

노인보건복지정책의 현황 및 정책방향

1. 들어가면서

10월, 노인의 달이 또 돌아왔다. 이곳 저곳에서 노인과 관련한 행사들을 개최하거나 할 예정으로 있다. 또한 내년은 국제연합(UN)에서 정한 '세계 노인의 해'로서 한국에서도 행사를 위한 조직위원회가 구성되는 등 그 준비에 분주하고, 내년 6월에는 서울에서 '국제노년학회'가 개최되는 등 이제 고령화 사회의 바로 문턱에 있는 우리에게도 '노인', '고령화', '노년계층'이라는 용어가 한국사회의 한 특징을 나타내는 핵심어로 자리를 잡아가고 있다.

한편 노인보건복지의 현황을 살펴보면, 많은 정책입안자, 현장실무자, 그리고 연구자들의 노력에도 불구하고 아직 장기적 전망이나 명확한 정책목표 등에 대한 사회적 합의나 동의를 가지고 정책이 일관되게 진행된다고 평가하기는 힘든 실정



卞在寬

한국보건사회연구원 책임연구원

이다. 오히려 급격한 고령화와 이에 따른 노인들의 보건 복지욕구가 한꺼번에, 그리고 다양하게 분출되고 있는데 비해 우리 사회 전체가 이것을 체계적으로 검토하여 해결 방안을 제시하지 못하고 있다. 나아가 이 현상은 노인만의 문제가 아니라 우리 나라 사회보장 전체체제로 확대하여 보더라도 비슷하다 할 수 있다.

따라서 본고에서는 현재 한국 노인보건복지정책의 현황 및 문제점을 살펴보고, 거시적이고 장기적인 관점에서의 정책방향에 대해 검토하고자 한다. 노인의 소득보장으로서의 경로연금제도에 관한 검토, 재가서비스의 추진방안, 보건의료서비스에 대한 검토 등에 대한 구체적인 내용은 본고 다음으로 이어지는 논문에서 고찰되겠지만, 전체적인 기조는 본고에서 검토하고자 한다.

2. 노인문제를 둘러싼 환경의 변화

가. 노인인구의 절대적, 상대적 증가

1998년 현재 우리 나라의 65세 이상 노인인구는 전체 인구의 6.6%인 약 305만 1천명으로 고령화 사회(Aging Society)의 문턱에 와 있으며, 오는 2000년에는 약 7%, 2022년에는 13.2%에 달하여 고령사회(Aged Society)로 진입할 것으로 추계되고 있다(표 1 참조).

또한 1998년 현재 노년부양비는 9.2로서 약 생산가능인구 10명이 1명의 노인을 부양하고 있지만, 2020년에는 그 비율이 18.9로 늘어나 5명이 1명의 노인을 부양해야 하는 실정이다. 즉, 노인에 대한 사회적 부양이 매우 심각한 사회 문제로 대두되고 있다.

이러한 노인인구의 증가 속도는 세계에서 유래없이 빠른 것으로, 노인인구가 7%인 고령화 사회에서 14%인 고령사회로 도달하는 데에 22년밖에 걸리지 않는 급격한 증가 추세로 전망되고 있다. 참고로 외국의 예를 살펴보면, 프랑스의 경우는 115년, 스웨덴은 85년, 그리고 고령화 속도가 빠

1998년 현재

우리 나라의 65세 이상 노인인구는 전체 인구의 6.6%로, 2000년에는 약 7%, 2022년에는 13.2%에 달하여 고령 사회(Aged Society)로 진입할 것으로 추계되고 있다.

표 1. 노인인구의 증가 추이

(단위: 천명, %)

	1998	2000	2010	2020
전체 인구	46,430	47,275	50,618	52,358
65세 이상 인구	3,051	3,371	5,032	6,899
(구성비)	6.6	7.1	9.9	13.2
노년부양비 ¹⁾	9.2	10.0	14.2	18.9
노령화 지수 ²⁾	29.9	32.9	49.9	76.5

주: 1) (65세 이상 인구/15~64세 인구)×100

2) (65세 이상 인구/0~14세 인구)×100

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

표 2. 인구고령화 속도의 국제비교

국가	65세 이상 노인인구 비율의 도달 연도		소요년수
	7%	14%	
한 국 ¹⁾	2000	2022	22년
일 본 ²⁾	1970	1995	25년
스웨덴 ²⁾	1890	1975	85년
프랑스 ²⁾	1865	1980	115년

자료: 1) 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

2) 일본 장수사회개발센터, 『장수사회대책 요강』, 1994. 4.

르다고 하는 일본도 고령화 사회에서 고령사회로 이행되는데 25년이 걸렸다 (표 2 참조). 따라서 우리의 경우 선진국들에 비해 고령화의 속도가 매우 급격하여 노인부양의 문제나 보건의료, 복지 등 노인과 관련된 여러 분야의 문제도 그만큼 빨리 가시화될 것으로 예견되므로, 다가올 고령화 사회에 대한 정책적 준비도 그만큼 시급하다 볼 수 있다.

나. 노인인구의 보건·복지 수요의 증가

1997년 현재 전체 국민의 2.1%인 약 989,000명이 생활보호대상자인데 비

하여 노인인구의 경우는 이의 4배에 달하는 8.6%(251,085명)가 생활보호대상 노인으로 노인의 소득수준이 상대적으로 매우 열악함을 알 수 있다. 또한 1997년 개정된 노인복지법에 의해 1998년 7월부터 시행중인 경로연금의 경우도 처음 계획과는 달리 생활보호대상노인(248,764명)과 저소득 노인(374,715명)을 합쳐 총 623,479명으로, 이는 65세 이상 전체 노인의 21.4%에 지나지 않고 있다.

표 3. 생활보호대상자 규모(1997년)

(단위: 명, %)

	전체국민	노인인구
총인구	46,429,817	2,908,283
생활보호대상인구	988,812	251,085
구성비	2.1	8.6

자료: 보건복지부, 『1997년 생활보호 대상자 현황분석』, 1997. 11.

또한 한국보건사회연구원의 조사에 의하면 65세 이상 노인인구의 만성질환유병률은 1995년도 전체 인구의 만성질환유병률인 인구 천명당 431건에 비해 단연 높아, 약 2.5배인 1,052건으로 나타났으며, 급성질환유병률 또한 925건으로 전체 인구의 급성질환유병률인 477건보다 높게 나타났다.

그리고 1994년도 65세 이상 노인인구의 5.6%에 해당하는 약 15만명 가량이 일상생활을 위한 동작수행을 전혀 할 수 없는 와상노인들로 추정·분석되었으나, 이들을 위한 기본적이고 초보적인 보건의료서비스조차 충분히 제공되고 있지 못하며, 최근 들어 대도시 지역에서 보건소 등을 중심으로 하는 가정방문간호사업이 부분적으로 실시되고 있을 뿐이다(표 4 참조).

1994년도 65세 이상 노인인구의 5.6%가 일상생활을 위한 동작수행을 전혀 할 수 없는 와상노인들로 추정·분석되었으나, 이들을 위한 기본적이고 초보적인 보건의료 서비스조차 충분히 제공되지 못하고 있다.

표 4. 65세 이상 노인의 건강상태 및 기능장애 정도¹⁾

건강하고 독립생활 가능노인 (13.2%)	만성질환 노인(86.8%)				
	만성질환있지만 독립생활 가능노인 (34.9%)	IADL ²⁾ 제한 노인(51.9%)			
		IADL만 제한노인 (18.4%)	ADL ³⁾ 제한 노인(33.5%)		
			1~3개 제한 (21.7%)	4~5개 제한 (6.2%)	6개 제한 (5.6%)

주: 1) N=1,371명

2) IADL: Instrumental Activities of Daily Living

3) ADL: Activities of Daily Living

자료: 한국보건사회연구원, 『노인생활실태분석 및 정책과제』, 1994.

한편 급격한 고령화와 더불어 핵가족화 및 소산화로 인해 가족내의 노인
에 대한 부양기능이 축소되어 노인단독세대가 급증하고 있다. 즉, 아래의
〈표 6〉에서 알 수 있듯이 노인 중 자녀와 동거하지 않고 노인끼리 생활하
는 노인단독세대는 1994년 현재 40.4%로서, 10년전에 비해 17.8%가 증가한
것으로 나타났고, 특히 군단위에서는 노인세대의 과반수인 51.6%가 노인단
독세대이며, 이는 10년전에 비하여 26.3%나 증가한 것으로 파악되었다.

따라서 지금의 고령화 추세와 경제·사회적 여건의 변화에 따른 노인보건
복지 수요의 증가 및 다양화에 적절히 대응하기 위해서는 새로운 정책방향
에 기초한 구체적인 접근이 시급히 요구되고 있다.

표 5. 노인인구의 거주형태

(단위: %)

구성비	1984년	1994년	증감
전국 자녀비동거노인	22.6	40.4	17.8
군부 자녀비동거노인	25.3	51.6	26.3

3. 정책의 기본방향 검토

앞에서 살펴본 바와 같이 노인보건복지를 둘러싼 열악한 환경 속에서 그

정책대안의 필요성이 시급히 요청되고 있는 지금, 구체적이고 실질적인 추진전략을 수립하기 위한 정책방향을 다음의 네 가지로 설정해 본다.

가. 사회적 연대를 통한 자립지원의 확대·강화

먼저 건강한 노인을 위한 질병예방교육, 평생교육의 실시 등을 통한 다양한 사회참여 프로그램을 개발·보급하고, 그 기회를 적극적으로 제공하여야 한다. 특히 그 지역 대학의 사회교육원이나 시·군·구단위의 문화회관, 지역의 민간복지시설 등의 공간을 활용하여 다양한 평생교육의 강좌를 개설하고, 이를 통해 유급봉사원이나 단기근로직종(Part-time Job)에 종사함으로써 즐겁게 그 지역사회에 참여하고, 나아가 소득이나 고용효과도 향상될 수 있도록 적극 유도하여야 한다.

그리고 경증노인을 위한 재가보건복지서비스를 강화하여야 한다. 이를 위하여 전국에 약 530여 개로 산재되어 있는 각종 사회복지관에 부설기관으로 주간보호센터, 단기보호센터, 가정봉사원파견센터를 설치하고 지역의 공공부문과 민간부문이 상호연계하여 서비스의 양과 질을 제고시켜야 한다. 현재 거동이 불편한 노인에 대한 재가서비스는 도시지역에 치중되어 있으며 서비스의 제공 역시 보건과 복지가 서로 연계되지 않는 등 이용자의 관점에서 볼 때 서비스의 만족도가 매우 떨어진다고 볼 수 있다. 따라서 농·어촌의 경우 군단위의 공공건물이나 읍·면사무소 및 보건지소 등의 공간을 활용하고, 무료자원봉사자뿐만 아니라 유급봉사자를 양성·확보하여 재가서비스를 노인복지서비스의 중심기능으로 강화시켜야 한다.

마지막으로 만성퇴행성질환의 중증노인을 위한 장기입소시설의 운용을 보다 효율적이고 전문화시켜야 한다. 특히 치매노인이나 와상노인들의 간병을 위한 전문병원이나 전문요양시설 및 간병인력이 매우 부족한 실정이다. 이를

건강한 노인을 위한
질병예방교육,
평생교육의 실시 등을
통한 다양한 사회참여
프로그램을
개발·보급하고,
그 기회를 적극적으로
제공하여야 한다.

위해서는 먼저 다양하게 산재되어 있는 병원 등의 의료시설에 순간성 치매 노인 등을 위한 단기보호시설을 부설기관으로 설치하고, 현재 경영난으로 어려움을 겪고 있는 지역의 병원들 중에서 일부를 정부 지원하에 노인전문 병원으로 그 기능을 전환하는 것도 고려해 볼만하다. 일본이 1990년부터 10개년계획으로 실시하고 있는 고령자를 위한 『골드플랜』에서도 재가서비스 중심의 정책전환을 시도하고 있지만, 이를 위한 시설의 확충 및 정비가 전제되어야 한다는 점을 분명히 밝히고 있는 것은 우리에게도 시사하는 바가 크다. 즉, 장기양로시설에 보건의료의 기능을 보강하고, 장기요양시설 역시 실비시설을 강화하여 생활보호대상 및 저소득노인들을 위한 시설복지를 재정비하며, 점차적으로 노인전문시설(의료복지시설)을 확충하여, 재가보건복지서비스를 강화하기 위한 기반을 구축하여야 한다.

나. 보건·의료·복지가 상호연계된 예방적이고 종합적인 서비스 체계망의 수립

먼저 이용자의 환경을 고려한 이용자 중심의 서비스 체계망(Care Management Service System)을 수립하여야 한다. 즉, 지금까지의 공급자 중심에서 노인들을 대상화시켰던 사례관리(Case Management) 중심에서 벗어나, 노인들이 언제 어디서나 편하게 서비스를 받을 수 있는 기반을 조성하고, 특히 이용자에 대한 서비스를 선택하고 결정하는데 있어서 이용자도 선택 과정에 참여할 수 있도록 제도적으로 보장되어야 한다.

나아가 지역사회 안에서 보건과 복지가 상호연계되어 효율적으로 서비스를 전달할 수 있는 ‘지역보건복지서비스 전달체계’를 시급히 구축하여야 한다. 즉, 현행 전국 5곳에서 시범운영 중인 보건복지사무소의 3년간 성과를 바탕으로 보건의료-주로 보건소가 중심-부문과 복지-시·군·구단위의 통합복지과와 민간 복지기관이 중심-부문이 상호연계되고, 현재 개편에 대한 논의가 진행중인 읍·면·동사무소의 ‘주민자치센터’ 활용도 등을 고려하여 노인들에게 직접적이고 실질적인 서비스가 제공될 수 있는 전달체계를 구축하여야 한다.

다. 저소득, 와상(성)노인을 중심으로 한 보건복지서비스의 강화

사회경제적 환경 변화에 따른 국가재정의 악화 및 사회보험 중심주의의 사회보장체계의 한계 등을 고려할 때, 노인보건복지정책의 방향은 결국 재가서비스 중심으로 재편될 수밖에 없으나, 그러기 위해서는 앞에서도 지적

했듯이 장기입소노인을 위한 시설이 정비되어야 한다. 특히 중증질환노인을 대상으로 하는 의료복지시설-요양시설 및 노인전문병원-이 강화되어야 하고, 이들 노인들을 공간적으로 완전히 격리시키는 것이 아닌, 지역 가까운 곳에서 간병이 가능하도록 소규모의 의료기능을 가진 중간시설-그룹 홈(Group Home)과 미국의 Nursing Home의 중간형태-을 민간부문에서 활성화될 수 있도록 유도하는 것도 적극적으로 검토하여야 한다.

그리고 현재 우리의 복지서비스 대상은 저소득층을 위한 선택적 서비스와 중산층 노인들을 위한 보편적 서비스를 병행하고 있으나, 향후 5년정도의 중기적 관점에서 본다면 저소득노인에 대한 서비스를 보다 강화하는 것이 적절하다고 생각된다. IMF체제 이후의 실업가정의 요보호노인 등의 문제를 고려하면 더욱 그러하다.

라. 전문인력의 양성 및 훈련을 위한 법적·제도적 장치의 마련

이상과 같은 기본적인 정책방향 속에서 노인정책 즉, 소득보장정책, 보건의료정책, 복지서비스 프로그램의 개발 등에 대한 구체적인 계획을 추진하기 위해서는 무엇보다도 전문인력이 장기적이고 안정적으로 확보되어야 한다. 즉, 와상노인, 치매노인의 전문적인 간병을 위한 간병전문인력-일본의 경우 국가공인 자격의 개호복지사-과, 지역 복지계획 등의 거시적인 복지행정을 전담할 수 있는 복지행정전문인력 등을 양성하기 위한 법적, 제도적 장치를 시급히 마련하여야 한다. 또 이를 위해 이들 전문인력의 처우 등을 개선하고 적극적으로 유인할 수 있는 일본의 『복지인재확보법』과 유사한 복지전문인력양성법을 제정하여 노인복지인력의 양과 질의 측면에서 재정비를 촉진시키는 것도 검토해 볼 가치가 있다. 

현재는 저소득층을 위한 선택적 서비스와 중산층 노인들을 위한 보편적 서비스를 병행하고 있으나, 향후 5년정도의 중기적 관점에서 본다면 저소득노인에 대한 서비스를 강화해야 한다.