

韓國老年學研究

Korean Journal of Research in Gerontology

1999, Vol. 8, 121-143

한국 노인보건복지의 발전과제

한 동 회

노인생활과학연구소

이 은 경

동부산대학 가족복지과

(요약) 고령화 사회로 탈바꿈하는 우리 나라의 현 실정에서 고연령층 노인의 증가에 따른 보건의료서비스가 절대적으로 필요하다. 이를 위해 인구의 고령화와 고령 노인인구추이 및 한국 노인의료비 동향을 분석했으며, 또 노인의 만성질환, 다빈도 질환, 노인의 수진율 및 의료이용 현황을 토대로 노인의료비 증가 원인도 분석하였다. 이들은 정부의 노인보건복지 예산과 정책의 평가와 장차 한국의 노인보건 의료시설 수요의 예측에 관한 것이다. 노인의료비의 증가는 현재도 전체의료비의 증가율보다 훨씬 높은데, 이는 고연령층 노인의 증가를 예상하는 정책의 준비를 의미한다. 이를 위해서 질적·양적으로 부족한 외상노인을 위한 시설확보 노력, 저소득노인의 의료보험 본인부담금 경감, 공적장기요양보험도입, 간병비 조달대책 마련, 노인 종합보건의료 및 상담센터, 노인병원과 보건소와의 연계방

이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 601-060 부산광역시 동구 범일동 830-295 삼환오피스텔 1102호 부산동인노인병원 부설 노인생활과학연구소 한동회 소장 앞으로 하시기 바랍니다. 전자우편을 이용하실 경우 sksilver@chollian.net로 하시기 바랍니다.

안, 요양시설의 의료기능강화, 건강진단사업의 내실화, 재가서비스 강화, 기능별 의료복지시설의 확충, 인력양성 확보 등을 제안했다.

[Key Words: 노인보건, 노인보건정책, 노인보건의료서비스, 노인 복지, 노인의료비]

금세기 후반 이후 우리 나라의 고령화 속도는 어느 선진국가보다도 빠르게 진행되고 있다. 이는 노인복지나 노인보건 등의 문제도 역시 빠르게 사회적인 문제가 될 수 있다는 의미이다. 노인복지에 비하여 지금까지 노인의료의 문제가 크게 사회적으로 부각되지 못했던 이유는 서구에 비해 사회전반에 걸쳐 부담을 줄 정도로 노인인구의 비중이 심각하지 않았다는 점, 노인복지의 과제가 아직 해결되지 못했다는 관망된 자세, 그리고 전통적 가치관에 따라 노인의 보건의료서비스는 가족이 그 일차적인 책임을 맡아왔다는 점 때문이다.

그러나 가족주의를 강조해 왔던 일본의 경험에 비추어 볼 때 한국의 노인의료비나 적정 의료서비스 제공 등 노인보건의료문제가 고령화 속도만큼이나 빠르게 사회적 문제로 대두할 가능성이 매우 높다. 따라서 고령화 사회의 시작과 더불어 노인의 보건의료서비스에 대한 관심과 제도적 준비가 요망된다. 따라서 본고의 목적은 한국의 노인보건복지의 발전과제의 하나로 현재의 노인의료비 동향을 분석하여 노인보건의료서비스의 발전방향을 제언하는 것이다. 그 구체적인 내용은 노인보건의료서비스에 대한 정부의 예산편성에 관련된 제반 문제점을 지적하고 선진국의 노인보건의료서비스정책을 바탕으로 고령화사회에 필요한 노인보건의료서비스를 제시하는 것이다.

고령화와 노인의료비

1. 인구의 고령화와 고령노인의 증가

인구의 고령화 현상과 더불어 세계의 공통적 현상으로 주목해야 할 계층은 65세 이상의 인구 중 75세 이상의 증가율이 매우 두드러지

노인보건복지의 발전과제

고 있다는 점인데, 연령층이 높을수록 그 증가율은 더욱 높아지고 있다 (최성재, 1998). 우리 나라에서도 <표 1>에서 보는 바와 같이 80세 이상 고령인구의 증가율은 65세 이상의 증가율보다 훨씬 빠름을 알 수 있다. 특히 75세 이상의 고령인구는 젊은 노인계층에 비하여 신체적으로 더 취약하므로 앞으로 건강보호차원에서 심각한 문제가 나타날 가능성이 더 높은 계층이다. 그 이유로 연령이 높을수록 독신생활이나 와상노인, 치매증의 요보호 노인이 되기 쉬우며, 신체적 약화나 질병 장애 등으로 사망할 때까지 타인의 도움에 의존할 수밖에 없는 경우가 허다하기 때문에 노인보건의료서비스로 연결되는 문제가 빈번하게 발생하게 된다.

2. 한국의 노인의료비동향

국민의료비와 관련된 자료에 의하면, 진료건수는 1986년 5천만 건에서 1998년 2억 3천만 건으로 4배 증가하였고, 진료비도 역시 1986년

<표 1> 노인인구 및 고령인구 증가 추이

년도	전체인구 (A) (단위:천명)	노인인구 수 (B)			노인인구비율 (A/B)			노인인구증가율 (증가분/전기인구)		
		65+	70+	80+	65+	70+	80+	65+	70+	80+
1995	45,093	2,657	1,608	382	5.9	3.8	0.8	-	-	-
2000	47,275	3,371	2,004	479	7.1	4.1	1.0	26.9	24.6	25.4
2005	49,123	4,253	2,571	683	8.7	5.2	1.3	26.2	28.3	42.6
2010	50,617	5,032	3,284	803	9.9	6.4	1.6	18.3	27.7	17.6
2015	51,677	5,846	3,829	1,051	11.3	7.4	2.1	16.2	16.6	30.9
2020	52,358	6,899	4,412	1,336	13.2	8.4	2.6	18.0	15.2	27.1
2025	52,712	8,613	5,228	1,534	16.3	9.9	2.9	24.8	18.5	14.8
2030	52,744	10,165	6,622	1,775	19.3	12.6	3.4	26.7	26.7	15.7

자료 : 통계청 (1996)

8,900억 원에서 1998년 9조 7천억 원으로 10배 이상 증가했다. 이중 노인의료비는 1986년 540억 원에서 1998년 현재 1조 4,900억 원으로 27.5배로 증가했는데, 이는 1998년도의 전체 국민의료비 중에서 노인 의료비가 15.4%를 차지하고 있으며 또 고령화 사회가 시작되는 2000년에는 20%를 훨씬 넘을 것으로 전망된다 (국민의료보험관리공단, 1999). 이는 1970년 고령화 사회에 진입한 일본의 노인의료비가 13.4%보다 더 높게 나타나고 있다. 즉 우리 나라는 노인인구가 7%를 넘지 못한 상태에서 노인의료비가 15.4%를 차지했다는 사실은 노인의료비의 급속한 증가에 따른 많은 문제점을 시사하고 있다.

국민의료비의 증가 요인은 전국민의 의료보험제도 실시로 의료이용의 용이함, 의료보험 급여기간의 연장, 고가장비 등의 급여 확대 정책과 종합병원 이용증가, 인구구조의 변화 질병양태 변화 등 다양하다. 이중 고령화 사회와 함께 점차 그 비율이 높아지는 노인의료비 증가는 노인성질환의 특성에 나타나는 만성질환과 장기간 질환 보유기

<표 2> 연도별 의료보험자 진료건수 및 진료비 (단위 : 백만원)

연도	진료건수	진료비	노인의료비
1986	50,186,679	899,319	54,206
1987	57,875,026	1,088,157	71,226
1988	70,707,025	1,464,533	113,458
1989	94,282,567	1,982,806	164,044
1990	141,141,135	2,949,890	239,182
1991	146,532,571	3,219,930	286,898
1992	141,084,041	3,703,984	358,918
1993	155,391,937	4,302,502	444,115
1995	189,223,320	5,977,453	728,137
1998	232,374,090	9,703,911	1,491,282

자료 : 국민의료보험관리공단 (1996, 1999)

노인보건복지의 발전과제

<표 3> 노인의료비 증가추이 (단위 : 백만원)

구분*	1990~93 증가율	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
A	15.8%	4,302,502	4,982,297	5,769,500	6,681,081	7,736,692	8,959,089	10,374,625	12,013,815
B	28.6%	444,115	571,132	734,476	944,536	1,214,673	1,562,069	2,008,820	2,583,342
B/A(%)		10.32	11.46	12.73	14.14	15.7	17.44	19.36	21.50
C (%)		5.4	5.5	5.7	5.8	6.0	6.3	6.5	6.8

주 : 의료보험연합회 의료보험통계연보 1990~1993의 연평균 증가율의 추계자료임

* A: 전체인구 의료비, B: 65세 이상 노인 의료비, C: 노인인구비율

자료 : 장병원 (1995)

간의 증대에 따른 것인데, 1989년 7월부터 시작된 전국민의 의료보험 제도로 노인들도 예전보다 경제적 부담이 감소된 상태에서 의료 접근이 이루어지고 있다.

3. 노인성 질환의 특성과 노인 의료현황

1) 노인의 만성질환의 특성

노인들의 질환 특성은 최소 2-3가지의 질병을 함께 보유하고 있으며, 이들은 대부분 관절염, 고혈압, 청력장애 등 만성질환에 해당된다 (배영철, 1993). 국민의료보험관리공단(1999)에 따르면, 1998년도의 5개 주요 만성퇴행성질환의 진료비가 1995년에 비해 전체적으로 2.3배 정도 증가하였다. 특히 고혈압과 관계된 질환 및 뇌혈관성 질환은 각각 2.5배 및 2.6배정도 증가했다. 또 1998년도의 총 진료비 증가지수는 1995년에 비하여 163이었는데, 주요 만성퇴행성질환의 진료비 증가지수는 234로 약 1.5배 이상 높았다. 역시 그 5가지 만성퇴행성 질환의 진료비가 전체 진료비의 12.6%를 차지할 정도로 심각한 상황이다.

또한 1998년도의 65세 이상 노인의 경우 86.7%가 만성질환을 가

지고 있다고 보고되었다 (정경희 등, 1998). 이러한 현상은 연령이 높은 노인들일수록 더 심각하였다. OECD국가들의 노인의료비 통계에 따르면, 65세 이상의 경우 평균적으로 2.3배 정도였다. 노인이 아닌 연령계층의 의료비와 비교할 때 65-74세 사이의 노인들의 의료비는 약 2.5배, 75세 이상에서는 거의 5배에 가까웠다 (최성재, 1998). 예를 들면, 1998년 6월 부산광역시 소재 한 종합병원에 입원 중이었던 환자들 중에서 40대 이상의 비율을 <표 4>에 제시하였는데, 이들 중에서도 특히 노인들의 비율이 높은 편이다. 즉 종합병원의 입원환자 960명상 중 60세 이상 노인인구수가 300명상을 넘게 차지했는데, 일반적으로 병원에 입원한 노인들의 비율이 $\frac{1}{3}$ 을 넘기고 있다 (오성광 · 한동희, 1997). 또한 실제병동을 차지하고 있는 노인들 중에서도 고액진료자의 60.1%가 연간 180일 이상의 장기 치료자이며, 그들의 대부분은 노인이었다 (문옥륜, 1995).

2) 노인의 다빈도 질병

노인의 다빈도 상태에 따른 질병상태는 입원의 경우 노인성백내장, 뇌경색, 위의 악성 신생물 등으로 나타났으며 (<표 5> 참조), 입원의 질병군이 거의 만성퇴행성질환이 6개를 차지하고 있어 노인의료비 급증의 선도적 역할을 차지하고 있다 (국민의료보험관리공단, 1999).

3) 노인의 수진율 현황과 한국노인의 주관적 건강상태 평가

1998년 공무원 및 교직원의료보험의 경우 노인 1인당 의료 이용률은 전체인구의 이용률보다 증가하는 경향을 보였다 (<표 6> 참조). 또한 1990년에서 1998년까지의 수진율의 연평균 증가율은 전체적으로는 8%이었던 반면, 65-69세 집단은 12%, 70-74세 집단은 14%, 75세 이상은 15%로 노인연령층의 수진율 증가율이 평균보다 1.5배 이상 높다는 것을 알 수 있다.

노인들의 건강상태가 연령이 증가할수록 약화된다는 것은 노인들이 주관적으로 평가한 자신의 건강상태에서도 잘 나타나고 있다. 일본

노인보건복지의 발전과제

<표 4> 종합병동의 노인환자수 (단위:명, %)

	41-50	51-59	60세 이상
순환기	13 (17.3)	18 (24.0)	34 (55.3)
소화기	37 (21.0)	43 (24.4)	51 (28.9)
신장	4 (10.2)	14 (35.8)	6 (15.0)
내분비	1 (4.0)	8 (32.0)	13 (52.0)
혈액종양	11 (11.4)	37 (42.0)	25 (29.0)
류마티스	6 (16.6)	4 (11.1)	16 (45.0)
신경과	8 (14.2)	9 (16.0)	26 (46.3)
정신과	4 (12.1)	4 (12.1)	3 (9.0)
피부과	0 (00.0)	3 (27.2)	3 (27.2)
일반외과	21 (13.1)	34 (21.2)	34 (21.0)
흉부외과	19 (14.9)	20 (15.7)	29 (22.8)
정형외과	11 (8.5)	19 (14.8)	20 (15.5)
신경외과	15 (16.3)	24 (26.0)	13 (14.0)
안과	5 (7.0)	6 (8.4)	20 (28.1)
비뇨기과	22 (15.0)	19 (13.0)	40 (27.3)
계	177	262	333

※ 각 질병에 따른 병상수의 합계는 차이가 있음

총무청의 고령화사회 대책실에 보고된 자료에 의하면, 한국인들은 고령이 될수록 누워지내는 노인의 비율이 크게 증가하고 있다 (<표 7> 참조). 이러한 노인들은 의료적 치료를 받아야 할 뿐 아니라 자신이 독립적으로 일상생활을 영위할 수 없기 때문에 타인의 수발을 필요로 하고 있다.

이상에서 한국노인의 질환의 특성과 의료이용현황을 살펴보았을 때, 인구의 고령화 현상과 함께 수요가 날로 증가함에도 불구하고 이에 대한 대비책은 전무한 상태임을 짐작할 수 있다. 또한 연령이 높은

<표 5> 1998년도의 노인 다빈도 질병

○ 입 원

질병명(질병기호)	환자수 (명)	진료건수 (건)	건당진료비 (천원)
1.노인성백내장(H25)	6,904	7,895	986
2.뇌경색(중)(I63)	3,868	4,574	1,393
3.만성폐쇄성폐질환(J44)	2,091	2,656	913
4.위의악성신생물(C16)	1,715	2,836	1,601
5.본태성고혈압(I10)	1,682	1,862	488
6.폐렴(J18)	1,551	1,655	1,051
7.대퇴골골절(S72)	1,452	1,838	3,384
8.폐의의료보험에악성신생물(C34)	1,417	2,738	1,448
9.심부전(I50)	1,404	1,647	820
10.간의악성신생물(C22)	923	1,628	1,582
계	23,007 (130)	29,329 (133)	13,666 (113)

○ 외 래

질병명(질병기호)	환자수 (명)	진료건수 (건)	건당진료비 (원)
1.본태성고혈압(I10)			
2.급성비인두염(J00)	90,234	490,728	36,360
3.배통(M54)	85,021	169,350	10,359
4.위염및십이지장염(K29)	65,948	182,440	25,102
5.급성상기도감염(J06)	63,263	148,195	25,134
6.급성인두염(J20)	49,864	87,850	16,169
7.치수,치근단조직질환(K04)	48,767	89,123	20,798
8.치수,치근단조직질환(K04)	44,307	92,650	23,990
9.관절염(M13)	41,436	122,909	29,773
10.관절염(M13)	35,399	91,461	21,624
10.인슐린비의존당뇨(E11)	23,909	124,298	42,096
계	548,148 (128)	1,599,004 (142)	251,405 (114)

자료 : 국민의료보험관리공단 (1999)

노인보건복지의 발전과제

〈표 6〉 수진율 현황 (단위 : 건)

수진율	'90	'92	'94	'96	'98	연평균증가율
전체평균	4.2	4.5	5.4	6.4	7.5	8%
65-69세	4.7	5.7	7.7	9.9	12.0	12%
70-74세	4.3	5.2	7.3	9.6	12.1	14%
75세 이상	3.0	3.7	5.1	6.7	9.3	15%

주 : 1) 지급기준 2) 약국제외

〈표 7〉 한국노인의 주관적 평가의 건강상태 (단위:%)

연령	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	계
건강상태						
건강하다	46.3	30.3	30.2	30.5	32.2	34.4
건강하지는 않지만 질병은 없다	28.9	36.1	29.0	33.7	35.5	32.4
아파서 가끔 누워지낸다	21.1	26.6	31.3	31.0	22.3	27.1
아파서 거의 누워지내야 한다	3.7	6.6	6.1	4.8	9.9	6.0

자료 : 日本總務廳長官官方高齢社會對策室 (1997)

노인일수록 유병율 및 의료 이용률도 더 높아 노인의료비의 증가추세를 보이고 있지만, 노인보건의료서비스의 공급이 이루어지지 않는 상황이다. 즉 노인전문병원의 부족으로 급성기를 넘긴 노인환자들은 일반병원을 이용하게 되어 일반종합병원의 병상의 대다수를 차지하고 있다. 현재 국민 의료공급이 의료수요를 따라가지 못하는 실정에서 노인만을 위한 공급체계의 마련은 힘들 수 있지만 노인인구에 대한 의료비의 지속적인 증가 추세는 방관할 수 없다. 특히 노인보건의료서비스에 대한 국가 정책적 미비는 고령화 사회에 나타날 심각한 사회문제로 등장할 것이다.

4. 2000년대 노인보건복지 예산 및 정책의 평가

1) 노인복지예산의 평가

2000년도 보건복지부 일반회계예산 4조 4,981억원은 2000년도 86조 7,364억원의 5.19%에 해당된다. 아직도 미흡한 복지예산이지만 1999년도의 4.97%보다 0.22% 높아졌다. 역점사업으로는 노인경로연금, 가정봉사원 파견사업, 노인주간보호사업, 경로당운영비, 노인건강진단, 노령수당지급, 민간단체지원, 효행자 표창, 노인시설보호, 행정경비 등으로 나눈다.

질병예방 및 국민건강증진의 보건복지예산은 1,807억원에서 1,667억원으로 7.8% 감소되었으며, 노인보건의료서비스 부분에 대한 구체적이고 계획된 사업내용은 언급되고 있지 않다. 또한 보건의료산업진흥사업 부분의 예산이 416억원에서 534억원으로 28.1% 증가 그리고, 의료보장 내실화 사업도 전년도 2조 625억원에서 2조 13,204억원으로 12.5%로 증가되었지만 (지역의료보험 운영지원은 1조 1,659억원에서 1조 3,227억원으로 13.5% 증가), 의료보호는 8,098억원에서 7,969억원으로 1.6% 감소, 의료보호대상자 수도 2,128천명에서 1,906천명으로 감소, 그리고 한시 생활보호자도 22만명 감축하였다. 또 공무원 및 교직원의료보험 정부부담 보험료 지원은 867억원에서 2,006억원으로 131.3% 증가했고, 1999년 3월 4.2%에서 5.6%로 인상된 보험료의 소급지원액이 464억원, 보험금의 확대(의료보험 및 보호), 연중급여 실시의 확대(330일→365일)의 변화가 생겼다. 이 부분에도 노인 보건복지대책을 위한 운영개발이나 노인의 특성에 맞는 간병제도 장기보호대책의 중장기계획 및 인력개발 등의 광범위한 부분의 노인의료서비스정책을 기대하기 어려웠다. 노인보건의료복지에 해당하는 항목의 예산 확보는 가정봉사원 파견사업, 노인주간보호사업이 주를 이루고 그 외의 요양원 등의 관리보수비로 이루어졌다. 그러나 노인의료복지를 위한 실질적 노인보건의료서비스의 기초실태조사, 프로그램 개발이나 운영관리비, 중장기 계획안을 위한 예산 편성이 이루어지지 않았다.

노인보건복지의 발전과제

2) 노인보건의료정책

일본의 경우 노인보건의료복지대처방안으로 고령자 10개년 계획을 수립했는데, 1980년대 중반 노인인구의 비율이 10%를 넘을 때 국가정책으로 노인복지시책을 본격적으로 강화하기 시작하여 1994년 ‘신 골드프렌’의 노인보건복지계획을 수립하여 1995년부터 5년동안 무려 9조엔(약 72조원)을 투입하고 있으며, 이중 43%정도는 국고지원으로 우선적으로 병상확보에 노력을 하고 있다. 특히 일본의 국민의료비에 대한 노인의료비가 차지하는 비율이 증가하고 노인의 장기보호문제가 심각해짐에 따라 1982년 노인보건법이 제정되었고, 그 후 몇 차례의 개정을 거쳐 노인보건의료서비스의 중요한 부분이 되었다. 특히 노인보건시설의 확충은 1989년 이후 1999년까지 연평균 129.5%의 증가율로 노인의료서비스에 접근하고 있다 (厚生統計協會, 1997).

이처럼 일본의 경우 병상공급목표가 구체적이고 인재양성 및 서비스 내용이 다양하며 복지과 보건의 연계되어 있음을 알 수 있다. 정부는 21세기 고령화사회를 대비하여 노인보건복지중장기계획을 1999년 1월에 수립하고 1999년 10월에 그 추진상황을 발표하였다 (<표 8> 참조). 그 중점사업으로 건강한 노후생활을 보장하기 위해 노인의료비부담경감, 치매노인대책강화, 재가노인복지서비스확충을 그 주요내용으로 하고 있다 (보건복지부, 1999). 그러나 노인보건복지의 우선적 해결방안으로 보다 구체화된 수요 파악과 시설의 확보를 위해 노력하여야 한다. 예산이 뒷받침되지 않는 계획은 그 의미를 찾아 볼 수 없으며, 특히 장기요양에 관한 대책은 극히 미비하다.

5. 노인보건의료시설의 수요예측

앞에서 검토한 2000년도 예산과 현 시설수에 따라 장차 필요한 최소한의 의료시설의 개수를 일본의 추계비율에 맞추어 제시하면 아래와 같다.

1) 2000년도 노인인구에 따른 요개호 노인과 치매노인수의 추이

<표 8> 2003년 노인보건의료서비스의 모습

목표	정 책 내 용	기대효과	1999년 현재 추진상황									
건강한 노후 생활 보장	• 보건복지 센 터 에 서 통합서비스 제공 : 방 문 보 건 사업 확대	• 노 인 의 욕 구 에 따 른 서 비 스 를 제 공 받 을 수 있 는 이 용 자 중 심 의 전 달 체 계 구 축 • 중증 노인이 안 심 하 고 치 료 받 을 수 있 는 체 계 확 립	• 노인의료비 부담경감 - 의료보험 진료비 본인부담금 경감대상 확 대 추진 (99 : 70세이상 → 2000 : 65세이상) - 저소득 노인(3만명)에 대한 건강진단비 지 원 (99 : 12,146원 → 2000 : 13,360원)									
	• 의료보험 급여범위 확대 및 본인부담금 경감 대상 확대 (70세이상 →65세이상)		• 치매노인 대책 강화 - 보건소에 「치매상담신고센터」 설치 운영 (99 : 216개소 → 2000 : 전국 243개소) - 치매노인 실종예방을 위한 「치매노인 신 원확인 팔찌」를 99년 말까지 1만여개 보 급 - 중증 치매노인을 위한 전문요양시설 및 병 원 확충									
	• 치매노인 보호체계 확립		<table><tr><td></td><td>'99</td><td>2003</td></tr><tr><td>*치매전문요양시설(개소)</td><td>18</td><td>50</td></tr><tr><td>*치매요양병원(개소)</td><td>3</td><td>17</td></tr></table>		'99	2003	*치매전문요양시설(개소)	18	50	*치매요양병원(개소)	3	17
			'99	2003								
	*치매전문요양시설(개소)		18	50								
*치매요양병원(개소)	3	17										
• 치매요양시 설 확충 (24개소 → 50개소)	• 재가노인복지 서비스 확충 - 노인이 가정에서 각종 서비스를 받을 수 있도록 가정봉사원 파견, 주간보호시설, 단 기보호시설 확대 (99 : 130개소 → 2003 : 250개소) - 독거노인보호체계 확립 * 응급구조 시스템 확대 (99 : 10,197세대 → 2000 : 34,021세대) * 가정봉사원 등을 통해 정기적인 안부 및 건강상태 확인											
• 치매요양병 원 확충 (2개소 →시도별)												

※ 자료 : 보건복지부 (1999) 21세기 고령사회를 대비한 노인보건복지 중장기발전계획
보건복지부 (1999) 노인보건복지 중장기 발전계획 추진상황

<표 9>와 같이 2000년의 노인인구는 340만명(7%)이고, 2022년까지는 750만명(14%)으로 예측된다. 이중 2000년의 의료복지혜택을 받아야 할 노인인구는 전체노인의 13.5%로 계산할 때 45만명이며, 이중 6%는 요개호를 받아야 하는 노인으로써 20만명으로 예측된다 (厚生

노인보건복지의 발전과제

<표 9> 한국의 노인인구의 형태별 증가추이

내 용	인 구 추 이			개 요	
	2000 (7%)	→	2022 (14%)		
65세 이상 노인인구 현 황 및 추세	340만명	A	750만명	2000년도의 추정한 노인인구를 기준으로 함	
의료복지 혜 택을 받아야 할 노인인구	45만명	B	101만명	의료복지혜택을 받아야 할 인구는 전 체노인인구의 13.5% 적용 [OECD, 1998]	$B=A \times 13.5\%$
요개호노인 (와상노인)	20만명	C	45만명	일본의 와상노인추계 6%를 적용	$C=A \times 6\%$
시설보호 필 요한 치매 노인수	8만명	D	17만명	1997년 현재 전국의 추정 치매유병율 8.3%. 이중 시설보호필요 치매노인 수 를 27.7%로 적용 [변용찬, 1997]	$D = A \times 8.3\% \times 27.7\%$

자료 : 변용찬 (1997), 통계청 (1999), 厚生統計協會 (1997), OECD (1998)

統計協會, 1997; OECD, 1998). 또한 변용찬(1997)의 자료를 토대로 추정할 때 시설보호가 필요한 치매노인수는 전체노인의 8.3%에 해당되며, 그들 중에 27.7%인 8만명이 치매시설을 필요로 한다. 또 2022년에는 그 통계수치들이 각각 약 2.24배 증가하는 양상을 보일 수 있다.

2) 요개호노인수에 기초한 필요시설수 추정

<표 10>에 준하여 다음과 같은 노인보건의료시설들이 확충되어야 한다고 본다.

(1) 재가노인보건의료복지서비스사업 추계

2000년의 추정 요개호노인수를 20만명으로 보고, 위의 필요 산출수와 함께 구체적인 재가노인복지사업을 제시하면 다음과 같다. 노인주간보호사업은 요개호노인을 6%로 추산할 때 2000년의 20만명이며,

한동희 · 이은경

1개소 당 139명으로 계산할 때 적어도 1,438개소가 필요하다. 또 현재 40개소에 불과한 노인주간보호사업은 2022년까지는 3,237개소가 필요하다.

<표 10> 추정요개호노인수¹⁾에 기초한 필요시설수 추정

종 류		시설수* (A)	개소당 평균보호 인원(a)	보호해야할 추정 요개호노인 수 ²⁾ (b)	필요시설수 (b/a) (B)	추 가 시설수 (B-A)	2022년 필요 시설수
재가노 인복지 서비스	단기보호시설	20개소	7명 ³⁾	6,200명	885개소	865개소	1992개소
	주간 보호시설	40개소	요개호노인 139명당 1개소 ³⁾	-	1438개소	1398개소	3237개소
	가정 봉사원 파견 센터	75개소	요개호노인 272명당 1개소 ⁴⁾	-	735개소	660개소	1654개소
노 인 복 지 시 설	양로 + 요양시설	181개소	61명 ⁴⁾	12,600명	206개소	25개소	464개소
	실비 양로시설	3개소	50명 ⁵⁾	3,200명	64개소	61개소	144개소
	실비 요양시설	13개소	42명 ⁴⁾	3,400명	80개소	67개소	182개소
	노 인 전 문 요 양 시 설	12개소	100명 ⁴⁾	44,600명	446개소	434개소	1003개소

주 : * 보건복지부 (1999)

- 1) 추정 요개호노인수는 20만명임 (2000년의 340만 노인인구의 6%)
- 2) 일본의 각 시설에서 보호되고 있는 노인의 총요개호노인 대비 퍼센트를 추정 요개호노인 수에 적용하여 산출하였음. (단기보호시설은 추정요개호노인수의 3.1%, 양로+요양시설 6.3%, 실비양로시설 1.6%, 실비요양시설 1.7%, 노인전문요양시설은 22.3%)
- 3) 일본의 시설당 평균보호인원을 적용함
- 4) 한국의 시설당 평균보호인원 적용
- 5) 현재 실비 및 유료시설의 시설가동률이 58.5%이며, 일본의 1개소당 평균 보호인원이 58명이라는 점을 감안하여 시설당 평균보호인원수를 50명으로 간주하였음.

자료 : 서미경 (1998)

노인보건복지의 발전과제

또한 노인단기보호사업도 일본의 비율을 적용하여 계산하면 2000년에는 20만명의 3.1%, 즉 6,200명이 단기보호시설에 입소해야 되며, 시설기관당 평균 7명이 입소한다면 885개소의 시설이 그리고 이러한 추세에 따르면 2022년까지 1992개소가 필요하게 된다. 가정봉사원 파견사업은 272명당 1개소로 배치한 현 수준으로도 2000년에는 735개소가 필요하나 현재 75개소에 불과하며, 2022년까지 1,654개소가 더 필요하게 된다. 또한 한국의 대표적인 재가서비스의 역할을 하고 있는 가정봉사원 제도를 활성화시키기 위하여 보다 전문화된 인력양성과 프로그램의 다양성을 확보해야 한다.

그 외 1999년 5월부터 실시된 가정간호사업을 활성화 시켜야 하며 지역중심의 재가서비스자리를 지켜 나갈 수 있도록 더욱 활성화하여야 한다. 또한 입욕서비스는 1999년 현재 보건소에서 장애인 등의 생활보호대상자 중심으로 월1회 수준으로 실시되고 있으나 앞으로는 노인보건의료시설이 확충됨과 동시에 함께 관리될 필요가 있다. 또 다른 노인보건의료서비스 형태로 노인주간병원이나 야간병원 케어 서비스가 앞으로 노인병원과 노인의료센터에서 그 역할을 대행하고 재택보호가 가능하도록 준비할 필요가 있다. 따라서 재가복지서비스의 확충을 위해서는 노인전문병원 및 노인복지관, 장애인 복지관 등 사회복지관 등에 부설기관으로써 가정봉사원 파견센터, 주간 및 단기보호시설을 적극적으로 설치하여, 재가 보건·복지 서비스를 강화하고 케어 전문실습센터에서 일괄 실습위주의 훈련과 재교육이 실시되어야 한다.

(2) 노인시설서비스 체계

가족이 부양할 수 없을 경우 시설입소가 필요하게 되는데 현재 일본은 전체 요개호노인에 대한 비율에 따라 단기보호시설 3.1%, 양로요양시설 6.3%, 실비요양시설 1.6%, 실비양로시설 1.7%, 노인전문요양시설 22.3% 정도이다 (서미경, 1998). 2000년대 확보된 시설수는 양호 요양시설이 181개소로 확보되어 있다. 보호해야할 추정 요개호 노인을 12,600명으로 계산할 때 1개소 당 입소인원이 61명이라면 206개소로 25개소가 부족하며, 2022년까지 252개소로 확충되어야 한다. 특

히 노인전문요양원은 2000년도 20만 요개호 노인 중 22.3% 그리고 100병상을 기준으로 하는 요개호 노인들 위한 노인전문요양원이 446개가 필요하지만 12개소만이 확보되어 434개소가 더 확충되어야 하며, 또 요개호 노인인구가 2배가 될 2022년에는 1003개소가 필요하다.

3) 치매노인을 위한 노인보건의료 시설수 추계

한국에서는 현재까지 전국적으로 조사된 요개호 노인발생율의 자료가 없기 때문에 변용찬(1997)을 참고로 치매노인을 중심으로 필요한 수를 예측하여 <표 11>에 제시했으며, 기타질환의 경우는 <표 11>에서 제시된 자료보다 더 많은 시설이 확보되어야 한다.

치매노인의 시설입소비율은 앞에서 제시한 바처럼 가족의 노인부양능력이 점차 약해지므로 시설입소 비율이 27.7%일 때 <표 11>에

<표 11> 시설보호 치매노인인구¹⁾를 기초로 한 필요시설수 추정

종 류	2000년 총시설 수 (A)	개소당 평균 보호인 원 (a)	보호해야 할 추정 요개호노인수(b)		필요 시설수(b/a) (B)	2000년 추가 시설수 (B-A)	2022년 필요 시설수
			2000년	2022년			
노인전문요양원 ²⁾	12 ⁵⁾	100	40,000	85,000	400개소	388	850개소
노인보건시설 ³⁾	0	100	24,000	51,000	240개소	240	510개소
노인전문병원 ⁴⁾	4 ⁶⁾	100	16,000	34,000	160개소	156	340개소

- 주 : 1) 시설보호가 필요한 치매노인수는 전체치매노인수(전체노인인구×8.3%)의 27.7%인 2000년에는 8만명, 2022년에는 17만명 임
 2) 노인전문요양시설은 시설보호 인구수의 50%를 추계하였음
 3) 노인보건시설은 시설보호 인구수의 30%를 추계하였음
 4) 노인전문병원은 시설보호 인구수의 20%를 추계하였음
 5) 자료 : 보건복지부 (1999) 1998년 12월 31일 현재 노인복지시설수
 6) 노인전문병원 4개소 : 용인효자병원, 인천은혜병원, 부산동인병원, 초정노인전문병원

노인보건복지의 발전과제

<표 12> 일본의 연도별 노인보건시설 증가 추이

구분	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1999	연평균 증가율
개소 (개)	27,811	47,811	69,811	91,811	113,811	139,811	165,811	280,000	129.5
증가비 (%)	100	171.9	251.0	330.1	409.2	502.7	596.2	1006.8	

자료 : 문현상 (1997)

제시된 만큼의 시설수가 필요하다. 현재 일본은 노인의료공급의 문제를 국가의 사활이 달린 주요한 정책으로 보고 있다. 실질적으로 일본은 18만개의 노인병원병상수의 확보 외에도 1989년이래 노인보건시설이 아직도 증가하는 추세에 있으며 (<표 12> 참조), 올해까지 28만병상을 확보할 계획이다 (문현상, 1997). 이는 변모해 가는 가족구조 및 가족의 부양능력의 상실과 장기입원이 필요한 노인들의 치료와 생활의 장을 마련하는 차원에서 나타난 현상이다. 현재 우리 나라에는 노인보건시설이나 노인전문병원제도가 실시되고 있지 않고 있지만 앞으로 노인보건시설이나 노인병원 등의 만성질환 환자 및 요양기간의 증가로 환자를 위한 노인의료서비스의 시설수를 확충하는 일이 급선무이다.

결론 및 제언

앞에서 살펴본 바와 같이 노인보건복지예산인 2,600억원은 구체적인 노인보건의료사업을 수행하기에는 부족하다. 또한 현 시설로는 20만 요개호노인에 대한 재가서비스와 시설서비스의 공급을 충족시킬 수 없으며 양적으로나 질적인 서비스를 제공하지 못하고 있다. 현재 일본이 추구하고 있는 사업으로 지역중심의 고령자 개호서비스를 강화하여 보건의료시설을 확충하고 있는데, 구체적 서비스로는 24시간 홈헬퍼서비스, 데이서비스, 단기서비스, 상담창구 활용, 홈헬프사업, 방문간호사제도, 방문진료사업 등 재가서비스를 들 수 있고, 시설서비스

로는 특별양호노인홈, 경비A 및 경비B 노인홈, 홈케어하우스, 고령자 생활복지센터, 노인보건시설, 노인병원 등의 시설 및 병상확보와 인재 양성 등이다.

우리 나라의 경우 앞으로 재가노인보건복지사업으로 노인주간보호사업, 노인단기보호사업, 가정봉사원 파견사업, 가정간호사업, 목욕 서비스, 노인주간병원 등이 필요하다. 노인의료복지지원사업으로 노인 전문요양원, 노인보건시설, 노인전문병원이 필요하며, 또 이러한 시설에 필요한 인력양성을 구체적 계획 아래 실천해 나가야 한다. 그 외 간병인 지원비, 가정봉사원 양성 및 재교육사업, 치매환자 보호 및 시설 지원사업(치매노인주간보호사업, 치매노인야간보호사업, 치매노인 단기보호시설, 영세치매노인환자보호, 치매전문요양원) 등이 이 필요 한데, 이에 노인보건의료정책사업이 5년, 10년, 15년의 간격으로 수행 될 수 있도록 정확한 수요파악 및 예산확보가 무엇보다도 중요하다.

노인의료정책은 적어도 노인인구가 전체인구에 7%를 차지하는 고령화사회가 도래하기 전부터 이루어져야 한다. 이는 노인의료비 증가가 전체의료비증가율의 2배 가까운 현실에서 노인의료비의 부담구조는 중요한 사회적 문제가 될 것으로 전망한다. 노인인구와 의료비의 지속적인 급등은 이들을 부양하여야 하는 생산가능연령 층의 부담으로 귀착될 수밖에 없는데, 이는 국가전체의 경제성장 능력을 위축시키는 요인이 될 것이다. 따라서 노인의료비 문제는 단순히 사회복지 서비스차원뿐 아니라 국가 경제성장과도 밀접한 관계가 있는 만큼 이에 대한 대책을 모색하는 것은 매우 시급하고도 중요한 일이라 할 수 있다 (국민의료보험관리공단, 1999). 노인인구의 증가 및 건강하지 못한 노인의 증가에 따른 정부의 정책 수행에 다음과 같은 몇 가지 대책을 제언하고자 한다.

와상노인의 질적, 양적으로 부족한 시설확보에 노력. 와상노인, 치매노인 등 장애성 노인들을 위한 장기계획의 수립, 재가 및 시설복지로의 연계 입소조치 등을 결정·조정할 수 있도록 하여야 한다. 노인인구의 6%를 요개호노인으로 볼 때, 노인인구의 증가로 인해 와상노인 및 치매노인은 계속 증가 추세에 있으므로 노인 양호 요양시설 외

노인보건복지의 발전과제

에도 2000년대부터는 노인전문요양원, 노인보건시설과 같은 중간시설, 노인병원 등 요양형 치료시설 등이 계속 증가되어야하며 이를 위한 예산확보에 주력해야 한다.

저소득노인의 의료보험 본인부담금 경감. 노인질병은 다빈도 질병이며 의료비도 노인이 아닌 계층의 2배에 달하므로 경제력이 취약한 노인본인부담금에 대한 비율을 낮출 수 있는 방안을 모색해야 한다. 즉 일정소득 이상인 노인을 제외한 저소득층노인을 위한 국가적 차원의 특별한 대책이 요망된다.

공적 장기요양보험 도입. 현 제도상 만성질환에 의한 요양기관 보호시설 비용은 자기부담이므로 본인과 가족의 부담이 과중하다. 노인의 의료비 증가의 주된 원인이 만성질환과 장기 입원으로 보기 때문에 독일, 일본, 룩셈부르크, 오스트리아, 프랑스 등처럼 사회보험이나 국고에서 요양보호 수당을 지급하는 형태의 공적 장기요양보험을 도입할 필요가 있다. 장기 노인진료자의 진료비 부담을 분산시켜 사회복지서비스의 역할을 제고하고 본인과 가족들의 부담을 적정화하는 방안이 고려되어야 한다.

간병비용 조달 대책의 마련. 노인의 의료비 중 간병비에 대한 본인부담금은 의료비 중에서 가장 크게 차지하고 있다. 간병인을 고용할 때 근래에는 12시간을 기준으로 중증일 경우 3만원, 일반 노인환자일 경우 25,000원을 받고 있으며, 24시간의 경우 중증 5만원, 일반 노인환자인 경우 45,000원을 받고 있다. 따라서 간병인에 대한 가족 부담감이 너무 과중하므로 간병인 지원에 대한 방안을 모색해야 한다. 그러나 현재 간병비 전액을 의료보험에서 부담하는 데는 한계가 있으므로 간병비를 국고나 지방비에서 보조하고, 점차 의료보험과 기금마련 등 노인의료 정책에서 간병비 비용 조달 대책이 마련되어야 한다. 또 장기요양이 필요한 시설, 병원, 재가 등의 요개호노인을 위한 별도의 의료보험체계의 도입이 강구될 필요가 있으며, 또한 사적 개호보험을 활성화시켜 간병비 대책을 적극적으로 펼쳐 나가야 한다. 역시 장기요양이

필요한 시설, 병원, 재가 등의 요보호노인을 위한 별도의 의료보험체계의 도입이 강구되어야 하는데, 특히 저소득층에게라도 곧바로 적용할 수 있는 방안을 찾아야 한다.

노인종합보건 의료센터 및 상담센터 구축. 새로운 제도의 도입방법으로 노인종합복지관과 같은 노인종합보건의료센터를 설립할 수 있어야 한다. 만성질환 중심의 기존 의료계의 취약점을 보완하는 방편으로 상대적으로 수익성이 낮은 예방 서비스, 만성질환 치료 및 간호, 재활서비스를 제공하는 노인종합보건의료센터의 지정이 바람직하다. 또한 재가서비스 및 상담창고 등을 마련하여 지역의 의료체계와 요양체계 등을 연계하여 의료 보건 복지의 연계가 이루어 질 수 있는 연계망의 역할과 노인과 가족의 의료정보를 제공할 수 있는 역할을 하게 한다.

노인병원과 보건소의 노인의료 및 재가보건의 중심지 육성. 상기의 새로운 제도가 도입되는 동안 기존의 시설인 보건소와 노인병원의 구축 방안을 제의한다. 본격적인 지방화 시대를 맞이하여 보건소는 지역단위의 건강관리를 책임지는 역할 그리고 민간 의료부분에서 취약한 부분에 대한 보완적 역할을 수행하되, 보건소에서 이루어야 할 건강교육, 건강상담, 만성질환의 1차 진료사업, 방문간호사업, 주간보호사업 등 재가보건 및 의료사업은 현재의 보건소 인력이나 운영 관리 능력으로는 부족하기 때문에 노인병원과 보건소가 상호기능을 완충하면서 지역사회의 노인건강관리의 중심적 역할을 해야 한다.

요양시설의 의료기능 강화. 현재 노인양호시설과 노인요양시설에는 건강한 노인과 건강하지 못한 노인이 혼합·입소한 상태 이외에도 질병 종류 및 상태가 다양하여 체계적인 서비스를 제공하기에는 매우 어려운 실정이다. 그러므로 요양시설을 더욱더 확대하여 노인의 질환 상태에 따라서 전문화된 요양시설의 등급을 설정할 필요가 있다. 노인 의료의 개념을 요양의 차원만이 아니라 치료와 재활의 차원에 더 비중을 두어야 한다.

노인보건복지의 발전과제

건강진단 사업의 내실화. 현재 65세 이상의 저소득층 노인에게 실시되고 있는 건강진단 검사는 보다 현실적으로 이루어져야 한다. 예를 들면, 노인성 질환이나 기능 검사 특히 골다공증 등을 기초 건강진단 항목으로 지정할 필요가 있으며, 우리 나라에서 발병이나 사망 빈도가 높은 위암, 폐암, 대장암, 유방암에 대한 검사 항목을 추가로 지정하도록 한다. 또한 건강조사의 정밀도와 충실화를 통해 대상자의 검진 비율을 향상시켜야 하고, 보다 구체적인 사업 실천은 예방사업, 조기발견, 조기치료를 통한 와상노인의 감소방안이어야 한다.

재가서비스강화. 재가서비스의 공급체계조직망을 보다 다양화 및 전문화될 수 있도록 하기 위한 방안의 하나로 양성된 재가서비스인력에 대한 재교육 및 강화 훈련을 통한 재가서비스에 대한 인식을 보다 높게 향상시키는 길이다. 또 보건 의료 복지서비스의 종합적 서비스를 제공할 수 있는 사회적 자원이 필요하며, 이를 위해 서비스제공의 연계망이 구축되어야 한다. 역시 노인의 의료서비스에 대한 욕구도 증가될 것을 예상하여 개인적 서비스를 제공할 수 있는 케어계획의 구체화가 필요하며, 아울러 지역마다 재가 케어서비스를 지탱하는 간병시스템이 공적으로 정비되어야 한다.

기능별 의료복지시설 확보. 노인의료복지시설도 단순히 노인의 건강상태나 경비 고저가 아니라 노인의 기능에 따라 구분되어야 한다. 영국에서는 ① 일반 노인을 위한 요양원, ② 정신질환을 가진 노인들을 위한 정신요양원, ③ 정신장애를 가진 노인들을 위한 정신장애 요양원, ④ 신체장애를 가진 노인을 위한 신체 장애 요양원, ⑤ 임종 환자를 주로 하며 말기환자를 위한 말기환자 요양원 등으로 세분하여 범주화하고 있으며, 미국에서는 상근 정규 간호사와 의사가 정기적으로 방문하는 진료서비스가 제공되는 요양시설, 간호사와 의사가 상주하는 중간요양시설, 전문요양시설 등으로 구분한다. 또한 시설의 질 향상을 위하여 실버마크제도 등을 도입하여 의료복지시설의 등급을 평가할 때 질적 서비스가 높아질 수도 있다.

인력 양성 및 확보. 도래하는 고령화 사회의 전개에 비해 노인보건의료서비스를 전달체계의 전문화된 인력 확보 및 양성교육이 이루어지지 못하고 있다. 이에 노인문제에 대한 지식을 갖춘 전문인력 양성 및 재교육이 체계적으로 이루어져야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 국민의료보험관리공단 (1996). *의료보험통계연보*. 서울: 국민의료보험관리공단.
- 국민의료보험관리공단 (1999). *노인의료비 증가와 대책 - 공무원·교직원 노인의료비 중심*. (내부자료)
- 문옥륜 (1995). 노인보건제도와 노인간병 요양원제도 개발의 과제와 전망. *한국노년학*, 15 (1), 181-212.
- 문현상 (1997) 일본의 신콜드플랜과 그 시사점, *보건복지포럼*, 10, 86-95.
- 배영철 (1993). 노인의학의 최신지견 총론. *대한의학협회지*, 36, 1296-1305.
- 변용찬 (1997). *치매관리매핑개발연구*. 서울 : 한국보건사회연구원.
- 보건복지부 (1999), *1999년도 노인복지국고보조사업 안내 및 2000년 보건복지부 예산안*. (내부자료)
- 보건복지부 (1999). *2000년도 노인보건사업 국고보조예산 산출기준 및 1998년말 노인복지시설현황*. (내부자료)
- 보건복지부 (1999). *21세기 고령사회를 대비한 노인보건복지 중장기 발전계획 및 노인보건복지 중·장기 발전계획 추진상황*. (내부자료)
- 서미경 (1998). 노인보건의료의 현황과 정책방향. *보건복지포럼*, 25, 27-35.
- 성명옥 역 (1998), *노인복지입문*, 대학출판사.
- 오성광·한동희 (1997). 노인의료공급의 활성화를 위한 노인병원 제도의 도입방안. *한국노년학*, 17 (3), 97-116.
- 장병원 (1995). *인구노령화에 따른 노인보건의료체계의 구축에 관한*

노인보건복지의 발전과제

- 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 정경희 외 (1998). *1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사*. 서울: 한국보건사회연구원.
- 최성재 (1998. 10.). 노인장기요양보호에 대한 사회복지정책방향. *신라대학교 사회복지학과 창설 10주년 및 제2회 노인의 날 기념 심포지엄 자료집*.
- 통계청 (1996). *통계연보*. 서울: 통계청.
- 日本總務廳長官官方高齡社會對策室 (1997). *高齡者の生活と意識* (第4回國際比較調査報告書). 東京: 總務廳長官官方高齡社會對策室.
- 厚生統計協會 (1997). *國民衛生の動向*. 東京: 厚生省.
- OECD (1998). *The Caring World: An Analysis*.

(논문접수일: 1999년 10월 15일)

(수정논문접수일: 1999년 11월 15일)

(논문게재승인일: 1999년 12월 5일)