빈곤율 및 빈곤갭이 발생하고 있는데, 이러한 지역별·성별·연령 집단별 노후소득보장제도의 빈곤율 감소의 양상은 공적연금의 제도 설계 자체에 기인한다.

노년기의 건강 유지를 목표로 하는 노인 건강 지원 정책은 건강보험으로 인하여 노인 의료서비스 접근성이 크게 향상되었지만, 건강수준의 향상까지 이어지지는 못하고 있다. 또한 의료비 지원의 충분성은 제고되었으나 노인의 비합리적 의료 이용에 대한 지적이 있다. 한편 보건 의료 자원의 충분성은 제고되었으나 노인 관점에서의 접근은 부족하다. 서비스 종류별 충분성의 편차가 발생하고 있고 욕구에 기초한 체계적인 노인 건강증진 프로그램 진행이 부족하며, 서비스 내용의 질적 적절성에도 문제가 도출되었다. 이 외에도 서비스 제공 인력 및 지자체 역량이 부족하고, 정보 불충분으로 인하여 약물 오남용 등의 문제가 발생하고 있다. 더불어 신체적 건강에 정책의 초점을 두어, 노년기 우울이나 노인 자살 문제 등 정신건강에 대한 체계적인 관심도 부족한 상황으로, 전반적인 노인 건강 지원 정책의 적절성 문제가 두드러진다.

기능이 저하된 노인에게 적절한 보호를 제공하는 것을 목표로 하는 노

인 돌봄 정책은 노인 보호와 관련한 최근의 정책 경향에 따라 적절하게 설정되어 있으나 실제 운영은 그렇지 못하다. 정책 설계는 요양필요도와 소득수준, 가구 형태에 따라 촘촘하게 마련되었으나 제도별 사각지대가 발생하고 있다. 구체적으로 살펴보면 1~2등급자의 급여량이 부족하고, 신체 및 인지 기능 강화를 위한 급여가 부재하며, 제도 초기에 비하여 오히려 서비스 질이 하락된 것으로 나타났다. 더불어 서비스 유형별 공급에 편차가 발생하고 있고, 노인요양시설과 요양병원 간의 역할 혼재의 문제 또한 상존하고 있다. 형평성이라는 측면에서 살펴보면 노인장기요양보험과 노인돌봄종합서비스는 이용료 간의 형평성 문제가 발생하고 있고, 지역별 서비스 제공 규모에 있어서도 형평성에 문제가 있는 것으로 진단되었다.

노인에게 적절한 일자리를 제공하는 것을 목적으로 하는 노인의 경제활동 지원 정책은 고용과 복지로 이원화되어 진행된다는 전달체계의상의 문제가 있으며, 다른 영역에 비하여 노인일자리사업의 불충분성(수요는 현재 공급량에 비해 약 4배 이상)이 크다. 더불어 사업 대상의 욕구와 사업 구조의 불일치성이 큰데, 이는 지금까지의 관련 정책이 공공 영역 중심으로 이루어졌다는 점이 주요 원인 중 하나이다.

활기찬 노후 생활을 영위할 수 있도록 지원하는 노인 여가활동 지원 정책은 정책의 발달 단계상 다른 영역에 비하여 충분성이 매우 낮은 수준이다. 즉, 다양한 여가활동에서의 미충족 욕구가 발생하고 있다. 그러나 이러한 불충분성의 문제는 공적 영역만으로는 해결될 수 없다. 또한 노인의 다양성 증대에 따라서 현재 공적 영역 정책이 다양한 여가활동 욕구를 충족시키지 못하고 있는 상황이다. 또한 형평성이라는 관점에서 볼 때 형평성이 낮은 인프라 분포로 인하여 지역별 형평성의 문제가 있으며, 실질적인 서비스 이용에 있어 성별 차이와 소득수준별 차이가 매우 큰 상황이다.

〈표 8-4〉 노인복지정책의 영역별 진단 결과

영역(목표)	방향성	충분성(양적 측면)	적절성(질적 측면)	형평성
<p>노후소득 보장 정책 (안정적인 노후소득 확보)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 다층적 노후소득보장 체계 구축을 위한 노력 경주, 그러나 목표에는 미달한 상황 	<ul style="list-style-type: none"> 수급률 기준을 할 때 개별 제도별 수급률 측면에서는 아직 목표 미달성 	<ul style="list-style-type: none"> 빈곤율과 빈곤감: 적극적인 노후소득보장 정책 개선 노력에도 불구하고 노인 빈곤율 40%대 유지 	<ul style="list-style-type: none"> 인구 사회학적 특성별(지역, 성, 연령) 빈곤율 및 빈곤감 발생. 이러한 지역별·성별·연령 집단별 노후소득보장제도의 빈곤율 감소 양상은 공적연금의 제도 설계에 기인
<p>노인 건강 지원 정책 (건강 유지)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험에 의하여 노인 의료 서비스 접근성이 크게 향상되었음. 그러나 건강수준의 향상까지 이어지지는 못함 	<ul style="list-style-type: none"> 의료비 지원의 충분성은 제고되었으나 비합리적 의료 이용에 대한 지적 보건 의료 지원의 충분성은 제고되었으나 노인 관점에서 접근은 부족 서비스 종류별 충분성의 편차 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 서비스 내용의 질적 적절성: 욕구에 기초한 체계적인 노인 건강증진 프로그램 진행 부족 서비스 제공 인력 부족 및 지자체 역량 강화 필요 정보 불충분으로 인한 약물 오남용 등의 문제 발생 노인 자살 문제에 대한 체계적인 관심 부족 	<ul style="list-style-type: none"> 의료 이용에 있어 소득 계층별 형평성 문제 발생 지역별 공공 의료의 형평성 부족
<p>노인 돌봄 정책 (적절한 보호)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 방향성은 최근 경향에 따라 적절하게 설정되어 있으나 실제 운영은 그렇지 못함 	<ul style="list-style-type: none"> 정책 설계는 요양필요도와 소득수준, 가구 형태에 따라 출생연도별로 차이를 나타내었으나 제도별 사각지대 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 급여량: 1~2등급자의 급여량 부족 급여 내용: 신체 및 인지 기능 강화를 위한 급여 부족 서비스 질: 제도 초기에 비해 하향 서비스 공급 및 전달체계: 서비스 유형별 공급에 편차 발생, 노인요양시설과 요양병원 간의 역할 혼재의 문제 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 서비스 간의 형평성 문제 발생: 시설급여와 재가급여의 서비스 내용의 차이가 있으나 본인 부담금에는 큰 차이 없음 지역별 서비스 제공 규모에 있어 서비스의 형평성의 문제 발생

영역(목표)	방향성	충분성(양적 측면)	적절성(질적 측면)	형평성
노인의 경제활동 지원 정책 (적절한 일자리)	<ul style="list-style-type: none"> 노년기의 근로에 대한 의미 고찰 없이 사업 진행 고용과 복지로 이원화되어 진행 	<ul style="list-style-type: none"> 노인일자리사업의 불충분성(수요는 현재 공급량에 비해 약 4배 이상) 사업 대상의 욕구와 사업 구조의 불일치성 	<ul style="list-style-type: none"> 미충족 수요 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 남자, 고학력 노인, 독거노인, 도시 지역 거주 노인, 건강 노인의 근로 욕구에 대비 취업 가능 일자리 불충분
노인의 여가활동 지원 정책 (활기찬 노후)	<ul style="list-style-type: none"> 노인 여가에 대한 규정과 초점이 명확하지 않거나, 노인을 사회적 약자로 보고 있어, 노인 전체 인구에 대한 정책적 접근을 하지 않는 한계 	<ul style="list-style-type: none"> 다양한 여가활동에서의 미충족 욕구 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 여가활동 범주 대비 현재 공적 영역 정책의 적절성 부족 	<ul style="list-style-type: none"> 인프라 분포상의 낮은 수준의 지역별 형평성 일반적인 여가활동뿐만 아니라 비용을 지급하는 여가활동에 있어서의 매우 큰 성별 차이와 소득수준별 차이 발생

제2절 전문가 의견

1. 영역별 중요성, 이행 정도 및 충분성

〈표 8-5〉에 의하면 전문가들이 가장 중요성이 높은 영역으로 지적한 것은 소득보장 정책이며, 다음이 요양 정책, 건강 지원 정책의 순이다. 경제활동 지원과 여가활동 지원 정책은 이들 세 영역보다 중요성 평가가 낮다. 특히 매우 중요하다는 응답은 각각 26.3%와 18.4%에 불과하다. Maslow의 위계적 욕구론에 의할 때, 이러한 결과는 기본적인 욕구 충족에 중요성이 강조되고 있음을 보여 주는 것이다. 또한 이러한 영역의 절대적 중요성 외에도 상대적인 영역별 중요도를 평가한 결과를 살펴보면, 소득보장 정책의 중요성이 월등히 높고 다음이 건강 및 요양 관련 정책이다. 경제활동 및 여가활동 지원 정책에 대해서는 상대적 중요성을 월등히 낮게 평가하고 있다(표 8-6 참조).

한편 이행 실태를 살펴보면 중요성에 대한 평가와는 그 양상이 상이하다. 즉 건강과 돌봄 정책의 이해에 대하여 가장 긍정적인 평가를 내리고 있어 5점 만점에 3.1점인 반면 소득보장 정책은 가장 낮은 2.2점이며 미흡하다는 부정적인 평가가 70%를 넘는 등 이행이 미흡한 편으로 평가하고 있다(표 8-7 참조).

〈표 8-5〉 노인복지정책 영역별 중요성 절대 평가

	전혀 중요 하지 않다	중요 하지 않은 편이다	그저 그렇다	중요한 편이다	매우 중요 하다	합계	평균	표준 편차
노후소득보장 정책	0.0	0.0	0.0	18.4	81.6	100.0(38)	4.8	0.4
노인 건강 지원 정책	0.0	0.0	10.5	26.3	63.2	100.0(38)	4.5	0.7
노인 돌봄 정책	0.0	0.0	0.0	34.2	65.8	100.0(38)	4.7	0.5
노인 경제활동 지원 정책	0.0	0.0	21.1	52.6	26.3	100.0(38)	4.1	0.7
노인 여가활동 지원 정책	0.0	5.3	18.4	57.9	18.4	100.0(38)	3.9	0.8

주: 매우 중요하다고 평가한 경우를 5점, 전혀 중요하지 않다고 응답한 경우를 1점으로 하여 환산한 점수임.

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

〈표 8-6〉 노인복지정책 영역별 중요성 상대 평가

	평균	표준 편차	최솟값	최댓값	응답자 수
노후소득보장 정책	29.3	11.3	2	60	38
노인 건강 정책	21.0	7.3	1	35	38
노인 돌봄 정책	20.5	6.7	3	30	38
노인 경제활동 지원 정책	14.4	5.4	4	30	38
노인 여가활동 지원 정책	12.8	4.7	5	23	38

주: 5영역의 총점을 100점으로 하여 평가한 상대적 중요성임.

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

〈표 8-7〉 노인복지정책 영역별 이행 실태 절대 평가

	이행이 매우 미흡하다	이행이 미흡한 편이다	그저 그렇다	이행이 잘 되고 있는 편이다	매우 잘 이행 되고있다	합계	평균	표준 편차
노후소득보장 정책	21.1	50.0	21.1	2.6	5.3	100.0 (38)	2.2	1.0
노인 건강 정책	0.0	2.6	23.7	31.6	42.1	100.0 (38)	3.1	0.9
노인 돌봄 정책	0.0	28.9	34.2	34.2	2.6	100.0 (38)	3.1	0.9
노인 경제활동 지원 정책	0.0	7.9	47.4	39.5	5.3	100.0 (38)	2.4	0.7
노인 여가활동 지원 정책	0.0	15.8	34.2	36.8	13.2	100.0 (38)	2.5	0.9

주: 매우 잘 이행된 경우를 5점, 이행이 매우 미흡한 경우를 1점으로 하여 환산한 점수임.

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

또한 노인의 욕구에 대비한 정책의 충분성에 대해서는 이행 실태 평가와 유사하게 건강 및 돌봄 정책을 가장 높이 평가하고 있으며, 여가활동 지원 정책에 대해서도 그러하다. 그러나 절대적인 평가는 그저 그렇다에 가깝다(표 8-8 참조). 한편, 다른 연령층에 대한 정책적 관심의 정도와 관련해서도 모든 영역이 모두 비슷하게 그저 그렇다에 가까운 평가를 내리고 있다. 그러나 절반의 전문가가 경제활동 지원 정책에 대한 상대적 관심이 부족하다는 평가를 내리고 있음에 주목해야 할 것이다(표 8-9 참조).

한편 사회의 재정적 능력과 비교한 평가 또한 다른 연령층에 대한 정책적 관심의 정도와 비슷한 양상을 보이고 있다. 단 소득보장 정책의 경우 다른 영역에 비하여 낮은 2.2점이며 부족한 편이라는 응답이 69.3%에 달한다(표 8-10 참조).

〈표 8-8〉 노인복지정책 영역별 노인의 욕구 대비 충분성

	매우 부족하다	부족한 편이다	그저 그렇다	충분한 편이다	매우 충분하다	합계	평균	표준 편차
노후소득보장 정책	53.8	35.9	5.1	5.1	0.0	100.0(39)	1.6	0.8
노인 건강 정책	7.9	31.6	31.6	28.9	0.0	100.0(38)	2.8	1.0
노인 돌봄 정책	5.3	39.5	39.5	12.8	2.6	100.0(38)	2.7	0.9
노인 경제활동 지원 정책	15.8	55.3	26.3	2.6	0.0	100.0(38)	2.2	0.7
노인 여가활동 지원 정책	13.2	23.7	44.7	18.4	0.0	100.0(38)	2.7	0.9

주: 매우 충분하다고 평가한 경우를 5점, 매우 부족하다고 응답한 경우를 1점으로 하여 환산한 점수임.

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

〈표 8-9〉 노인복지정책 영역별 다른 연령층에 대한 정책적 관심 대비 충분성

	매우 부족하다	부족한 편이다	그저 그렇다	과도 하다	매우 과도하다	합계	평균	표준 편차
노후소득보장 정책	12.8	30.8	46.2	7.7	2.6	100.0(39)	2.6	0.9
노인 건강 정책	2.6	18.4	73.7	5.3	0.0	100.0(38)	2.8	0.6
노인 돌봄 정책	5.3	28.9	44.7	18.4	2.6	100.0(38)	2.9	0.9
노인 경제활동 지원 정책	7.9	47.4	36.8	7.9	0.0	100.0(38)	2.5	0.8
노인 여가활동 지원 정책	10.5	26.3	47.4	15.8	0.0	100.0(38)	2.7	0.9

주: 매우 과도하다로 평가한 경우를 5점, 매우 부족하다라고 응답한 경우를 1점으로 하여 환산한 점수임.

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

〈표 8-10〉 노인복지정책 영역별 사회적 재정적 능력 대비 충분성

	매우 부족하다	부족한 편이다	그저 그렇다	과도 하다	매우 과도하다	합계	평균	표준 편차
노후소득보장 정책	23.1	46.2	20.5	0.0	0.0	100.0(39)	2.2	0.9
노인 건강 정책	7.9	21.1	68.4	2.6	0.0	100.0(38)	2.7	0.7
노인 돌봄 정책	2.6	44.7	42.1	10.5	0.0	100.0(38)	2.6	0.7
노인 경제활동 지원 정책	7.9	50.0	39.5	2.6	0.0	100.0(38)	2.4	0.7
노인 여가활동 지원 정책	18.4	28.9	39.5	13.2	0.0	100.0(38)	2.5	1.0

주: 매우 과도하다로 평가한 경우를 5점, 매우 부족하다라고 응답한 경우를 1점으로 하여 환산한 점수임.

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

2. 노인복지정책의 적절성과 문제점

현재 수행되고 있는 노인복지정책의 적절성에 대한 전문가의 다각적인 평가 결과를 살펴보면 다음과 같다. 첫째 대상자 규모와 관련해서는 전반적으로 부족한 편으로 평가하고 있다. 5대 영역 중에서는 건강이 상대적으로 긍정적인 평가를 받고 있으며 소득보장과 경제활동 지원 정책에 대

해서 가장 부정적이다(표 8-11 참조). 급여 서비스 수준과 관련한 평가는 대상 규모에 비해서 조금 더 부정적이며, 영역 간 차이가 큰 편이다. 건강 정책은 2.9점으로 그저 그렇다에 가까운 반면 소득보장 정책은 1.9점이며, 부족하다는 부정적인 평가가 약 85%에 달하는 등 가장 부정적인 평가를 받았다(표 8-12 참조).

공적 서비스 제공에 있어 가장 큰 문제로는 대상의 사각지대와 서비스의 질이 가장 많은 지적 사항이었다. 서비스량의 부족이나 적합한 서비스 개발 부족 등과 같은 양적 및 질적 적정성에 대한 지적도 각각 15%대이다(표 8-13 참조).

〈표 8-11〉 노인복지정책 영역별 대상자 규모의 적절성

	매우 부족하다	부족한 편이다	그저 그렇다	충분 하다	매우 충분하다	합계	평균	표준 편차
노후소득보장 정책	28.2	25.6	28.2	15.4	2.6	100.0(39)	2.4	1.1
노인 건강 정책	0.0	35.9	30.8	28.2	5.1	100.0(39)	3.0	0.9
노인 돌봄 정책	7.7	48.7	23.1	17.9	2.6	100.0(39)	2.6	1.0
노인 경제활동 지원 정책	12.8	56.4	20.5	10.3	0.0	100.0(39)	2.3	0.8
노인 여가활동 지원 정책	20.5	25.6	35.9	17.9	0.0	100.0(39)	2.5	1.0

주: 매우 충분하다로 평가한 경우를 5점, 매우 부족하다라고 응답한 경우를 1점으로 하여 환산한 점수임.

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

〈표 8-12〉 노인복지정책 영역별 급여 서비스 수준의 적절성

	매우 부족하다	부족한 편이다	그저 그렇다	충분 하다	매우 충분하다	합계	평균	표준 편차
노후소득보장 정책	35.9	48.7	10.3	5.1	0.0	100.0(39)	1.9	0.8
노인 건강 정책	5.1	38.5	25.6	30.8	0.0	100.0(39)	2.9	0.9
노인 돌봄 정책	7.7	51.3	33.3	7.7	0.0	100.0(39)	2.4	0.8
노인 경제활동 지원 정책	12.8	48.7	38.5	0.0	0.0	100.0(39)	2.3	0.7
노인 여가활동 지원 정책	17.9	28.2	30.8	23.1	0.0	100.0(39)	2.6	1.0

주: 매우 충분하다로 평가한 경우를 5점, 매우 부족하다라고 응답한 경우를 1점으로 하여 환산한 점수임.

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

〈표 8-13〉 공적 서비스 제공의 가장 큰 문제점

	비율	빈도
서비스량의 부족	15.9	(7)
서비스의 중복 제공	4.5	(2)
대상의 사각지대	29.5	(13)
적절한 서비스 개발 부족	15.9	(7)
서비스의 질	25.0	(11)
전달체계 문제	9.1	(4)

주: 다중 응답 포함.

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

3. 노인복지정책의 발전 방향

가. 기본 원칙

향후 노인복지정책의 발전 방향과 관련하여 고려해야 할 요소로 가장 많이 지적된 것은 노인 가구의 형태 변화, 공적연금의 성숙도, 사회의 지속 가능성, 사회적 불평등 정도 및 세대 간 형평성이다(표 8-14 참조). 또

한 발전 전략의 기본 원칙으로는 양적인 충분성, 질적인 수준 제고, 형평성 확보 중에서 질적인 수준 제고를 가장 중요한 원칙으로 지적하였다(표 8-15 참조). 향후 10년간 수행되어야 할 중점 영역으로는 소득보장과 돌봄정책이 가장 많이 지적되었다(표 8-16 참조).

〈표 8-14〉 노인복지정책 발전 방향 고려 요소

	전혀 중요하지 않다	중요하지 않은 편이다	그저 그렇다	중요한 편이다	매우 중요하다	합계	평균	표준 편차
노인가구의 형태 변화	0.0	0.0	10.3	41.0	48.7	100.0(39)	4.4	0.7
노인의 건강상태 개선	0.0	2.6	15.4	71.8	10.3	100.0(39)	3.9	0.6
공적연금의 성숙도	0.0	2.6	5.1	53.8	38.5	100.0(39)	4.3	0.7
노인의 가치관 변화	0.0	5.1	28.2	41.0	25.6	100.0(39)	3.9	0.9
사회 구성원의 가치관 변화	0.0	5.1	23.1	46.2	25.6	100.0(39)	3.9	0.8
경제 성장 속도	0.0	10.3	30.8	51.3	7.7	100.0(39)	3.6	0.8
사회의 불평등 정도	0.0	2.6	20.5	41.0	35.9	100.0(39)	4.1	0.8
세대 간 형평성	0.0	5.1	12.8	56.4	25.6	100.0(39)	4.0	0.8
사회의 지속 가능성	0.0	0.0	10.3	46.2	43.6	100.0(39)	4.3	0.7

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

〈표 8-15〉 노인복지정책 발전 전략 기본 원칙

	전혀 중요하지 않다	중요하지 않은 편이다	그저 그렇다	중요한 편이다	매우 중요하다	합계	평균	표준 편차
양적인 충분성	0.0	0.0	2.6	74.4	23.1	100.0(39)	4.2	0.5
질적인 수준 제고	0.0	0.0	0.0	38.5	61.5	100.0(39)	4.6	0.5
형평성 확보	0.0	0.0	10.3	53.8	35.9	100.0(39)	4.3	0.6

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

〈표 8-16〉 향후 10년간 중점 시행 영역

	비율	빈도
노후소득보장 정책	37.5	(15)
노인 건강 정책	2.5	(1)
노인 돌봄 정책	32.5	(13)
노인 경제활동 지원 정책	17.5	(7)
노인 여가활동 지원 정책	10.0	(4)
계	100.0	(40)

주: 중복 응답 포함.

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

나. 서비스 제공 주체

노인을 대상으로 하여 서비스를 제공함에 있어 정부의 역할이 매우 중요한 것으로 평가되었지만 상대적으로 경제활동 및 여가활동과 관련해서는 낮은 편이다. 한편 시민 사회(NGO) 역할의 중요성에 대해서는 여가활동과 관련하여 가장 높은 평가를 받았다. 반면 소득보장과 관련해서는 시민 사회(NGO) 역할보다는 정부의 역할이 매우 강조되고 있다. 민간 시장의 역할과 관련해서는 경제활동 지원과 관련하여 그 역할이 매우 강조되었다(표 8-17~표 8-19 참조).

〈표 8-17〉 서비스 제공 시 정부 역할의 중요성

	전혀 중요하지 않다	중요하지 않은 편이다	그저 그렇다	중요한 편이다	매우 중요하다	합계	평균	표준 편차
노후소득보장 정책	0.0	0.0	0.0	15.4	84.6	100.0(39)	4.8	0.4
노인 건강 지원 정책	0.0	0.0	2.6	41.0	56.4	100.0(39)	4.5	0.6
노인 돌봄 정책	0.0	0.0	10.3	35.9	53.8	100.0(39)	4.4	0.7
노인 경제활동 지원 정책	0.0	0.0	38.5	35.9	25.6	100.0(39)	3.9	0.8
노인 여가활동 지원 정책	0.0	5.1	33.3	43.6	17.9	100.0(39)	3.7	0.8

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

〈표 8-18〉 서비스 제공 시 시민 사회(NGO) 역할의 중요성

	전혀 중요하지 않다	중요하지 않은 편이다	그저 그렇다	중요한 편이다	매우 중요하다	합계	평균	표준 편차
노후소득보장 정책	17.9	28.2	33.3	17.9	2.6	100.0(39)	2.6	1.1
노인 건강 지원 정책	5.1	28.2	33.3	30.8	2.6	100.0(39)	3.0	1.0
노인 돌봄 정책	0.0	10.3	30.8	48.7	10.3	100.0(39)	3.6	0.8
노인 경제활동 지원 정책	0.0	7.7	41.0	43.6	7.7	100.0(39)	3.5	0.8
노인 여가활동 지원 정책	0.0	0.0	5.1	33.3	61.5	100.0(39)	4.6	0.6

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

〈표 8-19〉 서비스 제공 시 민간 시장 역할의 중요성

	전혀 중요하지 않다	중요하지 않은 편이다	그저 그렇다	중요한 편이다	매우 중요하다	합계	평균	표준 편차
노후소득보장 정책	5.1	28.2	25.6	30.8	10.3	100.0(39)	3.1	1.1
노인 건강 지원 정책	5.1	15.4	28.2	46.2	5.1	100.0(39)	3.3	1.0
노인 돌봄 정책	0.0	7.7	15.4	56.4	20.5	100.0(39)	3.9	0.8
노인 경제활동 지원 정책	0.0	5.1	10.3	35.9	48.7	100.0(39)	4.3	0.9
노인 여가활동 지원 정책	2.6	10.3	23.1	46.2	17.9	100.0(39)	3.7	1.0

자료: 본 연구를 위해 수행된 전문가 조사.

제3절 정책 과제

1. 정책 영역별 과제

정책 영역별 진단 결과에 기초하여 향후 10년간 수행되어야 할 과제를 제안하면 다음과 같다. 노후소득보장 정책과 관련해서는 다층적 노후소득보장 체계를 구축한다고 하는 방향성은 적절하지만 아직 많은 문제가 남아 있는 상황이다. 또한 많은 재원을 필요로 하기 때문에 다양한 관점을 가진 사회 구성원 간의 사회적 합의가 매우 중요하다. 노후소득보장과 관련해서는 정책의 적절성 제고가 가장 우선적인 과제이다. 실제 전문가들도 다른 영역에 비하여 급여의 적절성을 가장 낮게 판단하고 있다. 노후소득보장과 관련해서는 제도의 형태는 갖추어져 있으나 각 제도의 적용을 받는가 여부만으로는 안정적인 노후소득이 확보될 수 없다는 점에서 적절성 확보가 중요하다. 따라서 현재의 정책 기조는 유지하되 노인인구가 20%를 넘어서는 향후 10년 이내에 현실적인 목표가 될 수 있는 절대 빈곤의 감소를 목표로 설정하고, 기초연금의 급여수준 조정을 위한 사회적 합의를 이루어 내야 할 것이다.

또한 장기적인 소득 대체율 조정을 통하여 국민연금의 소득보장 기능을 강화해야 할 것이다. 이를 위해서는 사회적 합의가 선행되어야 하며 그에 기초한 구체적인 실행 로드맵이 마련되어야 할 것이다. 한편, 가족의 기능 변화에 대응하기 위해서는 국민기초생활보장의 부양 의무자 기준을 적극적으로 완화해 가야 할 것이다.

노인 건강과 관련해서는 충분성이나 형평성 문제에 비하여 적절성의 문제를 해결하기 위한 구체적인 방안 모색이 필요해 보인다. 현재까지는 충분성에 좀 더 무게 중심이 두어졌다면, 향후는 이용자 중심의 시각과 예방적 접근의 효과성 제고를 위하여 노인건강검진사업을 세밀화하고,

인력 및 인프라의 질적 개선을 통하여 적절성을 제고해 가야 할 것이다. 주치의 제도 도입 방안 마련 등은 이용자 중심의 원칙과, 지역사회에서의 조화가 가능한 서비스 구현을 위한 방안이 될 것이다.

한편 노인 돌봄 정책의 경우, 양적 확대를 통한 접근성 제고는 이루어졌지만, 다양한 서비스 간의 역할 분담이 이루어지지 못하고 있는 것으로 진단되었다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 연속적 돌봄 체계 구축을 위한 공급 기관별 역할 정립(조세 기반 서비스와 보험 급여 간의 역할 혼재, 요양시설과 요양병원 등) 및 지자체(조세 기반 서비스)와 건강보험공단(사회보험 급여) 간의 전달체계 구축이 시급하다. 또한 기본 방향으로 설정하고 있는 재가 보호 우선의 원칙이 구현될 수 있도록 재가급여의 양적 확대 및 가족 지원 강화를 통하여 재가 중심으로 돌봄 체계를 개편해야 할 것이다. 이는 적어도 노인이 천만 명을 넘어 전체 인구의 20%가 되는 2025년까지 정립되어야 할 것이다. 특히 기능 저하를 경험하는 후기 노인의 증가가 예견되고 있고, 이러한 노인에 대한 부적절한 보호는 가족과 사회에 큰 부담을 가중하며 노인의 삶의 질 저하로 직결될 것이기 때문이다.

경제활동과 관련해서는 노인 경제활동 수요 대비 부족한 사업 규모가 가장 시급히 해결해야 할 숙제로 도출되었다. 우리 사회의 전반적인 노동 시장의 변화가 이루어지기 이전까지 노인은 노동 시장에서 불리한 위상을 갖고 있다. 이러한 노인 경제활동 지원 정책의 충분성 제고를 위해서는 교육수준이나 건강상태와 같은 노인의 다양한 특성을 고려해 볼 때 근로 조건 및 내용의 다양화 및 적극적인 민간 일자리 연계 및 발굴이 이루어져야 할 것이다. 특히 전문가들은 다른 영역에 비하여 노인의 경제활동 지원 정책에 대하여 다른 연령층에 대한 정책적 관심이 적으며 우리 사회의 재정적 능력에 비추어 보아도 충분하지 않다고 판단하고 있다.

마지막으로 노인의 여가활동을 지원하는 정책을 진단해 본 결과 아직

미충족 욕구가 많은 상황이다. 이는 정책적인 측면보다는 현 세대 노인의 생애사적 경험 때문에 개인의 욕구 자체가 없거나 인식하지 못하는 경우도 많기 때문이다. 따라서 미래 노인의 욕구가 발현될 때를 가정한 적극적인 방향성 정립이 요구된다. 다양화하고 증대할 것으로 예상되는 여가 참여 요구에 적절히 대응하기 위해서는 정부의 정책적 개입만으로는 가능하지도 바람직하지도 않다. 민간의 역할이 매우 강하게 요구된다.

또한 정부의 여가 지원 정책에 있어서도 다양한 여가활동에 대한 균형 잡힌 지원이 이루어져야 할 것이다. 이를 위해서는 현 정책의 효과성에 대한 점검이 선행되어야 할 것이며 부처 간의 협업이 필요하다. 더불어 인구 중 노인이 차지하는 비율이 증가한다고 하는 사실은 노인을 정책 대상으로 규정하고 시작한 정책이 아니어도 정책 대상자 중 노인이 점차 증가한다는 것을 의미한다. 따라서 기존의 다양한 여가활동과 관련된 정책이 다양한 연령 구성-구체적으로는 노인-에 대하여 충분한 관심을 두고 있는가를 검토하고 기존 정책의 인력, 프로그램 내용 및 정보 전달 방법 등에 있어서의 고령 친화성을 점검해 가야 할 것이다.

2. 정책 기반 마련

점검 결과 나타난 과제들이 적절히 수행되기 위해서는 다음과 같은 기반이 마련되어야 할 것이다. 첫째, 노인을 대상으로 한 정책에 있어 누구에게 어떠한 서비스를 줄 것인가에 대한 로드맵 마련이 요구된다. 개별적인 정책별로 대상자 선정 기준이 마련되고 있고, 충분성과 서비스의 질적 측면과 형평성을 확보해 가기 위한 전략이 명시적으로 제시되고 있지 않다. 따라서 노인의 삶의 각 차원의 문제 해결에 있어 어떤 영역을 또는 영역 내의 다양한 과제 중 어떤 과제를 우선적으로 해결해 가야 할지에 대

한 체계적인 논의가 필요하다.

이를 위해서는 노인을 정책의 직접적인 대상자로 설정하고 노인의 특성 변화와 비공식 보호의 변화 추이를 기본계획의 틀에 반영한 기본계획이 주기적으로 마련되고 점검되어야 할 것이다. 현재 가장 근접한 계획으로는 저출산고령사회기본계획이 있는데, 이는 고령화라는 거시적 현상에 주목하여 고령화에 따른 사회적 문제 해결에 집중하고 있기 때문에 노인의 삶의 질이라는 주제를 초점으로 하고 있지 못하다. 따라서 5년 주기로 수립되는 저출산고령사회기본계획과 보완적 역할을 할 수 있는 노인보건복지기본계획(가칭)이 각 저출산고령사회기본계획의 중간 시점에서 수립되어야 할 필요가 있겠다. 즉 사회적 고령화에 초점을 둔 저출산고령사회기본계획과 개인의 고령화에 초점을 둔 노인보건복지기본계획(가칭)의 보완적 역할을 통한 시너지 효과가 얻어질 수 있을 것으로 기대한다. 특히 노인의 양적 규모가 커질수록, 노인을 대상으로 특정하지 않고 시작하였지만 대상자 중 노인이 차지하는 비중이 커지고 있는 기존의 다양한 사회 정책의 고령 친화성 제고를 가속화할 수 있을 것이다.

둘째, 서비스를 제공하는 방식과 관련해서 가장 중요한 기제는 중앙 정부-광역 자치 단체-기초 자치단체라는 행정 체계이다. 그러나 이러한 행정 체계의 개편 방안에 대한 다양한 논의가 진행 중이기 때문에 개편안이 마련되면 그러한 맥락에서 노인복지정책의 전달 방법이 결정되어야 할 것이다.¹⁰⁶⁾ 이러한 행정 체계를 통하여 서비스가 전달되는 것과 더불어 다양한 전문 기관 또는 대한노인회 등이 서비스 전달의 중심이 되는 경우가 다수 있다. 따라서 개별 서비스의 내용에 비추어 볼 때 행정 체계 또는 전문 기관이 각 서비스를 담당하는 것이 적절한가 여부와 그러한 전문성

106) 이현주, 유진영(2015)의 연구나 강혜규 등(2013)에 관련한 논의가 정리되어 있으며, 본 연구의 연구 범위를 넘어서므로 이러한 논의를 제외한 측면에 집중하고자 함.

을 유지할 수 있는 기반이 마련되어 작동되고 있는가에 대한 체계적인 점검이 이루어질 필요가 있다. 지금까지는 새로운 제도가 도입될 때마다 개별적인 판단이 이루어졌고, 작동 실태에 대한 평가가 이루어지지 않은 경우도 있다.

이러한 기반을 구축하기 위해서는 노인복지법에 노인복지정책의 효과적인 수행을 위한 구체적인 추진 체계에 관한 규율이 포함되어야 할 것이다.¹⁰⁷⁾ 즉, 노인보건복지정책과 관련된 종합 계획의 수립이나 추진 방법 등에 대한 내용이 포함되어야 할 것이다. 또한 저출산고령사회기본법에 기반한 저출산고령사회기본계획과 노인보건복지종합계획의 관계성을 정립시켜야 각 기본계획이 '원원'할 수 있을 것이다.

마지막으로 증가하는 노인의 규모를 고려하고, 대상의 사각지대 및 서비스의 질에 대한 질에 대한 전문가의 우려를 생각해 볼 때 각 주체별 정책적 관심의 우선순위를 설정해야 할 것이다. <표 8-17>~<표 8-19>에 기초해 볼 때 노후소득보장과 관련해서는 정부의 역할이 매우 중요한 것으로 판단된다. 더불어 노인 빈곤율이 매우 높기 때문에 정부의 노후소득 보장 정책을 노인 빈곤율 저하 정책의 우선순위로 설정해야 할 것이다. 반면 노인 여가활동 지원 정책은 시민 사회의 역할이 가장 중요하다. 시민 사회가 다양한 콘텐츠를 개발하고 제공하여 노인의 선택지가 많아질 수 있도록 해야 할 것이며, 이는 특히 노인의 교육수준 향상과 관련성이 많으므로 노인의 약 절반이 고등학교 이상의 학력을 갖게 되는 향후 10년까지는 시민 사회의 콘텐츠 개발이 우선적으로 수행되어야 할 것이다. 다음으로 노인 건강 지원 정책과 노인 돌봄 정책은 정부-시민 사회-민간 시장의 역할 분담이 매우 중요한 영역이라 하겠다.

107) 이와 관련한 구체적인 노인복지법 개선 방안은 김정순, 박종준(2015)에 제시되어 있음.

〈표 8-20〉 노인복지정책의 영역별 발전 전략

영역(목표)	방향성 정립	정책의 홍보성 제고	급여/서비스의 적절성 제고	형평성 제고
<p>노후소득 보장 정책 (안정적인 노후소득 확보)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 다층적 노후소득보장 제도 유지 - 사회적 합의 도출에 기초한 국민연금 개선안(소득보장 기능 강화) 마련 - 가족 구조와 기능의 변화 반영 	<ul style="list-style-type: none"> - 국민기초생활보장제도의 부양 의무자 기준 완화(장기 과제) 	<ul style="list-style-type: none"> - 노인의 빈곤 감소 목표 설정의 합리성 제고(절대 빈곤 해소부터) - 기초연금의 급여수준 조정 및 기준 연금액의 연동기준 변경(물가 상승률 → 임금 상승률) - 국민연금의 소득 대체율 상향 조정(장기 과제) 	<ul style="list-style-type: none"> - 형평성 제고(여자, 저소득층의 가입률 제고 등)를 통한 국민연금의 사각지대 해소
<p>노인 건강 정책 (건강 유지)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 범 정부 차원의 통합적 지원 방안 마련 - 다화제적인 공공 의료 체계 마련 - 지역사회에서 거주가 가능한 보건의료체계 구축 	<ul style="list-style-type: none"> - 하약 노인을 대상으로 한 구체적인 건강증진 사업 실시 	<ul style="list-style-type: none"> - 맞춤형 건강증진 사업, 주치의 제도 도입 등을 통한 이용자 중심성 강화 - 정신건강에 대한 관심 구체화 등 노인 건강 서비스의 범위 확장 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료 시설 및 인력의 지역 간 격차 해소
<p>노인 돌봄 정책 (적절한 보호)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 연속적 돌봄 체계 구축을 위한 공급 기관별 역할 정립(조세 기반 서비스와 보험 급여 간의 역할 분담, 요양시설과 요양병원 등) - 이용자 중심의 전달체계 구축 - 재가급여의 양 확대 및 가족 지원 강화를 통한 재가 중심의 돌봄 체계 개편 	<ul style="list-style-type: none"> - 제도의 장합성 제고를 통한 사각지대 해소 	<ul style="list-style-type: none"> - 기관의 인력 및 시설 기준 강화 및 적절한 모니터링을 통한 서비스의 질 향상 	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스 선택(제거/시설)에 따른 형평성 문제 완화 - 노인돌봄종합서비스의 지역별 차이 완화

영역(목표)	방향성 정립	정책의 중본성 제고	급여/서비스의 적절성 제고	형평성 제고
노인의 경제활동 지원 정책 (적절한 일자리)	<ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부와 고용노동부의 적극적인 협업 - 공공 일자리 중심에서 적극적인 민간 일자리 연계 및 발굴 강화 - 노인의 근로 역량 강화 및 고령 친화적인 근로 환경(물리적/제도적/문화적) 마련 	<ul style="list-style-type: none"> - 미충족률 제고를 위한 정책 지원 강화 	<ul style="list-style-type: none"> - 노인의 특성 변화 및 노인복지정책 변화를 반영한 노인 일자리사업의 재편 - 근로조건(근로시간 등) 및 내용의 다양화(장임 지원, 사회적기여형 일자리 확대 등) - 노인의 건강 및 경제 상태의 다양성을 반영한 맞춤형 지원 - 다양한 주체의 참여를 통한 다양한 일자리 모델 개발 및 제공 	<ul style="list-style-type: none"> - 다양한 근로기회 제공을 통한 성별, 학력별 취업 가능한 일자리의 차이 극복
노인의 여가활동 지원 정책 (활동권 노후)	<ul style="list-style-type: none"> - 적절한 공공과 민간의 역할 분담 방안 모색 - 부처 간 협업 기제의 명시 - 여가활동 관련 인프라의 고령친화성 증대 	<ul style="list-style-type: none"> - 다양한 주체의 참여를 통한 미충족률의 구원 촉진 	<ul style="list-style-type: none"> - 시민 사회 및 시장의 참여를 통한 적절성 제고 - 다양한 연령층을 대상으로 하는 여가 정책의 마련 	<ul style="list-style-type: none"> - 자원 능력이 없는 노인에 대한 공공의 역할 강화 - 여가시설의 지역적 비형평성 해결을 위한 공공의 노력
기반 마련	<ul style="list-style-type: none"> - 노인복지법에 추진 체계에 대한 규율 포함 • 노인보건복지기본계획(가칭) 수립 • 서비스의 내용 대비 담당 행정 체계 또는 전문 기관의 적절성과 전문성에 대한 체계적인 점검 			

제4절 연구의 한계와 향후 과제

본 연구는 적어도 10년 이내에 구현되어야 할 과제를 노인의 특성변화라는 맥락에서 제시하는 것을 목표로 실시되었다. 그런 점에서 특정 정책에 대한 세밀한 개선 과제를 도출하거나 추상적인 방향성만 제시하는 연구도 아닌 중간적 성격을 갖고 있다.

이러한 연구목표를 달성하기 위하여 지금까지의 주요 정책영역별 발전 과정을 정리하고 정확한 진단을 실시하는 데 초점을 두었으며, 영역 간의 상대적인 비교를 통하여 성과와 과제를 도출하기 위한 분석 전략을 마련하였다. 이미 세부 정책별로 구체적인 정책방안이 도출된 경우도 많다고 판단하였고, 본 연구를 통해 제시된 방향성에 기초한 세부적인 방안의 정합성이 제고될 수 있을 것이라고 보았기 때문이다. 따라서 본 연구에서 심도있게 다루지 못한 정책방안의 구체화는 다른 후속연구를 통하여 이루어지길 희망한다.

더불어 본 연구는 다양한 영역의 노인복지정책의 발달과정을 통일된 분석 틀에 의하여 점검하고 진단해 보는 초기 연구라는 점에서 계량적 평가보다는 정성적 평가를 중심으로 한 진단을 실시하고 이에 대한 전문가 의견을 종합하는 방법으로 진행되었다. 더불어 진단 틀에 기초하여 분석해 볼 수 있는 계량적 자료도 부족하였기 때문에, 정량적인 접근에 의한 진단도 이루어지지 못한 부분도 있다. 따라서 향후 연구에서는 진단을 위한 지표를 마련하여 관련 자료를 확보하고, 그에 기초한 정량적인 진단이 이루어져야 할 것이다. 단, 성과평가와 같은 단기평가가 아닌 장기적인 발전 방향을 염두에 둔 접근이어야 할 것이다.



참고문헌 <<

- 강성호. (2011). 국민연금 사각지대 규모추정과 연금제도 성숙에 따른 노후빈곤 완화 효과. 재정학연구, 4(2), pp.89-121.
- 강신욱, 노대명, 이현주, 임완섭, 김현경, 권문일 등. (2015). 주요 소득보장정책의 효과성 평가 연구. 한국보건사회연구원.
- 강혜규, 김태완, 정홍원, 최현수, 김동진, 김영옥 등. (2013). 지방자치단체 복지 전달체계 개편방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 건강보험심사평가원. (2015). 2015년 손에 잡히는 의료심사·평가 길잡이.
- 고승한, 박형근. (2013). 고령사회에 대비한 노인 보건의료서비스 체계 구축 방안. 제주발전연구원.
- 고제이, 유태현, 이재원, 조성규, 주만수, 손지훈. (2014). 중앙-지방 사회복지 재정책임 정립방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 교육부, 한국교육개발원. (2016). 2015 평생교육 통계자료집.
- 공무원연금공단. (각 연도). 통계연보.
- 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 주요통계.
- 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험 통계연보.
- 국민건강보험공단. (각 연도). 장기요양기관 평가결과.
- 국방부. (각 연도). 통계연보.
- 김광득. (2008). 여가와 현대사회. 백산출판사.
- 김계숙. (2013). 의료의 질 향상을 위한 건강보험 적정성평가 발전방안. 보건복지포럼, 2013. 8월호, pp.48-60.
- 김계현. (2013). 노인 외래본인부담 정액제의 문제점 및 개선방안. 의료정책포럼, 11(1). pp.50-57.
- 김미곤, 유진영. (2015). 기초보장 현장 모니터링-현장 전문가와 실무자 포럼. 한국보건사회연구원.
- 김상우, 이채정(2014). 치매관리사업의 현황과 개선과제. 국회예산정책처.

- 김상호, 김원섭, 원종욱, 우해봉, 정해식, 백혜연, 등. (2015). 노후소득보장 강화 방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 김성태, 김승래, 임병인. (2013). 우리나라 국민연금의 소득보장과 소득이동성 효과 분석. 대한경영학회지, 26(6), pp.1635-1651.
- 김영선. (2012). 노인의 건강 및 의료이용 형평성에 관한 연구-연령집단별 분석. 보건과 사회과학, 31, pp.55-81.
- 김유진. (2015). “지역공동체 내에서 나이 들어가기” 관점에서 살펴 본 농촌 독거노인 공동생활거주제에 관한 연구. 노인복지연구, 71(1), pp.251-273.
- 김정순, 박종준. (2015). 고령사회의 노인복지 관련법제의 개선방안 연구. 한국법제연구원.
- 김진구. (2011). 노인의 건강 및 의료이용의 형평성. 사회과학연구, 27(2), pp.66-87.
- 김태현. (2007). 노년학. 교문사.
- 김충묵, 이진. (2016). 노인자원봉사 활성화를 위한 법제도 개선방안. 법학연구, 16(1), pp.287-307.
- 남기철. (2011). 100세 시대 고령자 사회참여와 자원봉사. 100세 시대 대비 노인사회참여활성화 포럼: 일과 자원봉사를 통한 노년기 삶의 긍정적 변화 자료집. 한국노인인력개발원.
- 남기철. (2012). 노인일자리사업의 성과와 쟁점. 노인일자리사업의 평가 및 향후 발전방향. 제19차 노인일자리 전문가 포럼 발표자료.
- 대한민국정부. (2015). 제3차 저출산·고령사회 기본계획(2016-2020).
- 문화체육관광부. (2013). 2013 여가백서.
- 문화체육관광부. (2014). 2014 국민여가활동 조사.
- 문화체육관광부. (2015). 2014 문화예술정책백서.
- 박민서, 유영직. (2013). 자살 예방정책의 형성과정과 과제. 지역발전연구, 12(2), pp.77-102.
- 박세경, 강은나, 황주희, 김정현, 하태정, 이정은 등. (2015). 돌봄·보건의료 연합서비스(Joined-up Service)공급모형에 관한 전망과 과제. 한국보건사회연구원.

- 박실비아, 장영식, 박은자, 채수미, 이예슬, 고슬기 등. (2013). 2012년도 의약품 소비량 및 판매액 통계 심층분석. 한국보건사회연구원.
- 박윤섭. (2014). 노인일자리사업 수행기관의 사용자성과 법적 책임. 노인인력개발포럼, 11, pp.199-220.
- 박성복, 이종렬. (2000). 정책한 강의. 대영문화사.
- 배지영. (2014). 만성질환보유 노인의 의료비 부담 및 의료 미이용 경험과 건강 관련 삶의 질 간 관계에 관한 연구. 사회과학연구, 25(4). pp. 109-129.
- 보건복지부. (각 연도). 노인보건복지사업안내.
- 보건복지부. (각 연도). 보건복지백서.
- 보건복지부. (2014a). 2014년 예산안 및 기금운용사업계획안 설명자료.
- 보건복지부. (2014b). 보건기관 현황.
- 보건복지부. (2015a). 전국공공의료기관현황.
- 보건복지부. (2015b). 2015 지역사회 통합건강증진사업 안내(총괄).
- 보건복지부. (2015c). 2015년 국민기초생활보장사업 안내.
- 보건복지부. (2016a). 노인실명예방사업 사업지침.
- 보건복지부. (2016b). 고혈압·당뇨병 등록·관리사업 표준실무지침.
- 보건복지부. (2016c). 노인돌봄서비스 사업안내.
- 보건복지부. (2016d). 노인일자리 및 사회활동 지원사업 운영안내.
- 보건복지부. (2016e). 노인재능나눔활동 운영안내.
- 보건복지부. (2016f). 보건복지 70년사.
- 보건복지부. (2016g). 제4차 국민건강증진종합계획.
- 보건복지부, 한국노인인력개발원. (2016). 2016년도 시니어인턴십 사업 운영지침.
- 사학연금공단. (각 연도). 통계연보.
- 선우덕. (2014). 건강부문의 성과와 향후 추진방향. 보건복지포럼, 2014년 10월호, pp.31-41.
- 선우덕, 이소영, 김동진, 김철웅, 윤종률, 남효정. (2014). 노인 보건사업의 현황과 개선 방안. 한국보건사회연구원.
- 서정희, 오욱찬, 박경하. (2013). 사회복지 영역 일자리사업 참여자의 근로자성

- 비교 연구. 노동정책연구, 13(2), pp.95-126.
- 석재은, 정경희, 김용하, 이윤경. (2005). 노인교통이용 등 요금제도 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 석재은. (2015). 기초연금 도입과 세대 간 이전의 공정성. 보건사회연구, 35(2), pp.64-99.
- 신영석, 강희정, 김남순, 정영호, 김동진, 황도경. (2013). 건강보험 보장성 강화에 따른 의료체계의 지속가능성 제고 방향. 한국보건사회연구원.
- 신호성. (2009). 건강수준 및 의료이용의 형평성과 정책과제. 보건복지포럼, 2009년 3월호, pp.26-35.
- 송근원, 김태성. (2008). 사회정책론. 나남.
- 송현주, 이은영, 임란, 김호진. (2014). 중·고령자의 경제생활 및 노후준비 실태, 국민연금연구원.
- 양승조, 남인순. (2016). 국민기초생활보장법상 부양의무자기준과 사회적 기본권의 보장 토론회 자료집, 2016. 6. 14. 서울.
- 오영희, 선우덕, 김혜련, 윤종률, 양찬미. (2011). 예방적 관점에서의 노인건강관리서비스의 개발 연구-M시 종적연구기반(I). 한국보건사회연구원.
- 오영희, 김경래, 신창우, 배혜원. (2016). 출산력 조사(1974~2012)를 활용한 한국의 출산력 변천 과정 연구. 한국보건사회연구원.
- 오영아. (2015). 지역사회 건강증진인력 직급별 핵심역량에 관한 질적연구. 대한보건연구. 41(1), pp.96-106.
- 우해봉, 백혜연, 한정임, 안형석. (2015). 공·사적 연금 체계의 노후소득보장 효과 전망과 발전 방향. 한국보건사회연구원.
- 윤종률. (2008). 노인장기요양보험제도와 요양병원의 역할, 의료정책포럼 6(3), 대한의사협회 의료정책연구소.
- 윤종률 등. (2012). 지역사회노인 대상 건강증진프로그램 제공체계 개발과 모색, 연구보고서.
- 윤소영, 손동기, 이다현, 위세아. (2016). 고령화 시대 문화의 역할과 과제-고령자를 중심으로-. 한국문화관광연구원.
- 윤소영. (2016). 어르신 대상 문화정책의 방향과 과제. 고령사회와 문화정책. 한

- 국문화관광연구원. pp.25-45.
- 이삼식, 정경희, 서문희, 윤석명, 방하남, 김혜원 등. (2010). 향후 5년간 추진할 저출산고령사회 핵심 연구과제. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이삼식, 강은나, 박종서, 변수정, 이소영, 황남희 등. (2014). 저출산고령사회 대응을 위한 중장기 정책개발 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이삼식, 강혜규, 김정선, 여유진, 신운정, 강은나 등. (2015). 고령화 및 생산가능 인구 감소에 따른 대응전략 마련 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이석훈, 송강영, 김재운. (2008). 노인여가활동 참여현황 및 활성화 방안 탐색. 한국콘텐츠학회논문지 8(3), pp.234-243.
- 이선희. (2008). 국민건강보험 보장성 강화정책 타당성 평가. 심포지엄-국민건강 보험 보장성 강화정책 평가 및 급여정책 개선방안 자료집.
- 이소정, 정경희, 이윤경, 윤상현. (2007). 우리나라 노인의 사회참여 유형분석 및 정책적 함의. 한국보건사회연구원.
- 이용재. (2010). 소득계층별 건강상태에 따른 의료이용 형평성 분석. 한국사회정책, 17(1), pp.267-290.
- 이정애, 신준호, 박종춘, 신일선, 정은경, 신민호 등. (2009). 노인건강증진을 위한 종합대책 및 관리방안 개발. 전남대학교 · 보건복지가족부.
- 이인재. (2014). 고령사회와 노인일자리사업 전망. 노인인력개발포럼. 11. pp.3-20.
- 이정기, 문진영. (2015). 한국 공공부조제도의 사각지대에 대한 연구. 생명연구, 35, pp.5-65.
- 이현주, 유진영. (2015). 공공 사회복지 전달체계의 변화와 정책적 함의. 한국보건사회연구원.
- 임완섭. (2016). 기초연금의 빈곤 감소효과 분석, 보건복지포럼, 2016년 6월호, pp.82-97.
- 전용호. (2015). 노인돌봄서비스 전달체계에 관한 연구: 공공부문 인력과 공급자의 관점을 중심으로, 보건사회연구 35(2), 한국보건사회연구원.
- 정경희, 이금룡, 홍백의, 이수연, 김소영, 권중돈 등. (2011). 베이비붐 세대 은퇴 및 고령화에 따른 정책수립 방향 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.

- 정경희, 이소정, 이윤경, 김수봉, 선우덕, 오영희 등. (2010). 베이비 부머의 생활 실태 및 복지욕구. 한국보건사회연구원.
- 정경희, 이윤경, 최현수, 김태완, 이현주, 이소정 등. (2009). 기초노령연금 도입의 사회·경제적 영향 평가. 한국보건사회연구원.
- 정경희, 오영희, 강은나, 김재호, 선우덕, 오미애 등. (2014a). 2014년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 정경희, 오영희, 황남희, 권중돈, 박보미. (2014b). 노인단독가구의 생활 현황과 정책 과제. 한국보건사회연구원.
- 정경희, 김경래, 오영희, 이윤경, 황남희, 이선희. (2015). 인구구조 변화에 따른 노인복지정책의 발전 방향. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 주은선. (2013). 2013 기초연금 개혁: 조삼모사의 정치, 월간 복지동향, (180), pp.4-8. 2013. 10. 참여연대사회복지위원회.
- 지은정. (2014). 시민서비스는 자원봉사의 대척점에 있는가?-미국의 AmeriCorps 와 Senior Corps를 중심으로. 사회복지연구. 45(2). pp.31-63.
- 지은정. (2015). 노인일자리사업의 사회보험 적용과제와 해외 유사정책의 시사점. 고용직업능력개발연구. 18(3), pp.89-124.
- 지은정, 금현섭, 하세운. (2012). 고령화사회 노인의 사회참여 활성화 방안: 노인 일자리사업과 자원봉사를 중심으로. 한국노인인력개발원.
- 최성재, 장인협. (2010). 고령화사회의 노인복지학. 서울대학교출판문화원.
- 최인덕. (2009). 노인의 의료와 장기요양서비스 연계를 위한 효율적 전달체계 구축방안, 국민건강보험공단.
- 한정란, 윤소영. (2011). 2011 노인 문화예술교육 요구 조사 및 측정 지표 개발. 문화체육관광부·한국문화예술교육진흥원·한국노인종합복지관협회.
- 한정란. (2016). 고령사회 노인 여가문화교육과 사회적 역할. 고령사회와 문화정책. 한국문화관광연구원. pp.173-210.
- 황남희. (2014). 한국 노년층의 여가활동 유형화 및 영향요인 분석. 보건사회연구. 34(2). pp.37-69.
- 통계청. (각 연도). 인구동향조사.

- 통계청. (각 연도). 사망원인 통계.
- 통계청. (각 연도). 사회조사 보고서.
- 통계청. (각 연도). 생명표.
- 통계청. (2015). 2015 고령자통계.
- 통계청. (2016a). 2016 고령자통계.
- 통계청. (2016b). 2015년 가계동향조사. 원자료.
- 통계청. (2016c). 장래인구추계.
- 한국노인인력개발원. (2008). 제1기 노인일자리 백서.
- 한국노인인력개발원. (2011). 2010 노인일자리사업 통계.
- 한국노인인력개발원. (2015). 2014 노인일자리사업 통계.
- 한국노인인력개발원. (2016). 2015 노인일자리사업 통계.
- 한국문화예술교육진흥원. (2015). 한국문화예술교육진흥원 연차보고서.
- 한국보건사회연구원, 한국교육개발원, 한국노동연구원, 한국여성정책연구원. (2009).
한국경제60년사-사회보장복지분과-.
- 행정자치부, 한국중앙자원봉사센터. (2015). 2015년 자원봉사센터 현황 I. 통계편.

[신문기사]

- 김일. (1981. 6. 1). 노인능력은행이 생겼다. 경향신문. 제10974호, p.7.

[홈페이지]

- 국가평생교육진흥원 (<http://www.nile.or.k>)
- 국민연금공단 홈페이지 (<http://www.nps.or.kr/>)
- 국회의 법률지식정보시스템 (<http://likms.assembly.go.kr>)
- 국회 보건복지위원회 재정통계 홈페이지 (<http://stat.nabo.go.kr>)
- 대한노인회 홈페이지(<http://koreapeople.co.kr>)
- 대한노인회 취업지원센터 홈페이지(<http://k60.co.kr>)
- 보건복지부 기초연금 홈페이지(<http://basicpension.mohw.go.kr>)
- 사회보장정보원 홈페이지(<http://www.ssis.pr.kr>)

중앙자살예방센터 홈페이지(<http://www.spckorea.or.kr>)

통계청 KOSIS 홈페이지(<http://kosis.kr>)

한국노인인력개발원 홈페이지(<http://www.kordi.fo.kr>)

한국문화원협회 홈페이지(<http://www.kccf.or.kr>)

한국주택금융공사 홈페이지(<http://www.hf.go.kr>)

[영문자료]

Cogwill & Homes, K. D. (1972). *Aging and Modernization*, New York: Appleton-Century-Crofts.

Corporation for National & Community Service(CNCS). (2012). *Volunteering and Civic Life in America 2012-Key Findings on the Volunteer Participation and Civic Health of the Nation*.

Cutler, S. J. & Hendricks, J. (1990). Leisure and Time Use across the Life Course. In R. H. Binstock & L. K. George(Eds.) *Handbook of Aging and the Social Sciences*, pp.169-185. San Diego: Academic Press.

Gilbert, N. & P. Terrell. (2013). *Demensions of social welfare policy*. pearson Higher Ed.

Maslow. (1970). *Motivation and Personality, (2nd Edition)*, Harper & Row.

Parker, S. R. (1971). *The future of work and leisure*. Praeger Publishers.

WHO. (2015), *World report on ageing and health*.

부록 1. 전문가 조사 설문지

부록 2. 부표

부록 1. 전문가 조사 설문지

노인복지정책 진단과 발전 전략 모색

기 간 : 2016년 8월 29일 ~ 9월 9일

대 상 : 전문가 패널

연 구 진 : 정경희, 강은나, 이윤경, 황남희, 양찬미

연 락 처 : 양찬미 연구원(044-287-8363 [010-5029-2850], ycm723@kihasa.re.kr

안녕하십니까?

저희 한국보건사회연구원에서는 기본 과제로 ‘노인복지정책 진단과 발전 전략 모색’ 연구를 진행하고 있습니다. 최근까지 노인복지와 관련한 많은 연구가 이루어졌지만 정책 방안을 제시하는 것을 목적으로 하는 연구의 경우, 특정 정책 영역에 대한 집중적인 연구가 이루어지고 있거나 폭넓은 정책 방안 모색의 일부로 노인복지정책이 다루어지고 있어 제시된 방안과 방향성이 포괄성과 구체성을 동시에 확보하지 못하고 있는 상황입니다. 이에 본 연구를 통하여 노인의 특성과 욕구라는 관점에서 노인복지정책의 적절성과 충분성을 종합적·체계적으로 진단하고 향후 발전 방향 모색을 위하여 전문가의 의견을 수렴하고자 합니다. 여러 가지로 바쁘시겠지만, 귀한 시간 할애하여 주시길 정중히 요청 드립니다.

2016년 9월 9일(금)까지 회신해 주시면 감사하겠습니다.



한국보건사회연구원

2016. 8.

한국보건사회연구원

연구책임자 정경희

※ 응답을 끝내신 후 설문은 'OOO(본인성함).hwp'로 저장하시어 회신해 주시길 부탁드립니다.
감사의 뜻으로 소정의 수당을 지급해 드리고자 하오니 설문지 마지막 장에 첨부된 '수당영수증과' 개인정보제공동의서 파일에 자필서명 하시어 함께 회신해 주시길 바랍니다.

▣ 노인복지정책의 중요성과 이행 실태 진단

1. 다음의 노인복지정책이 노인의 삶에 갖는 중요성과 정책의 이행 실태에 대한 귀하의 생각을 말씀해 주십시오

	(1) 중요성의 절대 평가	(2) 중요성 상대 평가	(3) 이행실태 절대 평가
노인복지정책 영역	① 전혀 중요하지 않다 ② 중요하지 않은 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	중요도 순에 따라서 점수를 부여해 주십시오. 각 항목별 점수를 더하면 100점이 되도록 응답해 주십시오.	① 이행이 매우 미흡하다 ② 이행이 미흡한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 이행이 잘 되고 있는 편이다 ⑤ 매우 잘 이행되고 있다
1) 소득보장 정책			
2) 건강 지원 정책			
3) 영양및돌봄 정책			
4) 경제활동 지원 정책			
5) 사회참여활동 지원 정책			
총합		100점	

2. 현행 노인복지정책의 충분성에 대하여 어떻게 생각하십니까? 각 정책 영역별로 말씀해 주십시오

노인복지정책 영역	노인의 욕구 대비 충분성	다른 연령층에 대한 정책적 관심 대비 충분성	사회의 재정적 능력 대비 충분성
	① 매우 부족하다 ② 부족한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 충분한 편이다 ⑤ 매우 충분하다	① 매우 부족하다 ② 부족한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 과도하다 ⑤ 매우 과도하다	① 매우 부족하다 ② 부족한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 과도하다 ⑤ 매우 과도하다
1) 소득보장 정책			
2) 건강 지원 정책			
3) 영양 및 돌봄 정책			
4) 경제활동 지원 정책			
5) 사회참여활동 지원 정책			

3. **현재 노인복지정책의 적절성에 대하여 어떻게 생각하십니까? 각 항목별로 말씀해 주십시오.**

노인복지정책 영역	대상자 규모 적절성	급여서비스 수준 적절성
	① 매우 부족하다 ② 부족한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 충분한 편이다 ⑤ 매우 충분하다	① 매우 부족하다 ② 부족한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 충분한 편이다 ⑤ 매우 충분하다
1) 소득보장 정책		
2) 건강 지원 정책		
3) 요양 및 돌봄 정책		
4) 경제활동 지원 정책		
5) 사회참여활동 지원 정책		

4. **현재 공적인 노인복지 서비스를 제공하는 데 있어 가장 큰 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?**

- ① 서비스량의 부족
 ② 서비스의 중복 제공
 ③ 대상의 사각지대
 ④ 적절한 서비스 개발 부족
 ⑤ 서비스의 질
 ⑥ 전달체계 문제
 ⑦ 기타

5. **이중 가장 개선이 필요한 영역은 무엇이라고 생각하십니까? 또한 그렇게 판단하시는 이유를 간단히 기술해 주십시오.**

▣ **노인복지정책 발전 전략**

6. **노인복지정책의 발전 방향을 모색함에 있어서 고려해야 할 요소는 무엇이라고 생각하십니까? 각 항목별로 중요성을 답하여 주십시오.**

구성 요소	중요성	구성 요소	중요성
	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다		① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다
1) 노인기구의 형태 변화		6) 경제 성장 속도	
2) 노인의 건강상태 개선		7) 사회의 불평등 정도	
3) 공적연금의 성숙도		8) 세대간 형평성	
4) 노인의 가치관 변화		9) 사회의 지속 가능성	
5) 사회 구성원의 가치관 변화			

6-1 이 외에도 고려해야 할 요소가 있으면 말씀해 주십시오 또한 그 이유를 기술해 주십시오.

7. 노인복지정책의 발전 방향을 모색함에 있어서 고려해야 할 기본 원칙은 무엇이라고 생각하십니까?
 각 원칙별로 중요성을 답하여 주십시오

기본 원칙	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다
1) 양적인 충분성	
2) 질적인 수준 제고	
3) 형평성 확보	

7-1 이 외에도 고려해야 할 기본 원칙이 있으면 말씀해 주십시오 또한 그 이유를 간단히 기술해 주십시오.

8. 65세 이상의 비중이 20%에 달하게 될 향후 약 10년간 가장 중점을 두고 시행되어야 할 영역은 소득, 건강, 영양 및 돌봄, 경제활동, 사회참여활동 중 어느 것이라고 생각하십니까? 그 이유를 간단히 기술해 주십시오

- ① 소득 영역 ② 건강 영역 ③ 영양 및 돌봄 영역 ④ 경제활동 영역
- ⑤ 사회참여활동 영역 ⑥ 기타

9. 노인을 대상으로 한 서비스를 제공하는 데 있어 각 주체들의 역할은 얼마나 중요하다고 생각하십니까? 다음 각각에 대하여 응답해 주십시오.

	정부의 역할	시민 사회(NGO 등)의 역할	민간 시장의 역할	가장 중요한 주체
영역	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	① 정부 ② 시민 사회 ③ 민간
1) 소득보장				
2) 건강 지원				
3) 영양 및 돌봄 보호				
4) 경제활동 지원				
5) 사회참여활동 지원				

9-1 이 중 정부의 역할이 가장 중요하다고 생각하는 영역은 무엇입니까? 또한 그 이유를 간단히 기술해 주십시오

▣ 영역별 주요 쟁점

다음중 귀하가 가장 관심을 많이 두고 있는 2개의 영역을 골라 응답해 주십시오.

※ 작성하시는 영역에 체크 v 표시 부탁드립니다.

- 영역 A. 소득보장 정책 영역 영역 B. 건강 지원 정책 영역
 영역 C. 요양 및 돌봄 정책 영역 D. 경제활동 지원 정책
 영역 E. 사회참여활동 지원 정책

영역 A. 소득보장 정책

A-1. 1998년과 2007년, 2번에 걸친 국민연금 개혁에서, 소득 대체율을 70%에서 40%로 낮추고 수급 개시 연령을 60세에서 65세로 높인 것은 바람직한 것이었다고 생각하십니까? 또한 그렇게 생각하시는 이유를 간단히 기술해 주십시오.

A-2. 노인 빈곤율이 높은 우리나라에서, 연금 보험료를 높여서 국민연금의 소득 대체율을 높이고 아울러 재정의 지속 가능성을 보장하는 개혁이 이루어지는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

(※ OECD의 소득 대체율 권고수준 70~80%)

A-3. 기초연금제도는 소득 인정액 하위 70%에서 매월 약 20만 원을 지급하는 것으로 도입·시행되고 있습니다. 그러나 노인 빈곤율을 낮추기 위해서는 기초연금의 대상 규모를 현재보다 좁히고 지급 금액을 높일 필요가 있다는 의견이 있습니다. 이에 대해 어떻게 생각하십니까? 지급 대상과 지급 금액에 각각에 대해 응답해 주십시오.

A-4. 국민기초생활보장제도의 부양 의무자 기준은 현재 우리나라 공적 부조의 사각지대를 발생시키는 것으로 알려져 있습니다. 따라서 부양 의무자 기준을 점차 완화해 왔습니다. 그러나 다른 서구 국가에서는 이러한 부양 의무자 기준이 없거나 있더라도 소득수준이 매우 높기 때문에 사각지대를 유발하는 문제가 거의 없습니다. 따라서 우리나라도 국민기초생활보장제도에서 부양 의무자 기준을 폐지하는 것이 바람직하다는 의견이 있습니다. 이에 대해 어떻게 생각하십니까?

A-5. 노후소득보장제도가 성별, 연령, 지역 등의 인구 사회학적 특성을 반영하여 잘 설계되어 있다고 생각하십니까? 간혹 특정 성별이나 연령, 지역 등에 유리하게 설계되어 개선되어야 할 부분이 있을지요? 국민연금, 기초연금, 국민기초생활보장제도 등 개별 제도 각각에 대해 의견을 주십시오.

A-6. 우리나라 노인은 노후소득보장제도의 미성숙으로 그 혜택을 받기 어렵고 개인 스스로 준비하는 노후에 대한 인식이 부족했습니다. 따라서 우리나라 노인은 과거에 비해 길어진 노년기를 보낼 노후소득이 충분하지 않은 경우가 대부분입니다. 이러한 상황에서 현 노인의 소득보장을 지원하기 위해 가장 필요한 정책 개선 사항(혹은 정책 도입)은 무엇이 있을까요?

A-7. 현재 공적인 소득보장 정책에 있어서 가장 큰 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 급여수준의 부족
 ② 대상의 사각지대
 ③ 제도의 신뢰성 부족
④제도의 잦은 변화
 ⑤기타(무엇: _____)

영역 B. 건강 지원 정책

B-1. WHO에서 제시하는 방향에 따라 고령사회 및 노인 세대를 위하여 건강 보장 시스템에 대한 재구조화가 요구됩니다. 즉, 기존 질병 치료에 집중하는 것에서 나아가 만성질환 등의 예방적 차원으로 확대되어야 한다고 강조한 바 있습니다. 이러한 맥락에서 볼 때 우리나라의 건강 보장 체계는 WHO의 방향성을 잘 반영하고 있다고 생각하십니까? 또한 그렇게 생각하시는 이유를 간단히 기술해 주십시오.

- ① 전혀 반영하지 않고 있다
 ② 반영하지 않는 편이다
 ③ 그저 그렇다
④ 잘 반영하는 편이다
 ⑤ 매우 잘 반영하고 있다

B-2. 현재의 건강보험은 고령화에 따른 질병 구조의 변화를 잘 반영하고 있다고 생각하십니까? 또한 그렇게 생각하시는 이유를 간단히 기술해 주십시오.

- ① 전혀 반영하지 않고 있다
 ② 반영하지 않는 편이다
 ③ 그저 그렇다
④ 잘 반영하는 편이다
 ⑤ 매우 잘 반영하고 있다

B-3. 현재의 건강보험에서의 노인 의료 보장성 확대(노인 진료비 본인부담경감) 정책에 대하여 전반적으로 어떻게 생각하십니까? 또한 그 이유를 간단히 기술해 주십시오.

B-4. 현재의 지역 노인 보건 복지 서비스 정책이 보건소를 중심으로 추진되고 있습니다. 이러한 추진 방향에 대하여 전반적으로 어떻게 생각하십니까? 또한 그렇게 생각하는 이유를 간단히 기술해 주십시오.

B-5. 노년기의 건강한 삶 유지(예: 건강 수명 연장)를 위하여 향후 노인 건강 정책에서 중점적으로 다루어야 한다고 생각하는 정책 개선 사항(혹은 정책 도입)은 무엇이 있을까요?

B-6. 현재의 노년기 건강 관련 정책에 있어서 가장 큰 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 건강보험에서의 노인 질병 구조에 따른 의료비 부담 체계 미흡
- ② 적절한 서비스 개발 부족(예방 및 건강증진, 질병 치료 및 관리, 재활 서비스, 영양 관리, 정신보건 등)
- ③ 전달체계 문제(보건소 중심의 서비스 제공, 적절한 건강증진 활동 지원 환경 부족 등)
- ④ 서비스 이용 노인의 형평성 문제(지역 간 보건 의료 형평성, 중산층 이상에 대한 건강관리 서비스 부족 등)
- ⑤ 기타(무엇: _____)

영역 C. 요양 및 돌봄 정책

C-1. 노년기를 지역사회에서 가능한 한 오래 생활할 수 있도록 하는 ageing in place의 흐름에 비추어 볼 때 우리나라의 장기요양 보호 정책은 이러한 방향성을 잘 구현하고 있다고 생각하십니까? 또한 그렇게 생각하시는 이유를 간단히 기술해 주십시오.

C-2. 노년기의 확대에 따른 후기 노년기의 기능 상태 저하에 대응하여 다음과 같은 서비스에 대한 욕구는 어떻게 변할 것으로 생각하십니까? 또한 그렇게 생각하시는 이유를 각각에 대하여 간단히 기술해 주십시오.

사회참여활동	서비스 욕구
	① 매우 급속히 증가 ② 완만한 속도로 증가 ③ 큰 변화 없음
1) 장기요양시설 입소	
2) 다양한 고령자 주택 수요	
3) 다양한 방문형 일상생활 지원 서비스	

C-3. 장기요양보험은 이용자인 노인의 관점(욕구)이 충분히 반영되고 있다고 생각하십니까? 또한 노인의 관점보다는 가족 관점, 또는 공급자 관점 중심이라고 생각하십니까? 그렇게 생각하시는 이유를 간단히 기술해 주십시오.

C-4. 현재의 장기요양보호 정책에 있어서 가장 큰 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 서비스양의 부족 ② 서비스의 중복 제공 ③ 대상의 사각지대
④ 적절한 서비스 개발 부족 ⑤ 서비스의 질
⑥ 전달체계 문제(서비스의 분절성 포함) ⑦ 서비스 기관의 지역적 불균형

영역 D. 경제활동 지원 정책

D-1. 노인 경제활동(민간 취업 지원, 노인일자리사업 등)이 향후 10년간 노인복지 영역으로 지속적인 지원이 필요하다고 생각하십니까?

- ① 필요하다(→ D-1-1에 응답해 주십시오)
② 필요하지 않다(→ D-1-2에 응답해 주십시오)

D-1-1. 노인 경제활동 지원 정책의 방향성에 대한 동의 정도를 묻는 질문입니다. 각각에 대하여 응답해 주십시오.

문항	① 전혀 그렇지 않다 ② 그렇지 않은 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 그런 편이다 ⑤ 매우 그렇다
1) 노인일자리사업 공익형을 중심으로 지원해야 한다	
2) 노인일자리사업 시장형을 중심으로 지원해야 한다.	
3) 노인의 민간 노동 시장 진입을 지원하는 방향으로 지원해야 한다.	

D-1-2. 노인복지 영역으로의 지원이 필요 없다고 생각하시는 이유를 간단히 기술해 주십시오.

D-2. 노인 경제활동에 대해 정부가 지속적으로 지원하게 된다고 할 때, 전달체계에 대한 질문입니다. 가장 적절한 방안이 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 노인의 경제활동 욕구는 노인의 소득수준에 관계없이 노인복지 차원에서 복지부에서 담당해야 한다.
- ② 근로 능력이 낮거나 저소득 노인의 일자리는 복지부에서, 근로 능력이 있는 일반 노인의 일자리는 고용노동부에서 담당해야 한다.
- ③ 노인의 경제활동 욕구는 소득수준에 관계없이 고용노동부에서 담당해야 한다.
- ④ 기타(무엇: _____)

D-3. 노인일자리사업 참여자의 약 10%(2014년 기준)는 노노 케어에 참여하고 있습니다. 노인일자리사업 참여자는 노동 시장의 임시·일용직 근로노인에 비해 여자와 독거 노인의 비중이 높고, 고령(평균 약 73세)이면서 낮은 건강상태 등의 특징을 보이고 있습니다. 이와 함께 복지부의 노인돌봄서비스(기본 및 종합)의 확대에 일부 지역에서는 노노 케어 대상자 확보 등의 어려움을 겪는 것으로 보고되고 있습니다. 노인 일자리사업에서의 노노 케어의 지속 가능성 혹은 필요성에 대한 의견을 제시해 주시기 바랍니다.

D-4. 65세 이상 노인 중 건강하지 못한 노인(ADL/IADL 제한, 인지 저하자 등)임에도 불구하고 경제활동에 참여하고자 하는 욕구가 있습니다. 건강하지 못한 노인에 대한 일자리 지원이 적절하다고 생각하십니까? 또한 그렇게 생각하시는 이유에 대해 간단히 기술해 주시기 바랍니다.

D-5. 노인 경제활동 정책 대상의 연령 범위에 대한 질문입니다. 노인이 고령화될수록 신체적, 인지적 건강상태는 저하되기 마련이며, 이로 인해 사고 위험도 높을 수 있습니다. 80세가 넘어도 신체적으로 건강하시다면 정부 지원 사업에 참여해도 된다고 생각하십니까?(예, 장기요양 등급자가 아니면 연령에 상관없이 노인일자리사업 참여 가능) 아니면 노인 경제활동 지원 대상의 연령 상한을 어느 정도 정해야 한다고 생각하십니까? 또한 그렇게 생각하시는 이유에 대해 간단히 기술해 주시기 바랍니다.

D-6. 현재의 노인 경제활동을 활성화하기 위한 정책에 있어서 가장 큰 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 노인 채용에 대한 기업의 소극적 태도 ② 현재 노인의 인적 자본 부족
- ③ 노인일자리 중심의 노인 경제활동 정책 수행(정부의 민간 일자리 연계, 발굴 노력 부족)
- ④ 경제활동 지원 정책 대상에서 ‘노년층’의 상대적 열위(청년, 중년 등에 비해 우선순위 낮음)
- ⑤ 기타(무엇: _____)

영역 E. 사회참여활동 지원 정책

E-1. 소득이나 건강에 비하여 사회활동 참여에 대한 정부의 관심은 상대적으로 늦게 시작되었다고 지적되고 있습니다. 이러한 지적이 적절/부적절하다고 생각하십니까? 또한 그렇게 생각하시는 이유를 간단히 기술해 주십시오.

E-2. 다음의 노인 사회참여와 관련된 정책이 노인의 삶에 갖는 중요성과 정책의 이행 실태에 대한 귀하의 판단을 말씀해 주십시오.

	(1) 중요성의 절대 평가	(2) 중요성 상대 평가	(3) 이행실태 절대 평가
사회참여활동	① 전혀 중요하지 않다 ② 중요하지 않은 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	중요도 순에 따라서 점수를 부여해 주십시오. 각 항목별 점수를 더하면 100점이 되도록 응답해 주십시오.	① 이행이 매우 미흡하다 ② 이행이 미흡한 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 이행이 잘 되고 있는 편이다 ⑤ 매우 잘 이행되고 있 다
1) 문화여가활동			
2) 평생 교육			
3) 자원봉사활동			
총합		100점	

E-3. 노인의 다양한 사회참여 정부의 정책을 수립·집행함에 있어서 노인만을 대상으로 한 사회참여활동 지원과 다양한 연령이 참여하는 사회활동참여 기관프로그램에의 노인의 참여 지원의 상대적인 중요성에 대하여 어떻게 생각하십니까? 또한 그렇게 생각하시는 이유를 간단히 기술해 주십시오.

E-3-1. 노인의 사회참여와 관련한 대표적인 인프라 중 하나가 노인 (종합)복지관입니다. 그러나 한편으로는 고령화가 진전되면서 사회 (종합)복지관등 유사 공적 기관 이용자 중 노인의 비중도 증가하고 있습니다. 이러한 현상을 고려해볼 때 노인복지관의 지속적인 확충이 필요하다고/필요없다고 생각하십니까? 또한 그렇게 생각하시는 이유를 간단히 기술해 주십시오.

E-4. 노인의 다양한 사회참여 욕구를 고려해 볼 때 관련 서비스를 제공하는 데 있어 각 주체들의 역할은 얼마나 중요하다고 생각하십니까? 다음 각각에 대하여 응답해 주십시오.

	정부의 역할	시민 사회(NGO 등)의 역할	민간 시장의 역할	가장 중요한 주체
사회참여활동	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	① 전혀 중요하지 않다 ② 별로 중요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 중요한 편이다 ⑤ 매우 중요하다	① 정부 ② 시민 사회 ③ 민간
1) 문화여가활동				
2) 평생 교육				
3) 자원봉사활동				

E-4-1. 이 중 정부의 역할이 가장 중요하다고 생각하는 영역은 무엇입니까? 또한 그 이유를 간단히 기술해 주십시오.

E-5. 현재 공적인 노인 사회참여활동 지원 정책에 있어서 가장 큰 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 관심/서비스양의 부족
- ② 활동 내용별(문화여가활동, 평생교육, 자원봉사활동) 정책적 관심의 불균형
- ③ 부처 간 정책의 분절성
- ④ 참여 노인의 지불 능력에 대한 고려 부족
- ⑤ 노인의 특성을 반영한 프로그램의 부족
- ⑥ 시장의 관심과 참여 촉진 부족

※ 성실성의껏 작성하여 주셔서 감사합니다.

다음은 통계 처리를 위한 귀하의 일반 사항에 대해 몇 가지 여쭙겠습니다.

1. 소속 및 직위: _____

2. 성 명 : _____

3. 노인복지 분야 연구 경력: _____년 _____개월

부록 2. 부표

〈부표 3-1〉 분석 가능 자료 주요 내용 비교

자료명	조사 연도	소득 기준 연도	조사 단위 및 조사 대상 연령	제공 기관
가계동향조사	2015	2015	가구 단위	통계청
노인실태조사	2014	2013	65세 이상, 가구 및 개인 단위	보건복지부, 한국보건사회연구원
국민노후보장패널조사	2013	2012	50세 이상, 가구 및 개인 단위	국민연금공단, 국민연금연구원
고령화연구패널조사	2014	2013	45세 이상, 가구 및 개인 단위	한국고용정보원
노동패널조사	2014	2013	15세 이상, 가구 및 개인 단위	한국노동연구원
한국복지패널조사	2015	2014	15세 이상, 가구 및 개인 단위	한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소
재정패널조사	2014	2013	15세 이상, 가구 및 개인 단위	한국조세재정연구원

주: 2016년 6월 10일자 기준 공식 공개된 자료 기준임.

〈부표 3-2〉 기초연금 및 국민기초생활보장제도의 형평성: 노인의 특성별 빈곤율과 빈곤갭

(단위: %)

특성	빈곤율			빈곤갭		
	시장 소득	+급여 수급	차이(%p)	시장 소득	+급여 수급	차이(%p)
지역						
동부	63.6	56.5	-7.1	60.8	47.2	-13.6
읍·면부	72.3	67.1	-5.2	68.0	49.1	-18.9
성						
남자	56.3	49.7	-6.6	60.1	46.7	-13.4
여자	79.9	72.7	-7.2	64.7	48.6	-16.1
연령						
65~69세	55.8	48.9	-6.9	54.2	43.0	-11.2
70~74세	65.8	57.7	-8.1	59.1	46.2	-12.9
75~79세	75.4	68.6	-6.8	67.7	52.2	-15.6
80세 이상	70.2	65.5	-4.7	72.0	50.2	-21.8

주: 개인 기준의 결과이며, 급여 수급의 범위는 기초연금과 국민기초생활보장임.

자료: 2015 가계동향조사.

〈부표 7-1〉 단위 사업별 지원 사업(기준: 2016년 현재)

구분	단위 사업명	지원 수(개)	사업 내용	
일반 사업	어르신문화활동기양성	148	지역 내 어르신 문화 활동가(매개자) 양성	
	어르신문화나눔봉사단	102	문화를 통한 어르신의 사회공헌활동 확산	
	어르신 문화 동아리	동아리활동	65	어르신 문화 동아리의 자발적 활동 및 사회참여 활성화
		네트워크활동	6	어르신 문화 동아리의 자발적 활동 및 사회참여 활성화
핵심 사업	어르신문화일자리	24	어르신 문화활동가들의 문화 공동체 구축을 통한 자발적 문화 생태계 조성	
기반 사업	어르신문화콘텐츠	13	어르신이 주체가 되어 인문학, 생활 문화, 공동체 사업을 개발 및 전승	
지역 거점 사업	기획자교류지원사업	16	일반 사업 성과 제고를 위한 역량 강화 및 네트워크 활동 지원	
	권역별성과사업	11	다양한 성과 발표를 통해 동 사업의 대내외적 인 홍보 및 참여자 만족도 제고	
	어르신-청년협력프로젝트	6	어르신과 청년이 함께 문화 프로그램에 참여하여 세대 간 화합 도모	
	합계	391		

자료: 한국문화원연합회 홈페이지(<http://www.kccf.or.kr>)에서 2016. 10. 28. 인출.



간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

