

이 가 옥

한국보건사회연구원 연구위원

서 론

인구학적 특성

현세대 노인들은 우리나라가 경제적으로 궁핍했던 시기를 살아 온 분들로서, 이들의 대부분은 자신들의 노후를 위하여 재산을 축적할 여유가 없었다. 여기에다가 이들은 자식을 위하여 모든 것을 희생하고 노후에는 자식에게 의탁하는 것을 당연하게 여기는 가치관의 소유자들이다. 그러나 노인인구의 절대적·상대적 증가, 가족구조의 변화, 산업화·도시화에 따른 노인과 자녀간의 지리적 분리현상, 여성의 사회참여율의 증가 등은 가족의 노인부양기능에 큰 변화를 초래하게 되었다.

노년기에는 일반적으로 신체적 노화현상 또는 사회적 정년퇴직으로 인하여 직업을 상실하게 되며, 근로소득의 상실 또는 감소에 따라 자신들의 노후대책을 별다르게 마련하지 못한 노인들은 경제적 어려움에 처하게 된다. 여기에다가 노년기에는 일반적으로 만성질병의 이환율이 높으며, 이에 따른 의료비의 부담은 증가하게 된다. 그러나 아직 우리나라에서는 현세대 노인들의 노후소득보장을 위한 연금제도는 정착되어 있지 않으며, 사회변화에 따른 가족의 노부모부양기능을 대체·보완해 줄 수 있는 보건·복지서비스가 제대로 개발되어 있지 못한 실정이다. 따라서 우리나라에서는 노인문제가 사회문제로 대두되고 있으며, 앞으로 그 심각성은 더해 갈 것으로 예상되고 있다(표 1 참조).

1. 노인인구의 증가추이

우리나라의 60세이상 노인인구는 1994년 3,862천명, 65세이상 노인인구는 2,450천명, 70세이상의 노인인구는 1,461천명으로 전체인구에서 차지하는 비율이 8.7%, 5.5%, 3.3%이다. 노인인구의 증가추세는 2000년 이후 더욱 가속화될 전망이다, 60세이상의 노인인구는 2000년 이후 10.7%(4,984천명), 2020년에는 전체인구의 20%(9,861천명)에 달할 것으로 보인다(표 2 참조).

60세이상 노인인구의 성비는 1994년 여자노인 100명에 남자노인 65.8명으로 여자노인의 수가 남자노인의 수보다 1.7배 높으며, 이러한 추세는 연령이 높을수록 더욱 현저하게 나타난다. 또한 40대 이후의 남자사망률이 상대적으로 높으며, 남녀간 평균수명의 격차 등으로, 노인인구의 유배우율은 1990년 남자노인 86.3%, 여자노인 34.5%로 상당한 차이를 보이고 있다(표 3 참조).

지역별 인구구조를 보면, 농촌지역에 거주하는 60세이상 노인인구의 비율은 1990년 13.5%, 도시지역은 5.6%로, 농촌지역에서의 인구노령화 현상이 두드러지게 나타나고 있다. 이는 젊은 인구층의 이농현상에 기인한 것으로 농촌지역 노동력의 노령화 현상을 초래하고 있다(표 4 참조).

표 1. 노인문제

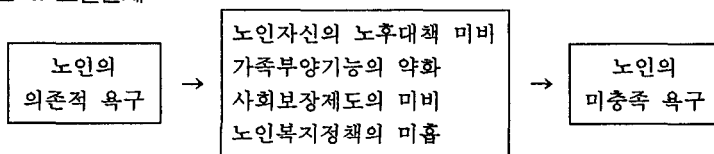


표 2. 노인인구의 주요지표

(단위 : %)

		1970	1980	1990	1994	2000	2010	2020
노인인구비 ¹⁾	60+	5.4	6.1	7.7	8.7	10.7	13.7	19.5
	65+	3.1	3.8	5.0	5.5	6.8	9.4	12.5
	70+	1.9	2.2	2.9	3.3	3.9	5.9	7.8
노인부양비 ²⁾	60+	10.3	10.1	11.6	12.9	15.6	20.5	30.2
	65+	5.7	6.1	7.2	7.8	9.4	13.1	18.4
	70+	3.4	3.5	4.1	4.5	5.2	7.9	10.3
노령화지수 ³⁾	60+	12.9	17.9	29.8	36.5	50.3	71.8	121.8
	65+	7.2	11.2	19.4	23.2	31.9	49.1	82.9
	70+	4.6	6.5	11.2	13.8	18.4	30.8	48.9

주 : 1) 노인인구비 = 60(65, 70)세이상 인구/전체인구 × 100

2) 노인부양비 = 60(65, 70)세이상 인구/15~59(15~69)세 인구 × 100

3) 노령화지수 = 60(65, 70)세이상 인구/0~14세 인구 × 100

자료 : 경제기획원 조사통계국, 인구 및 주택센서스 보고, 1970, 1980.
통계청, 장래인구추계(1990~2021년), 1991.4.

표 3. 노인인구의 성비¹⁾ 및 유배우율²⁾

	1970	1980	1990	1993	2000	2010	2020
전체인구의 성비	100.8	100.5	100.7	101.4	100.1	99.6	98.2
60세이상	69.8	67.3	64.8	66.4	72.2	79.2	84.4
65세이상	62.1	59.5	60.0	59.3	62.5	72.3	78.5
70세이상	55.8	51.0	52.6	53.8	53.4	63.9	71.2
노인인구의 유배우율							
60세이상	50.3	53.0	54.9 (남 86.3/여 34.5)				
65세이상	41.6	45.0	47.2 (남 82.6/여 26.0)				
70세이상	33.5	36.1	38.6 (남 77.1/여 18.3)				

주 : 1) 성비 = 남자노인인구/여자노인인구 × 100

2) 유배우율 = 유배우노인/전체노인인구 × 100

자료 : 경제기획원 조사통계국, 인구 및 주택센서스 보고, 1970, 1980.
통계청, 장래인구추계(1990~2021년), 1991.4.
통계청, 인구주택 총조사 보고서(제 8 권 고령자편), 1990.

표 4. 지역별 노인인구비¹⁾

(단위 : %)

	1960	1966	1970	1975	1980	1985	1990
시 부							
60세 이상	4.1	3.6	3.6	3.8	4.1	4.9	5.6
65세 이상	2.5	2.2	2.1	2.3	2.6	3.0	3.6
70세 이상	1.4	1.2	1.1	1.2	1.4	1.7	2.1
군 부							
60세 이상	6.8	6.1	6.7	7.3	8.6	10.5	13.5
65세 이상	4.2	3.9	4.2	4.6	5.6	6.8	9.0
70세 이상	2.4	2.1	2.5	2.6	3.3	4.1	5.4

주 : 1) 노인인구비 = {시부(군부) 60(65, 70)세이상 인구/전체 시부(군부)인구} × 100

자료 : 경제기획원, 인구 및 주택센서스 보고, 1960, 1966, 1970, 1975, 1980, 1985.
통계청, 인구주택 총조사, 1990.

2. 노인가구의 변화추이

우리나라 가족구조의 변화는 직계형가구의 감소, 그리고 독신가구의 증가, 가구규모, 노인독신가구 및 노인부부가구의 증가현상을 그 특징으로 들 수 있다. 60세이상의 노인독신가구와 노인부부가구가

전체가구에서 차지하는 비율은 1966년 1.9%에서 1990년 5.1%로 증가하였으며, 이러한 증가현상은 부부중심 가족생활의 선호, 그리고 노인에 대한 부양의식의 약화 등을 감안할 때 앞으로 더욱 심화될 것으로 예측된다(표 5, 6 참조).

표 5. 사회복지서비스 및 노인복지서비스 예산의 구성비율 (단위 : %)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
국가예산 ¹⁾ /GNP ²⁾	14.9	16.1	14.9	14.1	14.3	14.3	-
사회보장 ³⁾ /GNP	0.7	0.8	1.0	1.0	0.9	0.9	-
사회보장/국가예산	4.5	5.2	6.6	7.0	6.4	6.4	6.0
사회복지서비스/국가예산	0.3	0.3	0.5	0.5	0.6	0.6	0.5
사회복지서비스/사회보장예산	6.3	5.8	7.7	7.4	8.9	9.0	7.9
노인복지/국가예산 ⁴⁾	0.02	0.03	0.14	0.13	0.17	0.22	0.11
노인복지/사회보장예산	0.6	0.6	2.5	2.1	2.7	3.4	1.8
노인복지/사회복지서비스예산	8.8	10.5	33.3	28.2	30.2	37.7	22.3

주 : 1) 국가예산은 경정예산이 아닌 일반회계만을 의미함.

2) GNP는 경상가격에 기준함.

3) 국민연금, 의료보호 및 의료보험, 산재보험, 보훈, 근로자복지, 기타사회복지(생활보호, 사회복지서비스 등) 예산이 포함됨.

4) 전체예산에서 노인복지서비스 예산이 차지하는 비율이 너무 미미하여 소수점이하 2자리까지 밝힘.

5) 부랑인보호예산이 생활보호예산에 편입되었으며, 노인교통비 지원이 전액 지방비 부담사업으로 이관됨.

자료 : 보건사회부, 주요업무자료, 각년도.

경제기획원, 예산개요, 각년도.

표 6. 노인복지서비스 예산 집행내역 (단위 : 백만원, %)

	1991		1992		1993		1994	
	예산액	비율	예산액	비율	예산액	비율	예산액	비율
총예산액	39,272	100.0	57,715	100.0	82,654	100.0	46,203	100.0
일반노인복지	-	-	51,552	-	72,940	-	29,503	63.9
노인교통비 지원	24,984	63.6	29,380	50.9	43,567	52.7	- ³⁾	-
노령수당지급	4,284	10.9	16,067	27.8	22,826	27.6	22,826	49.4
노인건강진단	811	2.1	811	1.4	811	1.0	811	1.8
경로당운영비 ¹⁾	3,248	8.3	4,756	8.2	5,161	6.2	5,351	11.6
노인주간보호사업	-	-	12	0.0	36	0.0	50	0.1
재가노인복지사업 ²⁾	59	0.2	(216)	(0.4)	(216)	(0.3)	(302)	(0.7)
단체지원(대한노인회등)	380	1.0	387	0.7	398	0.5	398	0.5
효행자 등 포상	175	0.4	-	-	-	-	-	-
기타 행정경비	17	0.0	139	0.2	141	0.2	107	0.2
시설수용보호	5,313	13.5	6,163	10.7	9,714	11.8	16,700	36.1

주 : 1) 경로당 난방비 지원이 포함됨.

2) 1992, 1993, 1994년의 경우 총예산액에서 제외되어 있음.

비율은 총예산액 100%에 포함되지 않으며, 총예산액에 대한 비율만 나타냄.

3) 노인교통비 지원이 전액 지방비 부담사업으로 이관됨.

자료 : 이가옥 외, 노인부양에 관한 연구, 한국보건사회연구원, 1990.

보건사회부, 노인복지사업지침, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994.

노인복지정책의 현황

1. 노인복지예산

노인복지예산이 국가예산에서 차지하는 비율은 1993년 0.2%(827억원), 1994년 0.1%(462억)로 매우 미미한 실정이며, 앞으로의 노인인구 증가에 따른 다양한 서비스욕구 증대에 효율적으로 대처하기에는 극히 부족한 실정이다.

2. 현행노인복지사업의 내용

1) 소득보장정책

노후소득보장을 위한 대표적 제도로는 연금제도를 들 수 있을 것이다. 그러나 현재 연금수급이 실시되고 있는 특수직역연금(공무원연금, 군인연금, 사학연금)의 수급자 중 60세이상 노인인구는 전체노인인구의 1% 미만으로 극히 미미하다. 그러나 국민연금제도의 완전노령연금이 지급되는 2008년에 이르면, 60세이상 노인인구의 9.6% 정도가 국민연금의 수급자가 될 것으로 추계된다. 이외에 현재 노인들을 위한 소득보장정책으로는 노령수당제도가 있으나, 그 지급범위 및 지급액수(1993년 70세이상 생활보호대상자 18만명에게 월 15천원씩 지급)가 극히 제한적이다. 이외에 노인취업기회의 확대를 위하여 노인공동작업장(1993년 311개소, 개소당 개설비 200만원 지원), 노인능력은행(1993년 60개소, 개소당 월 30만원씩 지원)이 운영되고 있다. 그러나 이러한 프로그램은 노인의 소득보장 및 취업욕구의 해결에 그다지 기여하고 있지 못한 실정이다.

2) 보건·의료정책

저소득층 노인인구를 위한 보건·의료대책으로는 의료보호 및 의료부조가 있으며, 노인들의 질병을 조기에 진단하고 예방하자는 측면에서 저소득층 65세이상 노인들을 대상으로 하여 무료건강진단을 실시하고 있다. 무료건강진단제도는 1983년 저소득층 노인들을 대상으로 처음 실시되었으며, 무료건강진단제도를 통해 진단을 받은 노인은 1994년 15만명(65세 이상 노인인구의 6.1%)이다. 무료건강진단제도는 1차진단과 2차진단으로 구분되는데 기본진찰, 체능검사, 혈액검사, 뇨검사, X선

촬영 등의 1차 검진에서 유병상태가 확인되면, 2차 정밀진단을 받게 된다. 무료건강진단제도는 제한된 수혜대상 및 진단과목, 부정기적 실시일정 등의 문제점과, 또한 1차진단에서 유병상태가 확인되었을 경우 치료대책이 수반되지 못하고 있음으로 해서, 많은 비판을 받고 있다(표 7 참조).

3) 경로식당의 운영

우리나라에서는 1993년부터 노인들이 많이 모이는 공원 및 영세밀집지역에 경로식당을 설치하여 가정형편이나 부득이한 사정으로 점심을 거르는 결식노인들을 대상으로 무료로 점심(국수)을 제공하고 있다. 1994년 현재 44개소의 경로식당이 정부의 지원으로 운영되고 있으며, 정부는 경로식당을 운영하는 사회복지법인 및 시설에 월 25일, 1일 60명, 1식 500원의 기준으로 지원하고 있다. '사랑의 쌀 나누기' 운동본부로부터 쌀을 지원받고 있는 경로식당은 급식인원을 확대하거나 국수 대신에 밥을 제공하고 있다. 이외에 정부의 지원을 받지 않고 운영되는 경로식당도 122개소 있다.

4) 시설보호정책

1994년 현재 전국 135개 노인복지시설에 7,525명(65세이상 전체노인의 0.3%)이 입소되어 있다. 노인복지시설은 113개의 무료노인복지시설과 6개의

표 7. 무료건강진단제도의 현황 (단위: 명, %)

연도	실시인원	질환노인/ 실시인원	실시인원/ 65세이상 노인인구
1983년	186,743	39.8	11.6
1984년	198,836	41.3	11.9
1985년	198,896	29.9	11.4
1986년	201,627	28.8	11.3
1987년	191,336	27.2	10.4
1988년	188,720	27.7	9.9
1989년	194,107	31.6	9.9
1990년	186,298	31.4	9.2
1991년	189,329	30.6	8.6
1992년	138,876	34.5	6.1

자료: 보건사회부, 보건사회(백서), 1984~1993.

경제기획원, 한국의 사회지표, 각년도.

경제기획원, 최근 인구동태현황 및 신인구 추계결과, 1988.

통계청, 장래인구추계(1990~2021년), 1991.

4.

표 8. 노인복지시설의 정원 및 현원(1993년)

(단위 : 명, %)

	계			양로시설			요양시설		
	정원	현원	(비율)	정원	현원	(비율)	정원	현원	(비율)
계	10,989	7,525	(68.5)	7,032	5,113	(72.7)	3,164	2,412	(76.2)
무료시설	9,515	6,838	(71.9)	6,522	4,830	(74.1)	2,993	2,008	(67.1)
실비시설	977	400	(40.9)	80	23	(28.8)	897	377	(42.0)
유료시설	497	287	(57.7)	430	260	(60.5)	67	27	(40.3)

자료 : 보건사회부 노인복지과, 노인복지시설현황, 1993. p5에서 재구성.

실비노인복지시설, 6개의 유료노인복지시설로 구성되어 있으며, 각각의 노인복지시설에 양로시설과 요양시설이 있다. 우리나라 노인복지시설은 1988년 이전까지는 부양가족이 없는 무의무탁한 노인을 위한 무료시설에만 국한되어 있었으나, 정부는 생활보호대상이 아닌 저소득계층가구의 노인을 위한 실비노인복지시설의 설립을 추진하기에 이르렀으며, 1989년 4월 해남 회당원이 처음으로 개원하게 되었다. 이외에 1988년 최초로 개원된 경기도 수원시 유당마을을 포함하여 현재 6개의 유료노인복지시설이 운영되고 있다.

무료노인복지시설의 경우에는 정부가 시설운영 경비의 90%를 부담하고 있으며, 입소노인들을 위하여 정부는 1994년 월 65,000원의 생계비(피복비, 의료비 포함)를 지원하고 있다. 실비노인복지시설의 경우에는 개소당 연간 2,000만원을 지원하고 있다. 유료노인복지시설의 운영은 정부지원 없이 입소자의 비용으로 충당하도록 되어 있다. 무료노인복지시설의 정부지원금 책정기준은 비합리적으로 낮게 책정되어 있으며, 입소노인의 최저생활보장에도 미흡한 수준이다. 뿐만 아니라 종사자의 보수수준 및 배치기준은 종사자에게 최소한의 '인간다운 삶의 권리'조차 보장해 주지 못하고 있는 실정이다(표 8 참조).

5) 기타 노인복지정책

이외에 65세이상 전체노인을 대상으로 시내버스 이용권을 월 12매 지급하고 있으며(1994년부터 지방비로 이관), 기타 지하철 이용 및 고궁 무료 입장 서비스 제공하는 경로우대제도가 있으며, 또한 전국 22천개 노인정에 월 2만원의 운영비와 연간 연탄 500장을 지급하며, 결식노인을 위하여 44개소의 경로식당을 운영하고 있다(표 9 참조).

노인의 생활실태

1. 경제상황

1989년 한국갤럽의 조사결과를 보면 조사대상 노인의 64.5%가 '경제적으로 어려움을 느끼고 있다'라고 응답하고 있는데, 만성질병에 따른 의료비 지출과 주거생활의 새로운 부담, 노부모 부양의식의 약화, 사회보장제도의 미비 등 여러가지 요인들이 독립적 또는 상호 복합적으로 작용하여 대다수의 노인들이 경제적으로 불안정한 생활을 하고 있음을 알 수 있다. 다음의 표에서 보면, 생활보호대상 노인은 전체노인의 13.4%인데 반하여, 전체인구의 생활보호대상자의 비율은 3.9%에 지나지 않는다. 또한 전체 생활보호대상자 중에서 극빈층이라고 할 수 있는 거택보호 대상자 중에서 노인인구가 차지하는 비율은 39.4%로, 노인인구의 경제상태가 얼마나 심각한가를 짐작하게 한다(표 10 참조).

1966년 60세이상 노인인구의 취업률은 23.0%에서 1992년 41.9%로 크게 증가하였다. 그러나 노인인구의 취업형태를 살펴 보면, 1992년 현재 전체 60세이상 취업자의 52.2%가 자영자, 18.8%가 무급가족종사자, 임시·일용 근로자 10.9%로, 노인의 종사상태가 매우 불안정함을 알 수 있다(상시고용 14.8%, 고용주, 3.4%).

2. 보건·의료

노년기에는 신체적, 정신적 기능의 저하로 타연령층에 비하여 상대적으로 질병에 걸릴 확률이 높으며, 유병구조도 다르게 나타나는데, 노인인구의 유병률은 60세이상 노인인구 1,000명당 676.0건으로 전연령 유병률 403.8건보다 상당히 높은 것을 알 수 있다(표 11 참조).

표 9. 현행 노인복지사업의 내용

구분	사업내용(1994년 현재)
소득 보장	노령수당지급 - 70세이상 생활보호 대상자(18만명)에게 1인당 매월 15천원씩 지급(65세이상 노인의 7.4%임)
	공적부조 - 65세이상 노인의 13.4%
	노인능력은행 운영지원 - 60개소에 개소당 월 30만원 지원
	노인공동작업장 - 85천명(장기 26천명, 단기 59천명)에게 취업알선
	특수직역연금 - 311개소, 개소당 개설비 200만원 지원
	경로식당운영 - 60세이상 노인의 0.8%미만으로 추정
	경로우대제도 실시 - 공원 및 영세민 밀집지역에 44개소 설치 운영 (정부 미지원 경로식당 122개소) - 지하철, 고궁, 능원, 박물관 등의 공공업종 이용 실시 전액무료, 철도는 50% 할인혜택 부여 - 민영 시내버스 및 완행시외버스 이용 승차권을 월 12매 지급하며 기타 목욕, 이발 등의 민영업종은 업체의 자율 실시 - 수혜대상 : 65세이상 전체노인
결연사업 - 거택보호노인의 5.6% 결연	
보건 의료	노인건강진단 - 15만명에 무료건강진단 실시(노인인구의 6.1%)
	재가노인 봉사 사업 지원 - 가정봉사원사업 지원(거택보호노인의 간병, 급식, 우호방문 등의 서비스 지원) - 164개 재가복지봉사센터(노인전담기관은 16개소) - 6개 주간보호시설 및 6개 단기보호시설 운영
	의료보험/ 의료보호 - '91년 60세이상의 직장, 지역, 공교 의료보험 가입자 비율은 각각 전체의료 보험 가입자의 7.7%, 7.1%, 11.5% - 의료보호 적용 노인인구는 65세이상 노인의 13.4%
주택 시설 보호	노인동거가구지원 - 노인동거가구의 주택자금융자액 할증(2년이상 동거시 500만원)
여가	노인복지시설 운영 - 시설입소노인은 7,525명(65세이상 노인의 0.3%) - 총 135개시설 : 무료양로시설 79개소, 무료요양 시설 34개소, 실비양로시설 2개소, 실비요양시설 14개소, 유료양로시설 5개소, 유료요양시설 1개소
	경로당(노인정) 운영 - 시설노인의 78.4% 결연 - 22천개 경로당 운영 - 개소당 운영비 월 2만원, 연간 연탄 500장 지원 - 모범경로당 지정 운영(사군구 1개소)
가족	효행자 등 포상 - 효행자 150명 등 노인복지 기여자 총 200명 포상
	노부모 봉양자 세제 및 금융 지원 - 주택상속 추가공제제도(주택가액의 90% 추가공제) - 상속시 노인인적공제(3천만원) - 노인인적공제 및 경로우대공제(연 48만원) - 주택양도소득세 면제(노부모와 자녀가 합친 경우) - 노인가족수당 월 15,000원(공공기관에 한함) - 주택자금 할증지원(2백만원)

노인인구의 만성질환 외래환자 수료율은 전연령 층의 외래환자 수료율과 상당한 차이를 보인다. 전연령 외래환자 수료율은 1990년 인구 10만명당 126.2명으로 집계되고 있으나, 60세이상 노인인구의 외래환자 수료율은 466.8명이다(표 12 참조).

노인의 상병 구조는 만성퇴행성 질환이라는 특성을 지니고 있고 장기간의 치료를 요하므로 노인의 의료이용률이 증가하고 있으며, 따라서 노인의 의료비 부담이 증가하고 있다. 최근 노인의료비의 문제는 의료보험, 그리고 사회복지분야에서 가장

표 10. 생활보호 대상자 현황(1993년)

(단위 : 명, %)

구 분	계	생활보호 ²⁾		
		거택보호	시설보호	자활보호
전체 생활보호 대상자(A)	1,702,211	304,622	77,843	1,319,746
60세이상 노인(B) ³⁾	—	143,231	—	285,078
65세이상 노인(C)	316,594	120,128	7,067	189,399
B/A	—	47.0	—	21.6
C/A	18.6	39.4	9.1	14.4
B/전체 60세이상 노인	—	3.9	—	7.7
C/전체 65세이상 노인	13.4	5.1	0.3	8.0
A/전체 인구 ⁴⁾	3.9(4.5)	0.7(0.8)	0.2(0.2)	3.0(3.6)

주 : 1) 1993년 7월 현재 생활보호 실제 보호인원임.

2) 1993년 거택보호는 1인당 월 56,000원, 시설보호는 1인당 월 57,000원이 지급됨. 1994년 거택보호 및 시설보호의 급여액은 월 65,000원으로 상향 조정됨.

3) 노인복지법상 노인시설 입소는 65세이상 노인이어야 하지만 부득이한 경우 60세이상 노인도 입소가 가능함. 여기에서는 편의상 노인시설 수용인원을 65세이상으로 하였음.

4) ()안의 수치는 1993년 1월 현재 생활보호 배정인원의 비율임.

자료 : 보건사회부, '93 생활보호 대상자 현황 분석, 1993.

표 11. 인구 1,000명당 15일간 유병률¹⁾

(단위 : 건)

상병분류 ²⁾	전연령	60세이상	65세이상	70세이상
전체	403.8	676.0	693.3	683.3
감염성 및 기생충성 질환	9.4	8.7	8.3	4.2
신생물	2.0	4.6	5.3	6.3
내분비·영양대사 질환과 면역장애	7.8	21.6	20.1	13.6
혈액 및 조혈기 질환	2.6	3.8	4.7	5.2
정신장애	7.0	5.7	5.9	5.2
신경계 및 감각기 질환	25.7	56.2	66.9	65.8
순환기계 질환	22.8	74.4	72.2	63.7
호흡기계 질환	124.6	97.6	99.5	104.5
소화기계 질환	66.8	81.7	75.8	64.8
비뇨생식기계 질환	9.9	8.7	7.1	4.2
피부 및 피하조직 질환	15.1	11.4	10.7	10.4
근골격계 및 결합조직 질환	69.7	222.6	228.5	226.8
중상·징후 및 불명확한 병태	17.4	44.1	55.1	75.2
손상 및 중독	23.1	34.9	33.2	33.4

주 : 1) 유병=(15일간 급성질병+15일간 만성질병)

유병률=(유병건수/조사대상인원)×1,000

2) 상병분류에서 노인과 상관이 없는 '임신·분만 및 산욕합병증', '선천이상 및 주산기에 관련된 일정한 병태'는 제외됨.

자료 : 송건용 외, 1992년도 「국민건강 및 보건의식 행태조사」의 재분석한 결과임.

중요한 문제 중의 하나로 대두되고 있다. 1991년 직장의료보험의 경우, 60세이상 노인인구의 1인당 연간 평균 의료비는 152,110원으로 전체인구의 의료비 79,285원에 비하여 1.9배이며, 공·교의료보험과 지역의료보험의 경우에는 각각 1.7배, 1.8배로 나타났다. 또한 1991년 60세이상 노인인구의 급여

비가 전체 의료보험 급여비에서 차지하는 비율은 직장의료보험 13.6%, 공·교의료보험 20.9%, 지역의료보험 13.5%로 집계되고 있다(표 13 참조).

노년기에 있어 건강유지는 개인의 복리상태와 직접 연관되므로 노인 개개인인 일상생활중에 건강추구행위를 하게 되며 그 방법도 다양하지만,

표 12. 노인인구의 만성질환 외래환자의 수료율¹⁾

(단위 : 인구 10만명당)

	1988				1990 ²⁾			
	전연령	60+	65+	70+	전연령	60+	65+	70+
전체 ³⁾	93.9	325.4	312.9	280.4	126.2	466.8	444.4	389.2
약성신생물	12.8	56.8	59.1	53.6	13.1	53.4	54.2	53.6
심맥간질환	24.3	129.5	136.3	130.4	36.5	206.3	206.4	194.0
뇌혈관질환	3.5	20.0	18.9	18.2	4.7	26.4	27.3	21.2
만성간질환	7.9	12.2	8.1	4.9	12.0	20.4	17.5	13.2
만성신질환	2.0	5.4	3.9	3.7	3.4	6.4	5.5	2.9
당뇨병	9.2	24.2	35.0	25.5	15.2	34.1	64.6	51.7
기질적 정신병	3.9	5.2	5.5	6.2	2.5	5.2	3.5	3.1
기타 정신병	4.8	2.6	1.2	1.0	6.0	4.6	4.6	3.6
신경중성 장애	25.6	51.1	44.9	37.0	32.7	69.4	60.6	46.0
정신발육 지연	0.2	0.3	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0

주 : 1) 수료율 = (의료기관 이용환자수/연령별 총인구) × 100,000

2) 1990년 총인구는 1990년도 「인구주택 총조사」를 기준으로 하였기 때문에 환자조사(신인구 추계결과)의 인구수기준)에서 산출된 수료율과 약간의 차이가 있을 수 있음.

3) 상병분류에서 노인과 상관없는 '입신·분만 및 산욕합병증', '선천이상', '주산기에 관련된 일정한 병태'는 제외됨.

자료 : 보건사회부, 1988년도 환자조사, 1989.

보건사회부, 1990년도 환자조사, 1991.

표 13. 노인 1인당 의료비¹⁾의 증가추이(1985년 대비)

(단위 : 원. %)

	1985	1987	1989	1990	1991
직장의료보험					
전연령	47,752	49,398	64,796	75,336	79,285
	100.0	103.4	135.7	157.8	166.0
60세이상	72,458	85,533	124,797	138,594	152,110
	100.0	118.0	172.2	191.3	209.9
65세이상	70,957	87,377	128,442	135,774	149,503
	100.0	123.1	181.0	191.3	210.7
70세이상	73,921	92,242	129,324	123,992	136,286
	100.0	124.8	174.9	167.7	184.4
공·교의료보험					
전연령	52,410	58,167	75,921	84,095	87,567
	100.0	111.0	144.9	160.5	167.1
60세이상	67,987	80,239	122,449	136,634	150,272
	100.0	118.0	180.1	201.0	221.0
65세이상	62,613	73,981	114,464	128,994	142,463
	100.0	118.2	182.8	206.0	227.5
70세이상	55,467	65,566	102,299	116,928	127,858
	100.0	118.2	184.4	210.8	230.5
지역의료보험					
전연령	-	-	27,229	67,739	74,474
	-	-	100.0	248.8	273.5
60세이상	-	-	49,178	115,677	135,130
	-	-	100.0	235.2	274.8
65세이상	-	-	46,052	108,584	128,427
	-	-	100.0	235.8	278.9
70세이상	-	-	38,902	94,100	112,827
	-	-	100.0	241.9	290.0

주 : 1) 1인당 의료비 = (총의료비/총인구수)

의료비는 급여비와 본인부담액을 합한 총진료비를 기준으로 함.

* 전국민의료보험 실시 전의 직종·의료보험은 분석대상에서 제외됨.

자료 : 의료보험연합회, 의료보험통계연보, 1985, 1987, 1989, 1990, 1991.

표 14. 건강관리 방법

(단위 : %)

		총계	운동	식사 조절	담배· 술절제	보약·영 양제복용	기타	아무것도 하지않음
1986년	60~64세	100.0	6.9	8.4	5.2	13.1	0.8	65.6
	65세이상	100.0	5.1	9.4	4.1	15.3	0.5	65.6
1989년	60세이상	100.0	4.6	5.1	3.3	12.3	1.4	73.3
1992년	60세이상	100.0	8.6	9.2	2.6	15.1	2.6	61.8

자료 : 경제기획원, 한국의 사회지표, 1986, 1989.
통계청, 한국의 사회지표, 1992.

신체적 기력의 쇠퇴로 나타나는 활동의 둔화현상으로 인해 건강관리를 포함한 건강추구행위 자체에 있어서도 제한을 받기도 한다. 노인들의 건강관리 실태를 보면, 현재의 건강상태를 유지 또는 증진시키기 위해서 건강관리를 하는 노인이 30% 정도에 불과하며, 대다수의 노인들은 건강관리를 위해 어떠한 조치도 취하지 않고 있었다. 이를 연령별로 살펴보면 연령이 증가함에 따라 건강관리 수행률이 줄어들고 있으며, 건강관리방법별로는 연령증가에 따라 감소하는 반면 보약 및 영양제 복용을 통한 건강관리는 증가하는 경향을 보인다(표 14 참조).

3. 영양상태

노화와 관련된 제반요인들 즉, 신체, 사회, 심리, 경제적 요인과 영양상태는 밀접한 관련성을 지니며, 노인의 영양상태는 노인의 건강상태를 좌우하는 결정적 요인의 하나라고 할 수 있다. 우리나라 65세 이상 남자노인(체중 61kg, 신장 167cm)의 1일 영양권장량은 1,900Kcal이며, 여자노인(53kg, 156cm)은 1,600Kcal로 되어 있다¹⁾. 그러나 전체노인의 30.9%가 권장량의 60~80%를, 21.7%가 권장량의 80~100%를 섭취하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 영양섭취비율을 근거로 영양결핍자를 추정한 강남이의 조사에 의하면²⁾, 서울시 거주노인 중 열량결핍자의 비율은 남자노인 38%, 여자노인 31%이며, 단백질 결핍자는 남녀 모두 30% 이상, 비타민 C의 결핍자는 약 5%인 것으로 나타나고 있다. 그리고 노인의 1일간의 에너지 소비량에 대한 에너지 섭취량의 비율값인 에너지 균형도를 보면, 60

세 이상 남자노인의 경우 64.3%, 여자노인은 72.8%로 남자노인보다 여자노인의 에너지 균형도가 높았지만 전체적으로 68.7%의 균형도를 보여, 실제 소비에 필요한 열량에 비해 섭취한 열량이 적은 것으로 나타나고 있다³⁾.

이러한 연구결과에서 나타난 노인의 영양불량 또는 불균형상태는 노인 건강유지 측면에서 볼 때 커다란 문제점이 아닐 수 없다. 노인의 건강문제는 복합적인 요인에 의해 발생되므로 다양한 해결방안이 있을 수 있으나, 젊은 시절부터의 지속적인 영양관리 또는 식이관리를 통해 만성퇴행성질환의 예방 또는 발병을 지연시킬 수 있으므로 적절한 영양관리를 통한 보건예방대책의 수립이 노인의 건강유지 및 관리방안의 하나가 될 수 있을 것이다⁴⁾(표 15 참조).

4. 주택상황

우리나라 노인의 자가소유율은 80% 이상으로 상당히 높게 나타나고 있으나, 주택편의시설의 내용이나 생활비품 구비율의 질적 측면을 살펴 보면,

표 15. 영양권장량에 대한 에너지 섭취비율

섭취비율	전체	남	여
40% 미만	5.7	9.5	2.2
40-60%	19.4	22.6	16.5
60-80%	30.9	27.4	34.1
80-100%	21.7	23.8	19.8
100% 이상	22.1	16.7	27.4
계	100.0	100.0	100.0
(N)	(175)	(84)	(91)

자료 : 한국식품공업협회 식품연구소, 노인영양상태 연구, 1987, p143.

1) 한국인구보건연구원, 한국인의 영양권장량, 서울 : 고문사, 1989, p143.
2) 강남이, "서울시내 거주 노인의 영양섭취 실태 및 식생활 태도 조사연구", 한국영양학회지 19(1), 1985, pp52-65.

3) 한국식품공업협회 식품연구소, 노인영양상태 연구, 1987, p169, p194.
4) 이가옥외, 노인부양에 관한 연구, 한국보건사회연구원, 1990, p137.

전체인구의 주택상황과 비교하여 매우 열악한 것으로 나타나고 있다. 그러나 65세이상 노인독신가구 및 노인부부가구의 주택에는 재래식 화장실이 80.9%, 재래식 부엌이 76.9%를 차지하고 있다. 노년기에는 사회활동의 축소와 일상생활능력의 저하로 인하여 가정에서 보내는 시간이 증가하게 되는 점을 감안할 때, 노인의 특성에 적합한 주택개발에 대한 정책적 배려는 매우 중요하다. 그러나 우리나라에서는 아직 노인주택이 하나도 없으며, 주택수리 및 개조를 위한 융자금제도조차 시행되고 있지 못하다.

5. 여가활동

노인들은 여가활동을 통하여 소속감이나 성취감, 상호작용, 성장 등의 욕구를 충족시킬 수 있다. 우리나라 노인들의 단체활동 참여율이 극히 저조한

것으로 나타났는데, 이는 사회활동 참여욕구가 낮기 때문이 아니라, 노인들을 위한 사회활동의 기회가 제공되고 있지 못한 현 사회여건 때문으로 보인다.

우리나라 노인들이 가장 많이 그리고 쉽게 이용하는 여가시설로는 노인정을 들 수 있겠으며, 1994년 전국에 22천개가 산재해 있다. 그러나 노인정의 규모(평균 24.6평) 및 설비상태는 노인들을 위한 여가프로그램을 제공하기에 매우 부족한 실정이며, 따라서 노인들은 이곳에서 화투나 바둑으로 소일하고 있다(표 16 참조).

6. 실버주거단지

1993년 11월 노인복지법 개정 이후 민간에 의한 유료노인복지사업이 허용되었다. 이에 따라 최근 민간기업들이 노인의 주거사업 분야에 진출하려는

표 16. 노인정 유형별 분포

(단위 : 개소, 명)

노인정 수	노인정 형태			주거형태		등록회원 수
	할아버지	할머니	공 동	일반형	아파트형	
20,068	7,563	1,315	11,190	18,178	1,890	1,022,582

자료 : 이가옥 외, 노인정(경로당) 활성화 방안, 한국보건사회연구원, 1992.

표 17. 시행중인 유료노인주거시설의 현황

주 체	소재지	규 모	내 용	비 고
삼성생명 공익재단 [삼성노인촌]	경기도 용인군	부지 29,629평 연건평 8,500평 (노인집합 주거단지)	•주거서비스 : 자취형 노인 아파트, 양로시설, 요양시설 •여가서비스 : 노인복지회관 •의료시설 : 삼성의료원과 연계	노인복지법에 의거한 유료양로시설
학교법인 고운재단 [라비들]	경기도 화성군	부지 273,334m ² 건축연면적 28,000m ² 회원 200명 모집 노인 종합휴양소	•휴양시설 : 객실, 사우나 등 •건강관리시설 : 건강관리 센터 등 •체육시설 : 헬스클럽 등 •부대시설 : 문화정보센터 •부대사업 : 각종 강좌	노인복지법에 의거한 노인휴양소
(주)코레스코 실버타운 [도고 온천 온천 실버텔]	충남 아산군	대지 2,077m ² 연면적 21,204m ² 지하 5층, 지상 17층 (노인을 배려한 가족휴양촌)	•분양형 : 12-27평형 351가구 •편의시설 : 클리닉센터, 온천 사우나, 헬스클럽, 연회장, 토산품점 등	노인복지법과 무관한 오피스텔
(주)아산온천	충남 아산군	노인휴양촌	휴양온도, 한방병원	노인복지법과 무관함
정선아리랑 실버타운 상록주택건설(주)	강원도 정선군		28평형, 32평형, 35평형, 사슴목장, 실내골프장, 수영장, 테니스장 등	노인복지법과 무관한 연립주택

자료 : 양귀만의, 실버산업 관련 노인주택에 관한 조사연구, 한국주택협회, 1993, p31에서 재구성.

움직임이 활발해지고 있는데, 주로 의료시설 및 문화시설을 갖춘 복합주거단지(실버타운)의 형태로 추진하는 경향을 보이고 있다. 현재 노인주거시설의 건설을 추진 중인 기업들은 다음의 표와 같다(표 17, 18 참조).

정책대안의 개발

1. 정책의 기본방향

노인복지정책은 무엇보다도 사회·경제적으로 어려운 처지에 있는 요보호대상 노인인구의 기초적 욕구(basic needs)의 충족과 예방적·보편적 차원에서 전체노인의 복지증진에 필요한 최소한의 기초적 욕구충족에 우선순위를 두어야 하겠다. 이러한 관점에서 볼 때, 노인복지정책은 최저생계비이하 빈곤노인의 최저생활보장 및 최소한의 보건의료보

장에 역점을 두어야 하겠다. 그리고 우리나라 노인의 지역별·성별 분포를 고려할 때, 노인복지정책은 농촌지역 노인과 여자노인의 복지에 특별한 관심을 두고 추진되어야 한다고 본다.

2000년대 고령화 사회를 목전에 두고 있는 우리나라의 노인복지정책은, 노인 개개인의 특성과 기초적이고 다양한 욕구에 맞도록 탄력적으로 대응할 수 있어야 한다. 즉, 빈곤하고 건강하지 못한 노인에게는 최저생활의 보장을, 건강하고 수입이 필요한 노인에게는 취업의 장을, 수입은 그다지 필요하지 않지만 활력있는 노인생활을 희망하는 건강한 노인에게는 자원봉사활동 및 여가활동의 기회를 제공할 수 있어야 하겠다(표 19 참조).

2. 노인복지의 역할분담

노인복지 역할분담의 기본방향은 다음과 같이 3

표 18. 계획중인 유료노인주거시설의 현황

주 체	소재지	규 모	내 용
(주)신원월드	경기도 용인군	18만명	휴양입원시설 및 부대시설, 요양시설, 의료연구소, 교회, 선교회관
쌍방울개발	전북 무주		한방요양원
고성, 충무, 통영, 거제, 장승포지역, 양로·요양 시설건설 추진위원회	경남, 충무, 거제, 장승포, 통영		노인주택, 노인복지회관, 양로·요양 시설, 노인호텔, 노인레저시설
한국국토개발(주)	경기도 용인군		노인전문 주택사업과 주말의 가족종합레저사업 연계
라이프 그룹	양평, 고성		노인전문 휴양소
목산그룹	제주도	170만명	유·무료양로시설, 종합병원, 간호대학, 간호전문대, 체육과 및 종교시설, 대형호텔 및 골프장
백수종합복지사업재단	서귀포		
현대그룹	충남 대천		유료요양시설
아산재산	강원도 홍천		
석정개발	경기도 양주	45만명	대단위 실버타운
(주)자유생활연구소 [라파시티]	충남, 충북	부지 200만평 [은퇴자촌]	숙소, 목장, 양어장, 원예단지, 스포츠시설, 노인병원 등

자료: 양귀만의, 실버산업 관련 노인주택에 관한 조사연구, 한국주택협회, 1993, p32에서 재구성.

표 19. 노인의 특성에 따른 정책방안

정책 방안	취업기회의 제공	자원봉사활동에의 참여기회 제공	노령수당 지급 공적부조 혜택	유료서비스의 확충 및 다양화
	↓	↓	↓	↓
노인 특성 및 욕구	저소득층 노인	중산층 이상 노인	저소득층 노인	중산층 이상 노인
	건강한 노인 (전기노인 60-69세)		건강하지 못한 노인 (후기노인 70세 이상)	

가지로 요약·정리될 수 있을 것이다. 첫째, 전체 국민의 복지증진에 필요한 최소한의 욕구충족은 일차적으로 국가의 책임으로 한다. 둘째, 재정 및 인력부족으로 인하여 국민의 기초적 욕구충족에 필요한 시책을 충분히 시행하지 못하고 있는 현 상황하에서는 민간부문의 비영리 복지사업에의 적극적 참여가 요구된다. 셋째, '삶의 질'을 향상시키고자 하는 노인의 부가적 요구(사회적 최저기준 이상의 욕구)의 충족은 민간부문의 실버산업이 담당하도록 하며, 수익자 부담에 의한 유료서비스 제공을 원칙으로 한다(표 20 참조).

3. 구체적 시책

1) 생애주기를 통한 예방적 노인복지정책

건강한 노후생활을 위하여는 생애주기를 통한 평생건강운동을 확산시키고, 생애주기를 통한 건강관리체제를 정비해 갈 필요가 있다. 평생동안의 올바른 양양섭취 및 건강실천활동은 노년기의 건강한 생활보장뿐만 아니라 불필요한 의료비의 억제효과가 크다. 이러한 건강실천운동의 추진에 있어서는 국민 개개인의 건강에 대한 자각과 실천 활동이 무엇보다도 중요하다고 하겠다. 이를 위하여는 예비노인의 식생활 교육, 적절한 운동의 보급 등 사회교육으로서의 건강교육을 실시할 필요가 있다고 본다. 동시에 보건소·보건지소 및 의료보험조합·공단 등의 보다 활발한 예방적 활동이 요청된다고 본다.

2) 노인소득보장정책

노후생활보장을 위한 예방적 대책으로는 전국민 공적연금제도의 확대실시가 무엇보다도 중요하다고 하겠으며, 공적 연금제도를 보완하는 제도로써 기업연금 및 개인연금제도의 도입을 고려할 필요가 있다고 본다. 그리고 노인의 고용기회 확대를 위

하여 1991년 '고령자 고용촉진법'에 규정된 노인 적성직종(공공기관 22개, 일반기업체 31개 직종)에는 노인을 우선적으로 채용하도록 하며, 현재 300 인 이상 기업체의 3% 고령자 취업 권장사항을 공공기관부터 의무화하는 방안을 강구하여야 할 것이다. 이외에도 정년퇴직후 재고용의 기회를 확대하고 정년연령의 지속적 연장을 추진하여야 할 것이다. 이를 위하여 기업에서 퇴직준비 프로그램 및 다양한 실무훈련을 실시하고, 정부에서는 고령자 직업훈련학교 등의 설치·운영, 고령자 직종개발 및 재취업 프로그램의 개발·보급에 힘을 필요가 있다. 또한 노인의 구직·구인센터라고 할 수 있는 노인능력은행, 고령자 고용정보센터, 고령자 인재은행 등을 활성화하여야 할 것이다.

3) 노인보건·의료대책

노인성 질환의 효율적 관리를 위하여는 만성질환 중심의 보건·의료체계의 수립이 시급하다. 이를 위하여는 보건부문과 의료부문의 연계를 추진함과 동시에 보건·의료와 사회복지의 종합화를 도모할 필요가 있다. 우선 보건소에 노인진료실을 설치하고, 한의사 및 가정간호사 등을 배치하며, 의료기관 접근도가 낮은 지역의 경우 순회이동진료기능을 강화해 나가야 할 것이다. 특히 농촌지역에서는 보건지소의 공중보건의 및 간호보조원, 리(里) 단위의 보건진료원, 읍·면·동의 사회복지전문요원이 연계하여 활동(team approach)할 필요가 있다고 본다. 그리고 이러한 일선 공공보건 의료기관을 민간병원이 지원하도록 하는 의료자원의 활용제도가 개발되어야 한다. 또한 치매 및 중풍환자를 위한 전문요양시설을 설치·운영하며, 병원·요양시설과 지역사회 거주형의 중간형태로서 보건·복지시설을 설치·운영할 필요가 있다. 이와 아울러 노인환자를 전문으로 치료할 수 있는 노

표 20. 노인복지의 역할분담

목 표	최저생활 보장	다양한 욕구 충족
	↑	↑
공급주체	공공부문	민간부문
성 격	비영리사업	비영리사업, 영리실버산업
	↑	↑
욕 구	기초적 욕구	부가적 욕구
내 용	-사회적 최저기준 이하의 욕구 -전체노인을 위한 최소한의 예방적·보편적 욕구	-사회적 최저기준 이상의 욕구

인전문진료요양시설을 설치·운영하고, 종합병원 내 노인병동(노인병과)의 병설을 유도하거나 노인전문병원을 설립·운영하여야 할 것이다. 또한 임종환자를 위한 호스피스 서비스도 개발하여야 할 것이며, 노인성 질환의 증대에 효율적으로 대응하기 위해서는 노인요양시설의 증설과 요양시설 종류의 다양화를 통하여 저소득층 노인뿐만 아니라 중상층 노인의 욕구에도 부응할 수 있도록 해 나가야 할 것이다. 또한 노인질환의 대부분이 만성질환이라는 점을 감안하여 의료보험 요양급여일수를 연장시키고, 의료비의 절감을 위하여 가정봉사원제도, 가정간호원제도, 주간(晝間)보호시설 및 단기(短期)보호시설의 양적 확대를 도모하는 등 재가복지·지역복지를 중시하는 방향으로 노인복지정책을 추진할 필요가 있다. 또한 무료건강진단제도의 수혜범위 확대 및 근본적 치료대책의 보완 등을 통하여 만성퇴행성 질환을 적극적으로 예방함과 아울러 타예방사업과 연계실시를 통해 그 효과를 극대화할 수 있는 방안을 강구하여야 할 것이다.

선진제국의 경우 노인의료비 부담의 해결책으로써 40세 전후에서부터의 예방사업을 적극적으로 추진하고 있는데, 일본의 경우 시정촌 보건센터와 노인복지센터에서 40세 이상의 지역주민과 그 가족을 대상으로 건강교육과 상담을 실시하도록 노인보건법에 규정하고 있다. 그리고 건강교육과 상담에 소요되는 비용은 국가, 도도부현, 시정촌이 1/3씩을 분담하며, 건강수첩의 교부, 기능훈련, 방문지도, 건강진단 등과 연계실시하는 등 노인보건 예방사업을 적극적으로 추진하고 있다. 노인보건 예방사업 특히 건강교육과 상담에 있어서 초보적 단계를 벗어나지 못하고 있는 우리나라도 노인인구의 급격한 증가와 이로 인한 노인의료비 부담의 증가가 예상되는 만큼 건강교육 및 상담을 포함한 적극적인 예방대책의 수립과 추진이 절실히 요구되고 있다.

4) 노인영양대책

우리나라에서는 노인의 영양상태 개선을 위하여 무엇보다도 보건소 및 노인대학·학교를 통하여 건강증진과 성인병 예방에 대한 영양교육을 실시하며, 일본에서와 같이 노인의 특성을 고려한 ‘노인식생활 지침’을 개발·보급하고, 식생활습관에 관한 상담사업을 적극적으로 수행하여야 할 것이다.

표 21. 일본의 ‘노인식생활 지침’(1990년)

1. 영양분을 적게 섭취하지 않도록 한다.
저체중은 건강의 위험신호이다.
2. 요리법을 공부하여 식생활을 다양하게 한다.
과식에 주의한다.
3. 부식(반찬)의 중요성을 알아야 한다.
나이가 들수록 부식이 중요하다.
4. 식생활의 리듬이 중요하다.
식사는 천천히 들고, 식사를 걸르지 않도록 한다.
5. 몸을 많이 움직이도록 한다.
시장(공복감)이 최고의 입맛이다.
6. 식생활의 지혜를 몸에 익힌다.
식생활의 지혜는 건강유지의 나침판이다.
7. 맛있고 즐겁게 식사한다.
여유있는 마음으로 건강한 노년기를 가꾼다.

또한 대중매체를 통하여 노년기에 있어서의 단백질, 칼슘, 비타민 D 섭취의 중요성과 동물성 포화지방의 과잉섭취 방지 등 필요한 음식 및 피해야 할 음식물 섭취에 대하여 노인들을 계몽하고, 올바른 식생활습관을 유지할 수 있도록 지도하여야 할 것이다. 이외에도 노인들의 영양개선을 위하여는 노인들이 모여서 동료노인들과 함께 즐겁게 식사하는 기회를 제공하는 집단 급식서비스의 확대가 절실히 필요하다(표 21 참조).

미국의 경우 1950년대 초에 민간단체들에 의하여 노인들을 대상으로 배식서비스(meals-on-wheels)가 시작되었으며, 1973년에는 노인복지법에 의하여 연방정부로부터 노인의 영양서비스를 위한 지원이 시작되었으며, 지역단위로 노인을 위한 집단 급식서비스가 제공되었다⁵⁾. 이러한 집단 급식서비스는 예방적 차원에서 노인건강증진뿐만 아니라 노인들의 고독·소외를 해결하는 데 많은 도움을 주는 것으로 밝혀졌다. 또한 노인들이 같이 모여서 환담하는 과정에서 필요한 정보를 교환하게 되는 이점도 있다. 선진외국에서는 급식 및 배식서비스가 가장 보편적인 노인복지서비스 프로그램의 하나로 자리잡고 있다(표 22 참조).

5) 노인주거대책

노인의 주거안정을 위한 3세대 동거주택, 인접

5) Koff, Theodore H., Long-Term Care: An Approach to Serving the Frail Elderly. Boston: Little, Brown & Company, 1982, pp49-50.

표 22. 외국의 노인영양 프로그램

① U.S. Older Americans Act, Title III	- Senior Center에서 1주에 5일간 점심을 무료 또는 실비로 제공함 - Meals on Wheels : 신체가 부자유한 노인들에게 자원봉사자들이 노인의 집으로 1주 5일간 점심을 배달해 줌 - 음식은 영양사의 지도·감독하에 만들고 있으며, 매 끼니마다 사과 1개와 우유 1컵은 필수적으로 포함되어 있음 - 또한 급식 및 배식의 기회를 이용하여, 노인들에게 영양교육을 실시함. 즉, 노인에게 좋은 음식, 식사방법, 특수 만성질환별 음식섭취방법 등에 관한 교육을 함
② Big Bear Program	- 자원봉사자들이 시장에서 하루가 지나서 없애려고 하는 채소, 빵 등을 모아서, 빈민노인(모든 연령층의 영세민)에게 전달함. 대학교 기숙사의 남은 음식을 대학생 자원봉사자들이 빈민에게 나누어 주기도 함
③ Food Bank	- 시장안에 큰 통을 마련해 두고, 주민들이 식품을 형편껏 사서 내놓게 하고, 이러한 음식을 자원봉사자들이 노인(모든 연령층의 영세민)에게 나누어 줌
④ Social Security Food Stamp Program	- 노인을 포함한 영세민들이 적은 현금으로 많은 식품을 살 수 있도록 하는 사업임. 즉, \$10의 현금을 \$20-30의 식품 구매권과 교환해 줌
⑤ Neighbor-Care	- 지역사회내 이웃이 노인들에게 음식을 해 주고, 여러 면으로 보살펴 주는 사업임

2개 주택(pair house)의 동시공급 등 다양한 형태의 주거개발이 요청되고 있으며, 소수의 노인들이 함께 생활하면서 필요시 생활보조인 및 간호인력의 서비스를 받을 수 있는 노인보호주택(영국의 sheltered housing, 스웨덴의 service flat)의 도입이 필요하다고 본다. 또한 독신 또는 부부만으로 생활하고 있는 자녀별거 노인가구가 증가하고 있는데, 이들의 주거안정을 위하여 공적 임대주택의 임대자격에 독신노인을 포함시켜야 할 것이다. 뿐만 아니라 주택수리 및 개조를 위한 융자금제도의 도입, 저소득층 노인을 위한 주택 임대료 보조금 지원, 주택수당 등도 검토되어야 할 것이다.

6) 시설보호대책

노인복지시설 운영의 기본목표는, 시설의 현대화·사회화·전문화를 통하여 입소노인에게 ‘참다운 가정’이 될 수 있도록 하여야 할 것이다. 그리고 나아가서는 노인복지시설의 다양화를 통하여 개개인의 욕구에 따른 전문적 시설보호를 할 수 있도록 힘써야 할 것이다.

그러나 시설보호대책의 우선순위는 정부지원금의 합리적인 책정을 통하여 시설보호의 수준을 높여 나아가야 하겠다. 그리고 실비노인복지시설은 저소득층을 위한 시설이라는 본래 설립취지에 부합되도록 운영되어야 하겠으며, 이를 위하여는 입소

요금의 인하⁶⁾ 및 시설운영비·인건비에 대한 정부지원금의 증액이 불가피하다고 하겠다. 그리고 중산층 이상 노인의 시설보호에 대한 욕구는 원칙적으로 시장원리를 통한 민간부문의 공급으로 충족시키도록 하여야 할 것이다.

7) 여가활동기회의 제공

노인정은 전국 어디서나 노인이 가장 쉽게 이용할 수 있는 최일선의 노인시설이므로, 시설설비를 보완하고 그 기능을 활성화하여 노인정을 지역사회 노인들을 위한 정보센터 및 사랑방의 기능을 하도록 하여, 노인정이 지역사회 노인복지서비스의 중심거점으로 활용될 수 있도록 하여야 하겠으며, 노인정의 활성화를 위하여는 노인정의 공동작업장을 지역사회의 기관 및 기업과 연계하여 활성화시켜 노인취업기회를 증진하도록 하며, 노인정 이용노인을 중심으로 노인자원봉사조직을 결성하는 방안을 모색해 볼 수 있을 것이다. 또한 저소득층 지역의 노인정에 경로식당을 설치·운영하여 급식 서비스를 제공하는 방안을 모색해 볼 수 있을 것이다. 그리고 노인들에게 보다 다양한 여가활동기회를

6) 실비노인양로시설 및 실비요양시설의 월입소요금은 각각 1인용, 월 179,000, 184,000원; 2인용, 161,100원, 165,000원; 합숙용, 143,200원, 147,000원이며, 보증금은 입소요금의 24개월분임.

제공할 수 있는 노인복지회관을 시·군·구에 설치하고, 노인종합복지관을 시·도 단위로 설치할 필요가 있다고 본다.

8) 실버산업의 육성

국가가 노인의 다양한 부가적 욕구까지 책임질 수 없는 상황이며, 경제력이 있는 노인인구계층에서 보다 안락한 노후생활을 영위하고자 하는 욕구가 증대하고 있음을 감안할 때, 실버산업의 등장은 불가피하다고 본다. 그러나 정부는 소비자로서의 노인이 부당한 피해를 받는 일이 없도록 입법적·행정적으로 보호할 의무가 있으며, 실버산업 운영 기업의 선정, 식이요법에 따른 급식과 간호 등 노인에게 필요한 전문적 서비스 제공에 대한 질적 관리문제, 공급가격 등에 대하여 통제·감독할 필요가 있다고 본다. 또한 시설운영에 대한 감독제도(ombudsmen 제도)를 도입하여야 하며, 유료노인 시설의 운영주체가 도산할 경우에 대비하여 노인의 보증금 보장을 위한 제도적 장치로서 '보증금 보험제도'를 도입하는 방안도 검토해야 할 것이다.

실버산업은 원칙적으로 시장경제의 원칙에 따라 구매력이 있는 수요자를 대상으로 운영한다는 점에서 국가의 재정적 지원은 불필요하다고 본다. 그러나 장기적으로는 실버산업이라고 하더라도, 그 산업의 내용이 전체국민의 욕구충족에 얼마나 필요한 것인가 또는 그 실버산업이 어떤 소득계층의 노인인구를 주 대상(예: 저소득층 노인)으로 하는가에 따라 보조금 지급, 자금의 저리용자, 세제상의 혜택부여 등을 고려할 수 있을 것이다.

결 론

우리나라의 현세대 노인들은 그동안의 국가 경제발전에 크게 기여하였으나, 성장과실의 배분에서는 소외되어 왔으며, 또한 1988년에 도입된 국민연금제도에서도 타의로 제외되었다. 노인복지예산(국고)의 49.4%는 70세이상 생활보호대상자 18만명에게 노령수당 지급에, 36.1%는 7,525명의 무의무탁한 노인을 위한 시설수용보호에 지급되고 있는 실정을 감안할 때, 국가는 최저생계비 이하의 노인(전체노인의 25% 정도로 추정됨)들의 '인간다운 생활을 할 권리'를 거의 보장해 주고 있지 못하다는 것을 알 수 있다.

최근 노인문제가 사회문제화 되어 감에 따라, 노인문제의 심각성과 노인의 다양한 욕구에 대하여 많은 논의가 이루어지고 있으나, 현 시점에서 가장 시급히 해결해야 할 문제에 대하여 뚜렷한 합의가 이루어지고 있지는 못하다. 그러나 1992년 국민소득 1인당 \$6,749의 우리나라에서 가장 시급히 해결해야 할 노인복지정책의 우선순위는 무엇보다도 최저생계비 이하 저소득층노인의 기초적 욕구를 충족시키는 과제라고 하겠다. 우리나라 극빈계층이라고 할 수 있는 거택보호대상자의 40% 가까이 노인이라는 점은, 현재의 경제발전에서 주역이었던 현세대 노인들에 대한 국가의 정책적 무관심과 현세대 중·장년층의 자녀중심 사고방식을 반영하고 있다고 하겠다.

Literature cited

- 1) 고철기 외. 노령계층의 소득보장방안. 서울: 한국보건사회연구원, 1992
- 2) 공무원연금관리공단. 공무원연금통계연보, 각년도
- 3) 국민연금관리공단. 국민연금통계연보, 각년도
- 4) 김경희. "재가노인복지에 대한 선진외국의 동향과 한국 프로그램에 관한 의견". 노인복지연구. 서울: 한국노인복지회, pp9-65, 1989
- 5) 김성순. 고령화사회와 복지행정. 서울: 홍익재, 1990
- 6) 김현주·박재용. "실버산업의 현황과 전망". 월간삼성경제, 10월호, 1992
- 7) 내무부 통계국. 제 1 회 간이 총인구 조사보고서, 1973
- 8) 사학연금관리공단. 사학연금통계연보, 각년도
- 9) 송건용 외. 국민건강 및 건강의식 행태조사: 국민건강조사, 보건의식행태조사. 서울: 한국보건사회연구원, 1992
- 10) 신유근·한정화. 한국기업의 사회참여활동. 서울: 전국경제인연합회, 1990
- 11) 의료보험연합회. 의료보험통계연보, 각년도
- 12) 이가옥. "가족구조의 변화와 노인부양문제". 노인복지정책의 방향설정을 위한 연구. 서울: 한국보건사회연구원, 1989
- 13) 이가옥. "노인가정봉사원사업의 확대 방안". 한국노년학회지 12(1): 135-149, 1992a
- 14) 이가옥. "노인복지와 민간부문의 역할". 복지국가와 민간 사회복지사업(세미나 자료). 서울: 현대경제사회연구원, pp99-125, 1992a

- 15) 이가옥. “노인소득보장정책”. 2000년대를 향한 노인복지정책(세미나 자료). 서울 : 한국보건사회연구원, 1992c
- 16) 이가옥 외. 노인가구의 구조적 특성에 관한 연구. 서울 : 한국보건사회연구원, 1989a
- 17) 이가옥 외. 노인단독가구 실태에 관한 연구. 서울 : 한국보건사회연구원, 1989b
- 18) 이가옥 외. 노인부양에 관한 연구. 서울 : 한국보건사회연구원, 1990
- 19) 이가옥 외. 가정봉사원제도 정착화 방안. 서울 : 한국보건사회연구원, 1991a
- 20) 이가옥 외. 실비노인요양시설 활성화 방안. 서울 : 한국보건사회연구원, 1991b
- 21) 이가옥 외. 노인정(경로당) 활성화 방안. 서울 : 한국보건사회연구원, 1992
- 22) 이가옥 외. 노인복지정책 개발을 위한 연구. 서울 : 한국보건사회연구원, 1993
- 23) 정경배 외. 국민연금의 재정안정과 기금의 적정운용. 서울 : 한국보건사회연구원, 1991
- 24) 최성재. “유료노인복지시설(양로원 및 요양원) 운영 개선방안”. 유료노인복지시설 운영개선(공청회 자료). 서울 : 한국보건사회연구원, 1993
- 25) 한국갤럽조사연구소. 한국노인의 생활과 의식구조. 제 2 차 국제비교조사, 1988
- 26) 한국노인문제연구소(편). 실버산업개발전략 : 노인복지와 민간부문의 역할. 서울 : 홍익재, 1993
- 27) 황의록 · 이은경. “한국노인산업의 현황과 전망”. 노령화사회와 노인소비자(세미나 자료). 서울 : 한국소비자학회, 1992
- 28) Koff, Theodore H. Long-Term Care : An Approach to Serving the Frail Elderly. Boston : Little, Brown & Company, 1982
- 29) 經濟企劃廳綜合計劃局(編). 活力ある高齢社會お目指して—高齢社會への課題と對應, 1984
- 30) 山村匡由. 老人福祉産業論. ミネルウヱ書房, 1987
- 31) 隅谷三喜男 · 京極高宜. 民間活力とシルバーサービス. 中央法規出版, 1987