

# 노인보건정책의 현황과 발전방향

박종연  
건강보험연구센터

## 목 차

I. 서론 .....	49
II. 노령화와 노인보건 .....	50
1. 노령화 추이 .....	50
2. 노인인구의 특성 .....	53
3. 정책적 시사점 .....	59
III. 노인보건정책의 현황 .....	60
1. 정책방향 .....	60
2. 노인보건체계의 현황 및 문제점 .....	62
IV. 노인보건정책의 발전방향 및 과제 .....	70
1. 노인보건정책의 다원화 .....	70
2. 서비스공급 확충 .....	72
3. 노인건강보장체계의 재정립 .....	77
V. 전략적 과제 .....	81
1. 노인보건 조직의 일원화 및 전문화 .....	81
2. 법제 개선 .....	83
3. 노인보건 연구개발 기반 강화 .....	84
참 고 문 헌 .....	85

# I. 서론

- 최근 인구구조의 변화는 급속한 노령화로 요약되고, 이에 따라 제기되는 각종 노인문제는 각 부문별로 정책적 대응을 필요로 하고 있음.
- 우리나라는 세계적으로 유례를 찾아볼 수 없을 정도의 속도로 노인인구가 급속하게 증가하는 가운데, 전통적으로 가족을 중심으로 하는 사적 영역에서 담당해 오던 노인 부양기능이 약화되고 있으며, 낮은 출산율로 인해 청장년층의 노인부양 부담이 점차 더욱 커질 것으로 전망됨.
  - 특히 노년기의 보건학적 특성으로 인하여 보건 분야의 주요 현안들을 야기하고 있는데, 노인인구는 보건의료서비스에 대한 수요가 높은 집단으로 1인당 보건의료비용 또한 가장 높은 집단일 뿐만 아니라, 노인의 건강문제는 보건의료서비스 이외에 건강문제로 파생되는 다양한 사회적 서비스와 연계되어 있음.
  - 이러한 사실은 한편으로는 우리 사회가 향후 노인의 건강문제로 인해 발생하는 높은 비용과 부담을 지게 될 것이라는 사실을 의미함과 동시에 다른 한편으로는 이에 대한 대책을 시급히 마련해야 한다는 것을 의미함.
- 최근 노인보건정책은 장기요양보장제도로 논의가 집중되고 있는데, 그 이외에도 검토해야 할 부분들이 많이 있음.
  - 장기요양보장의 도입은 보건의료와 복지 분야에 걸쳐 있는 다양한 문제들 뿐만 아니라 현재의 노인보건정책 과제의 많은 부분에 대한 효과적인 대응방안이지만, 그 이외에도 보건의료 영역 자체적으로 지속적인 발전방향을 모색해야 할 부분이 있음.
  - 무엇보다도 현재의 보건의료체계를 포함한 사회적 기반은 노인인구의 건강욕구에 적절하게 대처할 만한 준비를 갖추고 있지 못하고 있으며, 부족한 노인보건 및 복지관련 예산·인력·시설, 질병 진단 및 치료중심의 보건의료서비스 전달체계, 효과가 검증되지 않았거나 노인의 특성으로 고려하지 않은 노인건강 관련 서비스 등은 노인들의 다양한 욕구를 적절하게 충족시키지 못할 뿐만 아니라 고비용을 유발하는 요인이 되고 있음.

- 이 글은 장기요양정책에서 논의될 수 있는 내용 이외의 문제들을 중심으로 하여 기존의 노인보건정책의 현황을 종합해 보고 문제점을 파악하여 향후의 노령사회에 대비하기 위한 발전방향을 모색하기 위한 것임.
- 논의의 순서는 노령화 실태와 그에 따른 정책수요의 현황을 간단히 분석하고, 현재의 노인보건정책 현황 및 문제점을 살펴본 다음, 향후의 정책 발전방향을 개략적으로 제시하고자 함.

## II. 노령화와 노인보건

### 1. 노령화 추이

#### 가. 노령화 추이와 전망

- 2000년에 접어들면서 고령화사회(Aging Society, 노인인구율 7.2%)에 진입한 우리나라의 인구구조는 향후 급속한 고령화 추이를 보이면서, 2019년에 고령사회(Aged Society, 노인인구율 14.4%), 2026년에 초고령사회(Superaged society, 노인인구율 20.0%)가 될 것으로 전망
- 65세 이상 인구
  - 2000년 7.2%(Aging Society)
  - ⇒ 2019년 14.4%(Aged Society)
  - ⇒ 2026년 20.0%(Super-aged Society)
- 고령화사회에서 고령사회로의 전환기간을 기준으로 할 때 우리나라의 고령사회 진입속도가 19년으로 일본(24년), 미국(71년), 프랑스(115년) 등 선진산업국가들과 비교할 수 없을 정도로 빨라 향후 보건, 의료, 복지 등의 문제가 급속도로 가시화될 것임

<표 1> 총인구 및 인구구조 추이

구 분	2000	2010	2020	2030
총인구(천명)	47,008	49,594	50,650	50,296
0-14세(%) (A)	21.1	17.2	13.9	12.4
15-64세(%) (B)	71.7	72.1	71.0	64.6
65세 이상(%) (C)	7.2	10.7	15.1	23.1
평균수명(세)	75.9	78.8	80.7	81.5
노년부양비 (C/B*100)	10.0	14.9	21.3	35.8
노령화지수 (C/A*100)	34.1	62.2	108.6	186.3
성비(남자/여자*100)	101.4	101.1	100.4	99.2

자료: 통계청, 2001

○ 2003년 현재, 노인부양비(노인인구/생산연령인구)는 11.6%로 생산연령(1564세)인구 8.6명이 노인 1명을 부양하나, 2019년에는 19.8%로 증가, 약 5명이 노인 1명을 부양하는 수준이 될 것으로 전망됨

- 노년부양비

2003년 11.6% (생산연령인구 8.6명당 노인 1명)

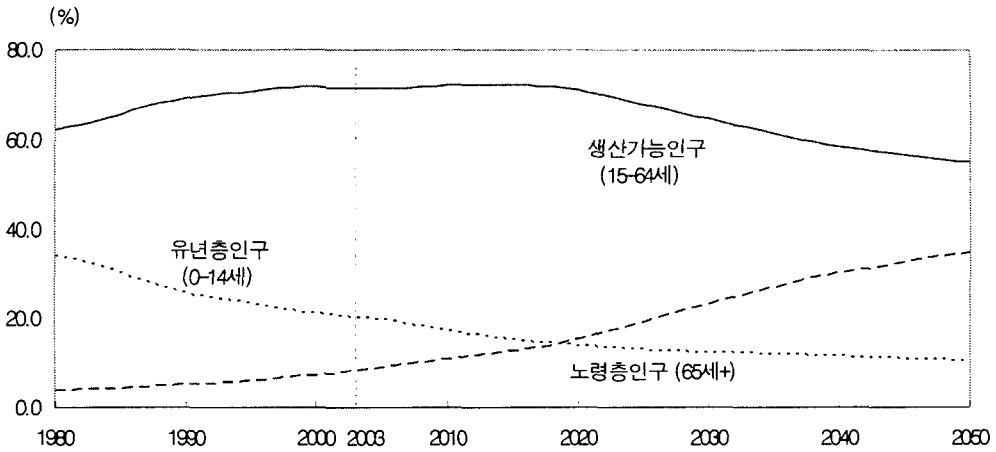
⇒ 2019년 19.8% (생산연령인구 5명당 노인 1명)

⇒ 2030년 35.7% (생산연령인구 2.8명당 노인 1명)

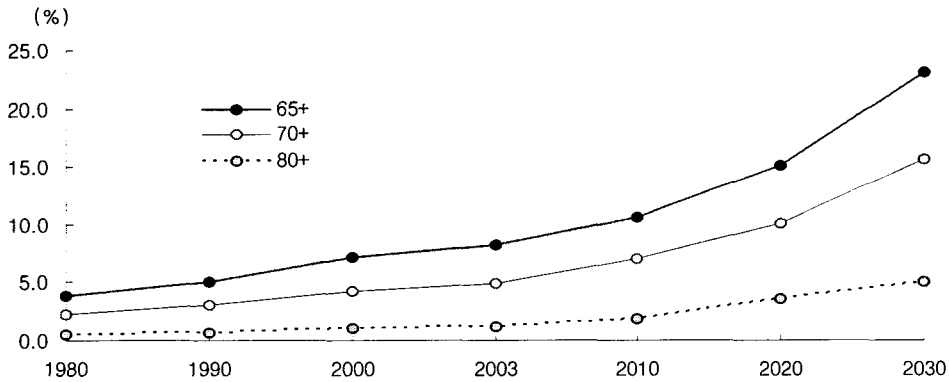
<표 2> 연령대별 고령인구 추이

구 분	2000	2003	2010	2020	2030
65세 이상 인구 (천명)	3,395	3,969	5,302	7,667	11,604
구성비 (%)	7.2	8.3	10.7	15.1	23.1
성비 (여자100명당)	62.0	65.0	69.7	75.2	78.3
70세 이상 인구 (천명)	2,014	2,371	3,514	5,100	7,892
구성비 (%)	4.3	4.9	7.1	10.1	15.7
성비 (여자100명당)	53.8	55.7	62.1	67.9	72.4
80세 이상 인구 (천명)	483	595	957	1,805	2,571
구성비 (%)	1.0	1.2	1.9	3.6	5.1
성비 (여자100명당)	39.1	40.7	42.1	49.5	53.6

자료: 통계청, 장래인구추계, 2001



<그림 1> 연령대별 인구 구성비 추이



<그림 2> 연령대별 고령인구 구성비 추이

#### 나. 노령화의 영향

- 인구구조의 노령화는 다양한 부문에서 파장을 야기할 것으로 전망됨(노령화파동, AGEQUAKE)(Wallace, 1999).
- 가정 및 개인생활 측면: 가족주기(family life cycle), 생애주기(life cycle)의 변화
  - 가족분화 현상의 심화, 노인부부만의 가족 증가
  - 자녀출산 및 양육기는 짧아지고, 자녀들을 결혼시킨 후 노인들만 남는 '빈둥지 시기(empty nest period)'가 길어짐

- \* 1920-25년 출생 남자: 자녀 6명을 32년간 양육하고 61.0세에 사망  
1940-45년 출생 남자: 자녀 3명을 22년간 양육하고 67.3세에 사망

○ 정치, 경제, 사회적 측면

- 사회적 부양부담의 증대, 생산성 저하
- 정치적 보수화, 연령차별(ageism), 세대갈등 문제 대두

○ 보건학적 측면: 질병구조 변화, 의료비 증가, 의료공급체계의 변화

- 노인은 일반적으로 만성질환 유병률이 매우 높고, 활동제한일이 많으며, 건강상태 가운데 운동부족, 검진결과 지표들 중 고혈압 유병률 등이 현저하게 높아서, 고령화가 진행됨에 따라 이에 대한 효과적이고 효율적인 정책적 대응이 요구됨
- 1995년2000년간 전체 건강보험에서의 진료비는 연평균 16% 증가한 반면, 노인 인구의 진료비는 24.8% 증가하여 노인의료비 부담이 가중

## 2. 노인인구의 특성

### 가. 사회경제적 지위

- 가구 특성: 노인세대 및 독거노인의 증가
  - 2000년 현재 노인인구의 28.7%가 1세대가구이고, 독거노인도 543천명으로 전체 노인의 16.2%를 차지함(통계청, 인구주택총조사, 2000)
- 교육수준: 2000년 인구주택총조사에 의하면, 노인의 약 44.3%가 무학이며, 중학교 이상의 교육을 받은 노인인구는 21.9%, 고등학교 이상의 교육을 받은 노인인구는 13.5% 등 연령이 증가할수록 교육수준은 더욱 낮아짐.
- 소득 및 경제활동: 2001년 말 현재 전체국민의 3.2%가 국민기초생활보장 수급자인 반면, 노인의 경우 10.4%로 빈곤층 비율이 높으며, 노인인구의 29%가 경제활동을 하고 있으나 대부분이 농축산업 등 일차산업에 종사하고 있으며, 사회적 지위와 소득이 높은 관리직이나 전문직 종사자는 극소수임. 현재 노인의 삶의 질은 무엇보다도 낮은 소득수준과 경제활동 기회의 제한으로 인하여 열악함.

나. 건강행태(표 4)

- 60세 이상 인구의 흡연율은 24.5%(남자 44.2%, 여자 11.3%)이며, 70세 이상 노인 인구의 경우 23.6%(남자 33.8%, 여자 18.0%)으로 그 중 92%는 매일 흡연자임.
- 60세 이상 인구의 음주율은 42.2%(남자 62.0%, 여자 29.0%)이며, 70세 이상의 경우 36.3%(남자 52.0%, 여자 27.6%)임. 알코올의존도(보통 이상)는 60-69세 남자 23.9%, 여자 16.1%이며, 70세 이상의 경우 남자 0.7%, 여자 7.8%임.
- 규칙적 운동실천율(1회 20분 이상 지속되는 운동을 주 3회 이상 실시)은 60-69세의 경우 25.8%(남자 31.8%, 여자 21.1%), 70세 이상의 경우 18.1%(남자 27.9%, 여자 12.6%)임
- 지난 2년간 건강검진 수검율은 60-69세 49.7%(남자 54.6%, 여자 46.0%), 70세 이상 36.6%(남자 52.0%, 여자 28.0%)으로 40대 54.9%, 50대 56.5%에 비해 낮은 수준이며 여성의 수검율이 남성에 비해 낮음. 반면 타 연령 군에 비해 건강검진의 유용성을 긍정적으로 평가함.
- 건강에 대한 관심(걱정)은 60대 95.6%, 70세 이상 94.6%로 매우 높은 반면, 특별한 건강관리방법(운동/걷기, 식사, 휴식/수면, 건강식품복용 등)이 없는 경우가 60-69세 48.3%, 70세 이상 54.6%로 높은 수준임. 즉 노인은 높은 수준의 건강관심도에 비하여 건강관리를 실천하지는 않는 경향을 가지고 있음.

<표 4> 우리나라 노인의 건강행태

단위: %

구 분	국민건강영양조사 (보건복지부, 2002)			장기요양욕구 실태조사(홍미령 등, 2004)(65세 이상 노인)			
	합	남자	여자	합	남자	여자	
흡연율	60-69세	24.5	44.2	1.3	18.6	36.6	8.2
	70세 이상	23.6	33.8	18.0			
음주율	60-69세	42.2	62.0	29.0	34.2	58.7	21.5
	70세 이상	36.3	52.0	27.6			
운동실천율	60-69세	25.8	31.8	21.1	36.6	42.8	32.8
	70세 이상	18.1	27.9	12.6			
건강검진율 (2년간)	60-69세	49.7	54.6	46.0	62.6	61.6	59.3
	70세 이상	36.6	52.0	28.0			

## 다. 건강수준

### 1) 주관적 건강상태

- 2001년 국민건강영양조사에 의하면 65세 이상 노인의 50.5%는 자신의 건강이 나쁘거나 매우 나쁘다고 인식하고 있으며(전국민의 경우 12.6%), 이는 1998년 43.2%보다 증가한 것임.
  - 자신의 건강이 매우 나쁘다고 인식하고 있는 노인의 비율은 65-69세 7.7%, 70-74세 9.3%, 75세 이상 14.3% 로 연령이 증가할수록 높음.
  - 성별로는 남자 33.9%, 여자 48.8%로 남자보다 여자가 자신의 건강상태가 나쁘다고 인식하고 있는 비율이 높음.

### 2) 질병이환

- 급만성질환 유병율(표 5)
  - 65세 이상 노인인구 중 70% 이상이 각종 만성질환을 앓고 있음. 만성질환 유병율은 연령이 증가할수록 급격히 증가함.
  - 급성질환 유병율은 연령이 증가할수록 감소함.
  - 성별로는 여성의 유병율이 남성보다 높음.
- 다빈도 질병(표 6)
  - 남녀 모두 고혈압, 관절염, 요통, 좌골통, 당뇨가 65세 이상 노인이 이환되는 주요 급만성질환임.
  - 연령별로는 고혈압, 당뇨의 경우 75세 이상 노인인구에서는 유병율이 감소하는 반면 사고·중독 및 그 후유증이 높은 순위를 차지함.
  - 여성의 경우 특히, 관절염, 요통 및 좌골통 등 만성적인 통증을 유발하는 질환의 유병율이 높음.

<표 5> 노인의 연령대별 2주간 유병자율 및 성별 유병율

(단위 : %)

연령	급만성 질병 유병율				남	여
	소계	만성	급성	급만성		
60-64세	75.54	66.09	1.74	7.71	67.23	82.53
65-69세	79.46	70.47	1.38	7.61	72.12	85.45
70-74세	84.64	75.71	1.06	7.87	76.98	89.20
75세 이상	81.56	74.14	1.07	6.35	81.29	81.69

자료 : 보건복지부. 2001 국민건강·영양조사



<표 6> 2주간 다빈도 질병 및 구성비

(단위 : %)

순 위	65-69세		70-74세		75세 이상	
	남	여	남	여	남	여
1	고혈압(13.8)	관절염(20.5)	고혈압(16.5)	관절염(19.1)	사고·중독 및 그 후유증(19.3)	관절염(18.4)
2	관절염(9.1)	고혈압(13.4)	관절염(11.3)	고혈압(12.5)	관절염(11.6)	고혈압(11.7)
3	당뇨(7.4)	요통, 좌골통(9.0)	요통, 좌골통(7.2)	요통, 좌골통(8.8)	고혈압(7.7)	요통, 좌골통(10.6)
4	요통, 좌골통(6.6)	급성상기도 감염(5.1)	당뇨(6.5)	당뇨(5.4)	뇌졸중(5.2)	사고·중독 및 그 후유증(7.2)
5	위염, 소화성 궤양(6.6)	당뇨(5.0)	위염, 소화성 궤양(4.5)	위염, 소화성 궤양(5.0)	요통, 좌골통(4.9)	당뇨(3.9)
계	43.4	53.0	45.9	50.8	48.7	51.9

자료 : 보건복지부, 2001 국민건강·영양조사

○ 유병자 활동제한 및 침상와병

- 유병자의 2주간 활동제한 일수는 남자의 경우 65-69세 1.84일, 70-74세 2.07일, 75세 이상 2.98일이며 여자의 경우 65-69세 1.41일, 70-74세 1.78일, 75세 이상 2.49일로 여자보다는 남자의 활동제한일수가 더 많음.
- 유병자의 침상와병일수는 남자의 경우 65-69세 0.40일, 70-74세 0.51일, 75세 이상 1.20일이며 여자의 경우 65-69세 0.37일, 70-74세 0.54일, 75세 이상 0.99일로 남녀 모두 75세 이후 침상와병일수가 급격히 증가하며 여자보다 남자가 더 급격하게 증가함.

3) 기능상태

- 노인인구 중 5.1%(남자 4.5%, 여자 5.5%)는 집안 및 바깥 활동을 모두 할 수 없는 상태이며 집안활동은 할 수 있으나 바깥 활동은 할 수 없는 경우는

2.5%(남자 1.8%, 여자 2.9%)임. 활동장애가 있는 노인의 수는 연령이 증가함에 따라 급격하게 증가함(표 7).

4) 주요 사망원인 및 사망율

- 60-69세 노인의 5대 사망원인은 남녀 모두 악성신생물, 뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 당뇨병이며 70세 이상의 경우 남자는 악성신생물, 뇌혈관질환, 만성하기도질환, 심장질환, 당뇨병이었으며, 여자의 경우 뇌혈관질환, 악성신생물, 심장질환, 당뇨병, 만성하기도질환이었음(표 8).
- 성별 인구 10만 명당 사망률은 동일한 사망원인일 때 남자가 여자보다 크게 높은 수준임. 특히 운수사고의 사망순위는 70세 이상에 비해 60-69세 노인인구에서 높으나 사망률은 70세 이상에서 더 높음.

<표 7> 연령별 거동불편정도

(단위 : 천명, %)

구 분	노인인구	집안활동 혼자 할 수 있음			집안·바깥활동 모두 혼자 할 수 없음
			바깥활동		
			혼자 할 수 있음	혼자 할 수 없음	
계	3,371	94.9	92.4	2.5	5.1
남 자	1,287	95.4	93.6	1.8	4.5
여 자	2,084	94.5	91.6	2.9	5.5
6569세	1,376	97.7	96.7	1.0	2.2
7079세	1,519	95.2	92.8	2.4	4.8
8089세	433	87.2	80.6	6.6	12.7
90세 이상	43	67.3	55.7	11.5	32.6

자료 : 통계청. 2000년도 인구주택총조사

<표 8> 연령별 10대 사망원인 및 인구 10만 명당 사망률(2001)

(단위 : 명)

순위	60-69세		70세 이상	
	남	여	남	여
1	악성신생물 837	악성신생물 292	악성신생물 1,860	뇌혈관질환 980
2	뇌혈관질환 319	뇌혈관질환 183	뇌혈관질환 1,239	악성신생물 719
3	심장질환 150	당뇨병 75	만성하기도질환 526	심장질환 415
4	간질환 131	심장질환 69	심장질환 472	당뇨병 283
5	당뇨병 127	간질환 29	당뇨병 316	만성하기도질환 258
6	운수사고 77	운수사고 27	고혈압성질환 165	고혈압성질환 190
7	만성하기도질환 65	고혈압성질환 20	간질환 158	폐렴 73
8	자살 50	만성하기도질환 18	폐렴 154	간질환 58
9	호흡기결핵 35	자살 15	호흡기결핵 126	운수사고 47
10	고혈압성질환 26	폐렴 6	운수사고 106	추락사고 43

자료 : 통계청. 2001년 사망원인 통계연보. 2002

○ 2001년 현재 출생시 기대여명과 건강기대여명의 차이는 남자가 8.3년, 여자가 9.7년으로 각각 전 생애의 11.4%, 12.1%를 차지함(표 9).

<표 9> 우리나라 인구의 건강기대여명(2001)

구 분	출생시 기대여명	건강기대여명	차이(전생애 대비 %)
남 자	72.8년	64.5년	8.3년 (11.4%)
여 자	80.0년	70.3년	9.7년 (12.1%)

자료: 박종한. 장기노인요양보호 대상 노인의 실태 파악 및 케어욕구조사 심포지움. 2004. 5. 20. 자료집

### 3. 정책적 시사

#### ○ 노인보건정책 수요의 급증

- 평균수명의 연장과 고령인구 증가에 따라 신체적 장애를 경험하는 노인이 지속적으로 증가하고 사회적인 비용 부담이 커지고 있음

#### ○ 노인인구집단의 특성에 대한 배려 필요성

- 인구구조 추이로부터 노인보건의료의 비중이 향후 크게 높아질 것임을 시사하며, 노인건강관리에 있어서 노인인구의 주거형태, 연령, 성, 지역별 특성을 고려하는 접근이 필요함
- 노인인구는 빈곤층의 비율이 높고 노인 단독세대 또는 노인단독가구의 비율이 높으며 교육수준이 낮아 사회경제적으로 매우 취약한 집단이라는 점을 감안하여야 할 것이고, 노인 중 특히 85세 이상의 후기 고령노인, 여성, 농촌지역 등의 특성을 고려한 프로그램 개발 및 접근 전략이 더욱 필요할 것임

#### ○ 포괄적 서비스체계의 구축 요구

- 노인이 이환되는 주요 질환 및 사망원인은 만성퇴행성질환이며 노인의 80% 이상이 한 가지 이상의 만성질환에 이환되어 있는데, 만성퇴행성질환은 의료적인 도움과 아울러 지속적인 자기관리를 통한 질병의 악화 및 합병증 예방이 요구되는 질환이므로 1차, 2차, 3차 예방이 모두 중시되는 포괄적인 서비스의 개발이 필요함.
- 특히 노인의 기능상태 저하는 건강수준의 악화를 촉진함으로 질병에 대한 접근과 아울러 노인의 기능수준을 유지·증진하기 위한 프로그램의 개발이 필요함
- 노인의 건강수준은 서비스 제공으로 인해 크게 향상되기 어렵기 때문에 지속적인 기능의 유지여부, 건강관련 삶의 질의 향상, 서비스 제공과정에 대한 모니터링을 통해 서비스의 질을 관리하는 방안을 마련하는 것이 필요

### III. 노인보건정책의 현황과 문제점

#### 1. 정책방향

##### ○ 국민의 정부 노인복지정책(1998)

- 노령화의 진행에 따른 복지정책의 일환으로 보건복지 전반에 대한 비전을 제시하는 가운데, 2010년을 목표로 하는 건강하고 활기찬 노후생활보장을 위한 정책방안들이 제시됨(한국보건사회연구원, 1999. 12.).
- 보건의료 부문에서는 의료보험 진료비 본인부담금 경감대상을 70세 이상에서 65세 이상으로 확대(2000년)하고, 장기요양보호 노인의 간병비 부담을 경감하기 위하여 별도의 노인장기요양제도 도입을 검토하였음.
- UN이 정한 '세계 노인의 해'(1999)를 맞아 생활안정기반의 조성, 건강한 노후생활 보장, 복지서비스 기반의 확충, 활기찬 노년문화의 형성을 기본방향으로 하는 '노인보건복지 중장기 발전계획'(19992003) 발표하였음.

##### ○ 국무조정실 노인보건복지대책위원회 노인복지종합대책(2002)

- '건강하고 활력 있는 노후생활 보장이라는 기본목표 하에
- 모든 세대가 함께 살아가는 「사회통합적인 사회」를 실현하고
- 다양한 복지수요에 대응하기 위한 복지체계를 구축하되 사회참여 및 근로의욕을 제고할 수 있는 「생산적 복지 이념」을 구현하며,
- 최저생계 보장 및 건강보호 등 기본적 욕구를 충족시킬 수 있는 「인간다운 사회」 실현을 추진방향으로 설정하였고,
- 노인보건·복지 대책은 노인문제인 빈곤, 질병, 역할상실 등에 따라 ① 노인소득보장 및 고용촉진 ② 노인건강보장 ③ 교육 및 문화·여가 기회확대 ④ 실버산업 활성화 ⑤ 노인보건복지 대책 추진체계 구축의 5개 분야로 나누어 대책을 수립하였는데, 현재 정부의 노인복지정책의 근간을 이루고 있음.
- 이 가운데 보건정책과 관련된 내용을 간추리면 다음의 <표 10>과 같음.

##### ○ 참여정부의 노인복지: 참여복지 5개년 계획(2004. 4.)

- 향후 5년간 인구의 급속한 고령화가 이루어 질 것이며 노인인구의 증가는 사회적으로 노인부양 부담의 증가를 의미하고, 가까운 장래에 반드시 닥쳐올 고령사

회에 대비하여 본격적으로 준비하는 기회로 활용되어야 한다는 전제하에, 노인 보건과 관련하여 건강한 노후생활보장을 위한 치매노인대책확충·건강검진내실화 등의 과제를 포함

- 참여복지 5개년 계획의 최종년도인 2008년은 노인인구율이 10%를 넘어서는 시기로 고령사회를 적극적으로 준비해야하는 시기임
- 정부 재정부담의 지속적인 확대를 통하여 인구의 고령화로 인한 노인성질환자 및 만성질환자의 증가, 의료급여 수급권자의 확대 등은 의료급여 진료비를 지속적으로 증가시킬 것임.

<표 10> 최근 노인보건정책 방향의 주요 내용

분야	정책 과제	주요 내용
노인건강 보장	장기요양 및 재가복지서비스 확충	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장기요양보호서비스 확대</li> <li>- 재가복지서비스 확충                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· 재가복지 인프라 확충</li> <li>· 정부, 가정, 지역사회, 민간부문간 연계체계 구축</li> </ul> </li> <li>- 노인의료서비스 전문인력 확충                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· 노인의학전문의/ 노인전문간호사 신설</li> <li>· 장기요양서비스 제공을 위한 간병전문인력의 제도화</li> <li>· 일상생활동작 훈련을 위한 재활전문인력 확대</li> </ul> </li> </ul>
	건강검진의 확대 및 통합검진체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강검진 대상자 및 서비스 확대</li> <li>- 건강검진 서비스 관리체계 구축</li> </ul>
	치매관리 및 지역의료협력체계구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 치매관리 및 지역의료 협력체계 구축                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· 시도별 치매전문병원 및 전문요양시설 건립 지원</li> <li>· 저소득층 노인 등에게 정기적인 무료 치매검진 실시</li> <li>· 보건소 치매상담신고센터를 노인보건센터로 전환.운영</li> <li>· 질병의심노인에 대해 보건소에서 건강 및 영양교육 실시</li> </ul> </li> </ul>
	장기요양비용의 부담 경감(중장기)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장기요양비용의 부담 경감방안 검토                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· 노인의료복지시설 요양비용 경감방안 검토</li> </ul> </li> </ul>
	노인장기요양의 사회적 공동분담방안 도입(중장기)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 노인요양보험제도 도입 검토</li> </ul>
실버산업 활성화	보건의료서비스 확충	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 민간 노인전문병원 설립 지원 및 서비스 확대</li> <li>- 민간노인재가복지서비스의 실비.유료화 도입</li> </ul>

분야	정책 과제	주요 내용
노인보건 복지정책 추진체계 구축	노인보건복지행정체계 개선	-고령사회에 대비한 행정조직 기능강화 및 연계체계 구축 -중앙과 지자체 간 연계체계 강화 -지역단위 보건복지 조직간 협력 및 연계체계화
	노인보건복지 관련 통계인프라 구축	-고령화대책 기본법 제정  - 노인보건복지 관련 통계 인프라 구축 · 인구센서스에 노인실태 관련 항목 확충 · 부처간 통계자료 공동활용 체계 구축 · 통계자료에 대한 성별분리 통계 구축 · 노인보건복지 관련 통계 및 선진제도 분석체계 구축

자료: 국무조정실 노인보건복지종합대책(2002. 7.)에서 발췌

○ 참여정부의 노인보건정책에는

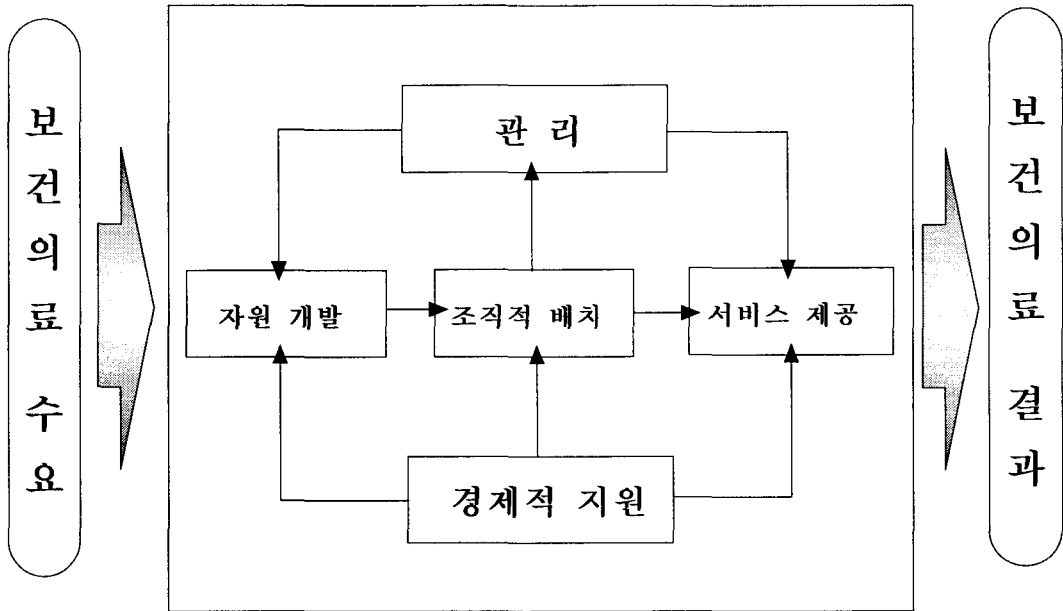
- 공적노인요양보장제도 모형개발 및 시범사업실시
- 시설서비스 제공을 위한 장기요양시설의 확충
- 재가요양서비스 제공을 위한 재가시설의 확충
- 장기요양서비스 제공을 위한 전문인력의 양성 및 배출
- 지역사회 종합 치매관리체계 구축
- 노인의 특성에 부합된 건강증진사업의 개발보급 등의 과제를 담고 있어서 장기요양보장체계의 구축 위주로 제시되고 있음.

○ 그런데 기존의 노인보건복지에 관한 대부분의 논의들은 시대적인 변화, 세대변화에 따른 전체 인구구조 변화 속에서 노인인구가 갖고 있는 특성 변화를 적절하게 파악하지 않고 노인을 단순히 빈곤하고 건강상태가 열악한 사회적 약자층으로 규정하고 대응하여 왔음 또한, 노년기의 삶의 구조에 대한 구체적인 분석이 부족해 보건과 복지가 분리된 정책들이 개발되는 경향이 있어 노인보건복지서비스 이용의 흐름이 원활하지 못했음.

## 2. 노인보건체계의 현황 및 문제점

○ 노인보건정책의 현황과 문제점에 대한 보다 체계적인 이해를 위해 Roemer의 국가보건체계 모형을 활용하고자 함.

- 보건의료수요는 국가보건의체계 구성요인들의 작동에 의해 일정한 결과로 산출되는데, 체계 구성요인은 자원 개발, 조직적 배치, 서비스 제공, 경제적 지원, 관리 체계로 나누어 볼 수 있음(그림 3).



<그림 3> Roemer의 국가보건의체계 모형

#### 가. 보건자원 개발

- 노인질환 치료 및 노인보건서비스의 내실화를 위해 노인의학 전문의제도, 전문간병인력 등 확충을 위해 전문간병인 자격제도 도입 등 노인요양 전문인력의 제도화 등이 필요함.
  - 노인의 건강관리를 담당할 전문 인력의 개발 및 교육훈련이 미흡한 실정으로 적절한 서비스의 양적, 질적 수준을 확보하기 어려운 상태임.
  - 가정 봉사원, 간병인 등 간병서비스 제공인력에 대한 전문교육이 미흡하여 전문적인 간병서비스를 제공하는데 한계가 있음.
- 노인복지법상의 노인시설은 노인복지주거시설과 노인복지의료시설로 나뉘어지는데(표 11), 기능상태가 떨어져 요양이 필요한 경우 노인복지의료시설을 이용할 수 있음.
  - 노인복지의료시설의 각 유형들을 살펴보면 요양시설, 전문요양시설, 치매요양병원, 노인전문요양병원 등이 있고, 끝으로 급성기 의료서비스가 있음.



<표 11> 노인보건시설의 유형

대상 노인 기준		설립 목적	지불 체계
노인요양시설	무료 생활보호대상	노인성 질환으로 인한 요양 중심	무료(일당정액제)
	실비1) 저소득		실비(일당정액제)
	유료 일반소득		보증금+월일정액
노인전문 요양시설	무료/생활보호대상 실비 저소득	치매, 중풍 등 중증 노인 성질환 요양 중심	무료/실비(일당정액제)
	유료 일반소득		유료(일당정액제)
치매요양병원	치매	치매 노인의 치료 및 요양	의료법상 요양기관
노인전문요양병원2)	모든 노인 환자	노인성질환 치료 및 요양	의료법상 요양기관

1) 도시 근로자 1인당 월평균소득 미만에 해당하는 노인임

2) 노인복지법에 의해 노인병원으로 허가받은 시설에 한함. 이 외에 유사 기능 시설로는 급성단기병원의 노인병원센터형태가 있음

○ 2002년 12월 말 현재 장기요양시설(양로시설, 요양시설, 전문요양시설)의 입소 인원은 22,477명(전체 노인인구의 0.6%)로 입소가 필요한 인원을 전체 노인의 2%로 추산할 때 매우 부족한 실정임.

- 장기요양시설은 요양시설, 전문요양시설 등이 운영되고 있으나 시설보호 필요 노인에게 서비스를 제공하는데 한계가 있음.

- 재가복지시설은 가정 봉사원 파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설 등 총 322개 시설이 있으나, 재가복지서비스를 필요로 하는 장애인에 비하여 서비스 제공시설은 부족함.

\* 시설보호가 필요한 장애노인은 2002년 74,364명, 재가 및 지역사회 보호가 필요한 노인은 713,928명이 있는 것으로 추정

#### 나. 자원의 조직적 배치

○ 현재 노인정책 관련 행정은 보건복지부 사회복지정책실 인구가정심의관 산하에 노인복지정책과, 노인요양보장과, 노인지원과를 두어 주관하고 있으며,

- 노인보건 업무는 과거의 노인보건과를 노인요양보장과로 개편하면서 장기요양보장제도 도입을 위한 체제로 재편되었고, 노인의료복지시설 지원·육성, 노인의료비 절감대책 수립·조정 등을 담당하고 있음.

- 노인에 대한 건강보장제도는 의료급여와 건강보험으로 구분되어 있음.
  - 의료급여는 그 수급자의 90% 이상이 국민기초생활보장수급자이므로 노인인구 중 의료급여 수급자의 비율은 노인인구의 사회경제적 수준을 간접적으로 대표할 수 있음.
  - 2001년 말 현재 우리나라 전체 노인 약 10명 중 1명(10.4%)은 의료급여 수급자인데, 이는 1992년 20.1%에 비하면 절반으로 감소한 규모임. 노인인구 중 의료급여 수급자의 비율은 연령이 증가할수록 증가하여 고연령 노인일수록 빈곤노인의 비율이 더 증가함을 간접적으로 시사함(표 12).
  - 우리나라 실제 빈곤층의 규모를 국민기초생활보장 수급자의 2-3배로 추산할 때, 빈곤노인의 비율은 노인인구 10명 중 2-3명꼴에 해당하며 일반적으로 빈곤노인이 건강문제에 상대적으로 더욱 취약함.

<표 43> 노인인구 중 의료급여 수급자 비율

(단위 : %, 명)

구 분	1992			1995			1998			2001		
	계	남	여	계	남	여	계	남	여	계	남	여
65-69세	16.6	13.5	18.8	8.2	6.4	9.4	7.7	5.5	9.3	7.8	5.5	9.6
70-74세	20.0	15.9	22.7	10.2	7.8	11.8	9.8	7.0	11.5	11.2	8.4	12.8
75세 이상	24.6	20.3	26.5	11.9	9.3	13.2	10.4	7.6	11.7	12.8	9.2	14.5
계	20.1	16.0	22.6	10.0	7.6	11.4	9.2	6.5	10.8	10.4	7.3	12.2
의료급여 수급자	2,167,555			1,413,141			1,322,696			1,502,986		

자료 : 국민건강보험공단. 의료급여통계연보, 각 연도

#### 다. 보건서비스 제공

- 현재 노인들을 대상으로 하는 서비스의 흐름을 살펴보면, 지역사회 노인들을 대상으로 하는 다양한 보건복지서비스들로 방문보건서비스, 주간보호서비스, 그리고 단기입소서비스 등이 있음.
- 급성기 질환의 진단 및 치료 중심의 분절된 보건의료 제공체계는 의료서비스의 파다이용을 조장하고 있음. 장기요양서비스를 요하는 노인환자들 중 다수가 상대적으로 고가인 급성기 질환 시설을 이용함으로써 보건의료비용의 상승을 유발하고 있음.

- 노인의 건강문제는 대부분 기능 및 생활상의 장애를 초래함으로써 복지서비스를 필요로 하나 현재의 노인보건복지 관련 재정이 이원화되어 관리되고 있으며 노인을 대상으로 하는 서비스도 분리 운영되고 있음. 이에 따라 필요한 서비스를 적절하게 제공하지 못하거나 중복 또는 과소 제공됨으로써 서비스의 효과성과 효율성을 저해하고 있음.
- 1983년부터 시행되고 있는 노인무료건강검진 제도는 노인의 특성을 고려한 건강문제(예, 치아상실, 우울증, 근골격계 질환 등)와 위험요인을 고려하지 않고 시행되고 있어 그 효과성에 논란이 있으며, 건강검진 수검율도 낮음. 또한 건강검진 결과를 통한 건강관리 상담이 적절히 이루어지지 않고 있으며, 대부분의 경우 결과 통보(유소견 항목 통보 및 2차 검진 필요성)에만 그치고 있음.
- 1997년도부터 보건소에 치매상담센터를 설치하여 치매상담서비스를 제공하고 있으나, 치매질환 조기발견에서부터 상담신고 및 치료서비스 등 종합적인 관리 기능을 수행하는데 한계가 있고, 노인에 대한 정기적인 치매검진이 이루어지지 않아 치매예방관리, 조기치료 등 효과적인 치매 관리 시스템이 미비함.
- 각종 보건 및 복지기관, 민간기관에서 시행하고 있는 집단보건교육은 그 효과가 충분히 검증되지 않은 상태에서 시행되고 있으며, 건강증진이라는 명목 하에 효과가 불분명한 각종 서비스가 시행되고 있어 체계적인 노인건강관리 프로그램이 미흡한 상태임(김용익, 2000).
- 노인들을 위한 보건의료서비스 공급이 부족한 점과 더불어 가장 주요한 사안으로 생각되는 것은 적절한 전달체계가 갖추어지지 않아서 노인인구가 필요로 하는 다양한 서비스가 원만하게 제공되지 못한다는 점임.
  - 기능상태 수준에 따라 노인들이 필요로 하는 서비스를 제공하기 위해서 유관 기관들 사이에 노인들의 후송체계가 갖추어져야 함.
  - 각 전달체계 단계별로 파악되는 현안들은 <표 13>과 같음

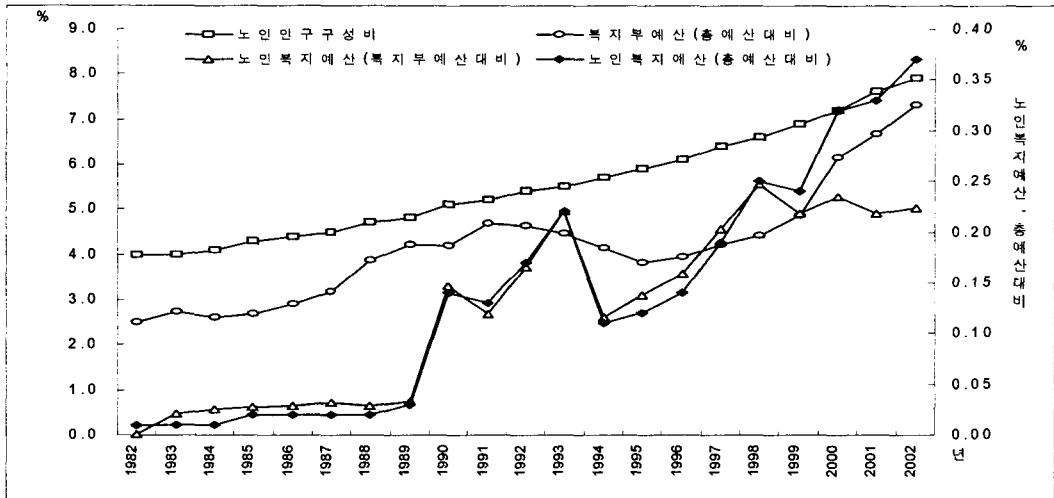
<표 13> 서비스 전달 체계상의 주요 현안

구 분	지역사회서비스	노인복지의료시설	의료시설
서비스종류	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 방문서비스</li> <li>• day care center</li> <li>• 단기입소서비스</li> <li>• 복지관/경로당 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 노인요양시설(요양원)</li> <li>• 노인전문요양시설 (치매센터/치매병원)</li> <li>• 노인전문요양병원(노인병원)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 급성기병원</li> </ul>
서비스역할	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역사회 내 일상생활에 필요한 편의 제공</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 회복기서비스(post acute 기능)</li> <li>• 유지기 서비스(nursing 기능)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 급성기 치료 중심 서비스</li> </ul>
운영	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회복지법인</li> <li>• 공공기관</li> <li>• 자선기관</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 민간</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 민간</li> </ul>
문제점 I 이용자관점	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 빈익빈 부익부</li> <li>• 서비스 취약</li> <li>• 보건복지연계의 취약으로 포괄적인 서비스 제공받지 못함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 간병비 및 부대 비용 등 과중한 환자부담</li> <li>• 서비스 질</li> <li>• 무료&gt;실비 환자고르기</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 만성환자들의 부적절한 의료집약적 자원이용</li> </ul>
문제점 II 공급자관점	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 서비스 중복</li> <li>• 재원의 한계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 수익성 확보 곤란(3개월입원 삭감)</li> <li>• 안정적 환자 확보 어려움(높은 본인부담)</li> <li>• 전문인력 확보 어려움</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 만성질환 노인들의 병상점유율이 높음 (7-15일 퇴원이 바람직)</li> <li>• 유희병상률 높음</li> </ul>
문제점 III 정책적관점	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 서비스 낭비</li> <li>• 서비스 양 부족</li> <li>• 서비스 질 관리</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장기요양수가</li> <li>• 서비스 질관리</li> <li>• 전문인력수급</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료자원이용증가의 주요 요인으로 작용</li> <li>• 의료자원 낭비</li> </ul>
주요 정책사항	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건복지서비스 연계성 확보</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 간병비 포함된 장기요양수가체계 확보</li> <li>• 무료&gt;실비 차액 지원</li> <li>• 실비환자 후송 어려움</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장기요양병상 확보로 환자 이동 유도 체계 필요</li> <li>• 유희병상 장기요양병상으로 전환유도</li> </ul>
일차의료인 관점	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 낮병원, 치매낮병원 등 운영 형태 다양화</li> <li>• 복지시설 등과의 연계 형성</li> <li>• 찾아가는 서비스</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 노인의 사정도구 개발</li> <li>• 지역사회노인보건서비스와의 연계망 확보</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 노인복지의료시설과의 연계망 확보</li> <li>• 병상 전환</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다양한 서비스 형태 제공에 대한 관심</li> <li>• 수요 발생 가능한 서비스와의 연계체계 구축</li> <li>• 개인 환자진료실 밖의 환자 진료에 대한 관심</li> <li>• 질병 중심이 아닌 기능상태 중심의 환자 평가</li> </ul>		

자료: 이지전, 2002.

## 라. 경제적 지원

- 노인보건을 위한 경제적 지원은 정부예산으로 집행되는 조세와 건강보험이 주축을 이루고 있음.
- 지난 20여년간의 노인보건복지 예산 추이는 <그림 4>, <표 14>와 같음
  - 보건복지부 예산 중 노인복지 예산이 차지하는 비중은 1990, 1993년에 급증하였으나, 그 이후로 다시 축소되었다가 2000년대에 들어서 증가하고 있음



자료: 보건복지부 자료를 이용하여 재구성한 것임.

<그림 4> 연도별 노인보건복지 예산 현황

<표 14> 연도별 노인보건복지 예산현황

구 분	정부 총예산(A)	복지부예산(B)		노인복지예산(C)		
		금액(백만원)	B/A(%)	금액(백만원)	C/B(%)	C/A(%)
2003	111,483,098	8,351,072	7.49	407,767	4.88	0.37
2002	105,876,671	7,749,477	7.32	389,763	5.03	0.37
2001	94,124,600	6,272,738	6.66	308,897	4.92	0.33
2000	86,474,007	5,310,021	6.14	280,867	5.29	0.32
1995	51,881,113	1,983,896	3.82	61,807	3.11	0.12
1990	27,455,733	1,151,823	4.19	37,861	3.29	0.14
1985	12,532,362	336,498	2.69	2,068	0.61	0.02

자료: 보건복지부

- 노인보건정책과 직접 관련되어 있는 보건복지부 노인보건과에 배정된 예산은 2003년의 경우 정부 일반회계 예산의 0.14%, 보건복지부 예산의 1.88% 수준(약 1570억원)이며 이중 일부는 복지에 가까운 성격임.
- 건강보험에서 차지하는 노인의료비는 1995년에 7,281억원으로 전체 의료비의 12.2%였던 것이, 매년 30% 가까운 증가세를 보여 2003년에는 전체 의료비의 21.3%를 차지하는 4조3,723억원에 이르고 있음(국민건강보험공단).

#### 마. 관리

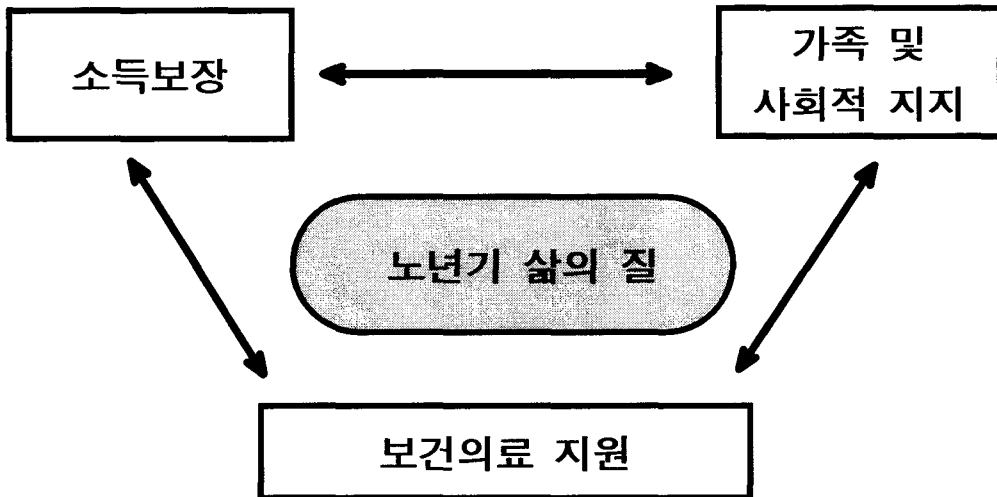
- 기존의 노인 관련 법체계
  - 노인복지법(총 61개조): 노인의 질환을 사전예방 또는 조기발견하고 질환상태에 따른 적절한 치료와 요양으로 심신의 건강을 유지하고, 노후의 생활안정을 위하여 필요한 조치를 강구함으로써 노인의 보건복지증진에 기여함을 목적으로 하며, 노인 관련문제에 관한 기본법의 역할을 함.
  - 이외에 장애인·노인·임산부등의편의증진보장에관한법률, 고령자고용촉진법, 기타 국민연금법, 고용보험법 등에 고령자에 관련된 일부 조항들이 있음.
- 현재 우리나라 노인보건정책을 전반적으로 살펴보면 우선 하나의 노인보건체계로서의 체계성과 부문간 유기적인 연계성 부족한 것으로 보임.
  - 노인인구집단은 단지 성인의 연장선상에 놓여 있는 집단이 아니라 고유의 특성을 가지고 있는 인구집단이며 모자보건과 마찬가지로 우선순위가 높은 집단으로 인식하고 집단의 특성을 고려한 접근이 필요함.
  - 국가수준의 노인보건문제에 대한 체계적인 접근전략이 마련되어 있지 않음. 이는 국민건강영양조사 및 한국보건사회연구원에서 수행한 '2010년 국민건강증진 목표설정과 전략 개발'에서 노인인구 집단에 대한 별도의 분석과 건강증진전략 없이 연령을 하나의 위험요인으로 다루고 있는 점에서도 확인할 수 있음.

## IV. 노인보건정책의 발전방향 및 과제

### 1. 노인보건정책의 다원화

#### 가. 경제-사회-보건 부문의 연계

- 사회환경의 변화에 따라 노인부양기능이 급속도로 약화되고 있는 가운데, 노령화를 중심으로 하는 인구구조의 변화는 노년기의 삶의 질에 지대한 영향을 미칠 것이므로
  - 노인문제의 주축을 이루는 요인들은 크게 낮은 소득, 높은 유병률과 의료접근성의 제한, 사회 및 가족의 부양 등을 비롯한 가족 및 사회적 지지의 저하로 집약되고,
  - 노인의 삶의 질 결정요인에는 경제와 사회, 보건의료의 세 축에서의 복합적인 정책수요가 급증할 것임(그림 6).



<그림 6> 노년기의 삶의 질 결정요인

- 고령화 사회로의 진입과 더불어 사회적으로 노인에 대한 새로운 가치관의 정립이 필요함. 노인보건복지 향상을 위한 정책적 추진 전략들과 더불어 82년 제정된 노인헌장의 개정이 필요하며, 이를 대외적으로 선언함으로써 노인에 대한 인식 향상과 노인정책의 필요성에 대한 사회적 합의를 도출함이 바람직함.

- \* 주거 - 건강증진 - 급성기 대책 - 만성질환 대책 - 요양대책 등 노년기 삶의 질 전반에 대한 스펙트럼상의 접근이 필요

## 나. 요양보장제도의 확립

- 현행 노인보건의료서비스 공급체계는 급성질환 중심의 사후적 치료중심으로, 노인의 질병특성이 감안된 노인보건의료서비스 공급체계가 구축되어 있지 못하며, 의료보험급여 범위가 제한되어 있고 본인일부부담금이 과도함.
- 신체·정서적 취약노인계층에 대하여 정부차원에서 적절하게 개입, 관리하여야 할 책임이 있으므로, 치매·와상 등 중증노인에 대하여는 필요한 시설을 확충하고, 전문인력을 확보할 수 있는 제도적 기틀을 마련해야 함.
  - 요양서비스 필요 노인수 및 현재 시설수 등을 고려하여 단계적으로 장기요양보호시설을 확충해 나가야 할 것임. 현재 320개소에 18,435명이 이용할 수 있는 시설이 있는데, 보건사회연구원 추정 결과 2011년까지 1,600개소 104,000명의 요양수요에 대비하여야 하고, 필요에 따라서는 현행 양로시설에 보건의료서비스 기능을 보강하여야 함.
  - 현재 요양병상에 대한 수가가 의료수가로 일원화되어 있어서 실질적인 병상 활용이 되지 못하고 있으므로, 장기요양수가를 별도로 개발하여 향후의 장기요양보호 제도가 도입될 때까지 시범적으로 운영함으로써 노인요양서비스 이용 접근도 개선이 필요함.
- 장기요양비용의 부담경감 방안의 하나로서 노인의 노화에 따른 장애발생, 노인전문병원, 노인요양서비스에 대하여 장기요양보험체계와 같은 별도의 수가체계를 개발하고, 장기요양보험의 도입을 추진하되 노인의료복지시설 요양비용을 실제 경제적으로 어려운 저소득층에 대해 소득공제하는 등의 경감방안을 검토하여야 할 것임.
  - 노인장기요양을 위한 비용을 사회화함으로써 국민보건의료 향상 및 장기요양을 요하는 노인을 부양하는 가정의 경제적 부담 완화를 위해 노인요양보험제도 등 공적 노인요양 보호체계를 구축할 필요가 있음.



## 2. 서비스공급 확충

### 가. 자원 확충 및 기능 조정

#### 1) 전문인력 개발

- 노인인구의 규모와 특성을 고려하여 노인건강문제를 다루는 전문 인력의 양성 및 교육이 필요함. 현재의 의과대학 교육과정에는 노인의 건강문제를 다루는 내용이 별도로 마련되어 있지 못하며, 노인의 공식적·비공식적 보호자에 대한 체계적인 교육프로그램이 제공되고 있지 못함.
- 이로 인해 노인건강관리 서비스를 제공하는 인력의 양적·질적 수준이 미흡한 상태이므로, 노인보건 전문인력 확충을 위하여 노인의료전문의와 간병전문인력을 양성하여야 함. 전문간병인력 확충을 위해서는 전문간병인 자격제도 도입 등 노인요양 전문인력을 제도화하고, 전문적 간병서비스 제공을 위해 가정봉사원, 간병인, 간호조무사에 대한 전문교육 및 양성과정을 운영할 필요가 있음.
- 서비스 공급자(의료기관, 보건기관, 복지기관)들을 위한 노인건강관리 교육훈련 프로그램을 개발·시행하여 전문 인력을 양성함으로써 노인들의 건강문제에 대한 서비스의 양적·질적 수준을 향상시키는 것을 고려할 수 있음.
- 또한 현재 건강보험공단의 사례관리 대상자 중 대부분을 차지하는 노인에게 서비스를 제공하고 있는 사례관리 인력(건강관리사 및 사례관리 담당자)을 위한 교육프로그램의 개발과 시행이 필요함.

#### 2) 노인보건시설 확충

- 우리나라의 현재 노인보건시설은 필요수준에 비해서는 크게 열악한 상황임을 고려하여 보건 부문의 공공투자 우선순위를 노인시설에 두어야 할 것임.
- 현재와 같은 민간 위주의 국가보건의체계 하에서 보건의료서비스 확충을 위한 민간 노인전문병원 설립지원 및 서비스 확대 정책의 일환으로 노인전문병원 등 민간 노인복지시설에 대해 융자 지원, 대학병원이나 종합병원에서 노인병동을 설치할 수 있도록 설립자금을 융자 지원을 확대하는 방안이 시설 확충의 방법이 될 수 있으나 공공시설 확충에 우선 투자하는 것이 공공의료 확충을 위한 정책방향이라고 할 수 있음.

- 특히 치매관리 및 지역의료 협력체계 구축방안의 하나로 각 시·도별 치매전문요양병원 및 전문요양시설 건립을 지원하고, 중소도시 소재에 경영난을 겪고 있는 중소병원 중 치매·중풍 전문요양병원으로 전환시 소요비용 지원이 필요함.
  - 수술 등 급성 치료 이후의 재활이나 회복, 요양 및 말기 환자를 담당하는 호스피스 개념의 병원 등이 설립될 수 있도록 제도적 개선이 이루어져야 하며, 재활 및 요양치료에 들어가는 비용을 의료수가에서 반영해야 노인전문병원 설립이 활성화될 것임.
  - 또한 병원·복지시설·노인환자 주거가정 등이 하나의 연계망으로 구축돼 노인의 신체적 상태에 따라 한정된 의료자원을 효과적으로 활용하는 시스템을 도입해야 함. 또 절대적으로 부족한 요양시설의 확대를 위해서는 기존의 양로시설을 증·개축해 요양기능을 갖도록 하고, 의료복지시설 내에 주간 또는 단기보호시설이 설립돼 한국적 가족 부양의 특성과 노인요양이 복합적으로 이뤄지도록 정책적인 배려가 있어야 할 것임.
- 기존 노인요양시설에는 일반서민층이 적은 비용을 부담하고 이용할 수 있는 실비시설이 절대적으로 부족한 실정임.
  - 현재 65세 이상 노인인구에서 대표적 질환인 치매의 유병률은 8.7%, 치매 환자는 31만여명으로 추정되는 가운데, 가족 내 수발자가 없는 독거(獨居) 노인이 8만여명에 이르고 있음. 특히 신체적·정신적으로 허약한 후기(後期) 고령자가 급증하고 있으므로 노인전문병원과 요양보호기관의 확충과 노인의료서비스를 위한 재정(財政)과 전문요원의 확보가 시급함.
- 빈곤노인들이 이용할 수 있는 무료 또는 실비 노인보건의료시설이 절대적으로 부족하므로 이에 대한 확충이 요구됨.
  - 빈곤노인의 경우 병원이나 요양원의 이용에 대한 가족부담감이 특히 크므로 공공보건기관들이 이들을 위한 시설을 확충하거나 농촌지역의 병원들에 대한 요양병원화 사업에 대한 지원시 일부 병상을 빈곤노인을 위한 무료 또는 실비 요양시설로 활용하도록 유도할 필요가 있음.

### 3) 공공보건기관의 노인일차진료 중심 재편

- 의료서비스에 있어서 노인의 접근성을 제고하기 위해서는 무엇보다도 공공 보건의료서비스의 확충이 요구됨. 공공보건의료체계를 이용한 방문보건 등의 지역사회 서비스, 장기요양 서비스 등의 제공과 함께 응급의료체계의 적절한 운영을 통하여 노인의 보건의료서비스에의 접근성을 개선해야 함.
- 공공보건기관인 보건소, 보건지소 등은 현재 저소득층과 노인들의 주된 일차보건의료서비스 기관으로 이용되고 있는 실정임.
  - 보건소를 중심으로 노인보건사업은 점차 확장되어야 할 부분으로 인식되고 있으며, 이를 위한 예산확보는 물론 다른 사업과의 중복을 피하기 위한 체계적인 사업계획이 필요함.
  - 많은 보건소들이 해당 지역 노인에 대해서 진료, 검진, 예방접종 등을 무료로 시행하는 노인보건사업을 적극적으로 시행하는 추세임.
- 그간 공공에서 담당하여 왔던 역할들인 방역과 질병예방, 지역사회보건사업 등에 대한 보건소의 기능이 점차 약화되고 있으나 그 기능을 대체하기 위한 새로운 공공보건기관의 역할 설정이 미흡함.
  - 노령화 시대의 보건소 기능과 역할의 재정립과 함께 노인보건에 기여하기 위하여 보건소에 대하여 노인진료와 보건서비스 기능을 강화하기 위한 국가와 자치단체의 지원이 필요함.
  - 일례로 기초생활보장 수급노인 및 저소득계층 노인을 대상으로 정기적인 건강검진의 시행이 필요함.
  - 무료치매 검진을 실시(건강검진 항목에 포함 등)하고, 현행 보건소의 치매 상담신고센터기능을 보강하여 각 지역별 특수성을 고려하여 노인보건센터로 전환하여 운영하는 방안도 검토할 수 있음.
  - 국민기초생활보장제도 수급대상 노인에 대한 무료검진 대상인원(현행 3만명)을 단계적으로 확대하고 보건소에서 이 업무를 담당토록 하는 것이 바람직함.
- 빈곤노인들을 위한 방문보건 기반의 구축을 위하여 지속적으로 재가복지시설을 확대하여 나가야 함. 현재 322개소의 재가시설이 있지만, 보건사회연구

원 추정 결과 2011년까지 26,800개 소요 예상됨.

- 현 노인층의 상당수가 방문보건서비스를 이용욕구가 많다는 점에 비추어 볼 때 방문보건서비스 수요에 대응하기 위한 공급의 확대가 시급히 요구됨.
- 시설의 확충뿐 아니라 기존의 보건소를 중심으로 하는 노인보건사업과 효율적인 연계와 지역사회 방문보건서비스의 강화가 요구됨.

## 나. 노인보건프로그램의 체계화

### 1) 노인건강관리 접근의 원칙 설정

- 노인인구 집단의 건강문제와 정책 및 서비스의 효과를 모니터링할 수 있는 관리목표의 설정이 필요함. 건강보험 가입자 및 피부양자는 전체 의료보장 인구의 약 97%를 차지하고 있음.
  - 건강문제와 관련하여 만성질환, 장애, 조기사망에 관한 목표를 설정하고 이에 대한 정기적인 모니터링과 관련 연구가 필요함. 현재 건강보험공단의 건강보험 및 의료급여 급여청구 자료와 자격자료 및 건강검진자료를 활용하여 노인들의 주요 상병 및 의료이용 양상을 모니터링할 수 있는 지표를 산출하는 것이 가능하며, 통계청 사망 자료와 연계할 경우 조기사망에 대한 지표의 산출도 가능함.
  - 노인인구 집단의 관리 목표는 노인인구 집단의 특성을 고려하여 사회경제적 수준 및 성, 연령별로 설정하는 것이 필요함. 또한 시군구별 지표산출을 지원함으로써 자치단체 수준의 정책목표 설정을 지원하는 체계를 구축하는 것이 필요함.
  - 아울러 노인의 건강수준에 영향을 미치는 환경적인 요인에 대한 지표의 산출과 모니터링을 포함한 노인들의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 요인에 대한 모니터링과 정책 반영이 필요하며 정책 및 서비스 평가로도 활용할 수 있음.
- 노인의 건강문제에 대한 접근은 대부분의 의료기관이 민간 의료기관인 점을 고려할 때 단기간에 공급자의 변화를 유도하기 어려우므로 노인들이 스스로 건강문제를 관리할 수 있는 능력을 최대한 향상시키는데 초점을 두어야 할 것임.
  - 대부분의 노인들이 자신의 건강문제를 제대로 인식하고 있지 못할 뿐만 아니라 이에 대한 대처능력이 부족함. 노인들의 가장 큰 관심사 중 하나가

건강문제임에 비해 이에 대한 적절한 지식을 얻을 수 있는 기회는 대부분 제한적인 실정임.

- 노인들이 이미 가지고 있는 건강문제를 효과적·효율적으로 대처할 수 있는 능력 향상과 아울러 미래에 발생할 가능성이 높은 건강문제에 대한 대처능력을 향상시켜야 할 것이며, 보건의료 서비스 제공자 또한 노인의 건강문제 특성을 이해하고 노인들의 건강욕구를 적절하게 충족시킬 수 있는 능력을 갖추는 것이 필요함.

## 2) 노인건강진단 및 건강상담 프로그램 정비

○ 노인의 유병률이 높는데 비하여 적절한 건강진단체도가 미흡함.

- 따라서 현행 노인건강진단 제도를 보다 실효성 있게 발전시키기 위하여 국민건강증진기금 내에 노인건강검진지원금을 마련하여 노인건강검진의 안정적 지원 및 체계화 도모하고,
- 노년기에 많이 발생하는 질환 중심으로 건강검진을 강화하고 특히 노년기 여성에 대한 근골격계 질환, 고혈압, 당뇨, 정신 및 행동장애 등의 만성질환에 대한 검진을 강화하여야 할 것임.

○ 건강보험공단에서 실시하고 있는 건강검진의 경우, 2002년도 노인인구의 수검율이 1차검진은 24.44%, 2차검진은 37.32%로 다른 연령층에 비하여 낮음(국민건강보험공단).

- 65세 이상 노인들 또는 65세 연령에 가까운 이들의 경우 현재의 건강검진 제도를 확대하여 새로 확인되는 질병뿐만 아니라 노인들이 가지고 있는 건강문제를 상담하고 이에 대한 관리능력을 향상시킬 수 있는 기회로 활용하는 것이 바람직함.
- 이를 위해 노인들의 건강 및 기능상태를 평가할 수 있는 도구를 개발하고 평가결과에 따른 상담프로그램 및 서비스 패키지의 개발이 필요함.
- 이러한 프로그램의 하나로 65세가 이상이 되어 받는 첫 건강검진의 경우 노인들이 자신이 가지고 있거나 갖게 될 가능성이 높은 건강문제(주요 만성질환-고혈압, 당뇨 및 구강질환, 정신건강 문제, 각종 장애 등)를 상담하고 대처할 수 있는 기회로 활용하는 것을 고려할 수 있음.

- 미래의 효율적인 노인의료체계 모형을 위해서는 다음과 같은 점들이 정책에 반영되어야 함.
  - 현재 노인관련 기본법의 역할은 노인복지법이 담당하고 있으나 급격한 고령화사회에 효과적으로 대응하여 노인정책 전반에 대한 명시적 근거를 마련하기 위해서는 노인관련 법체계의 근본적인 정비가 필요함.
  - 이러한 법제 정비와 더불어 장기요양보험제도의 도입으로 독립적인 장기요양수가체계마련, 노인전문병원의 기능 확보, 그리고 질관리 기전의 정비 등 다양한 제도 보완을 필요로 함.
  - 서비스의 다양화가 필요한데, 이를 위해서는 특히 일차의료를 담당하는 공급자의 역할이 중요하고, 다양한 형태의 장기요양시설을 확충과, 실버산업 육성하기 위한 정책 당국의 의지와 제도적 뒷받침이 필수적임.
  - 노인인구의 증가와 노인의 의료이용 증가 등으로 장기요양서비스의 공급자의 역할이 매우 커짐에 따라 서비스 특성상 의료인력 이외의 공급자와의 연계에 관심을 기울여야 함. 의료서비스에서 각종 전문치료서비스는 물론 영양, 사회복지와 사회사업 등이 장기요양 혹은 노인보건의료를 위하여 협조하는 체제가 구축되어야 함.

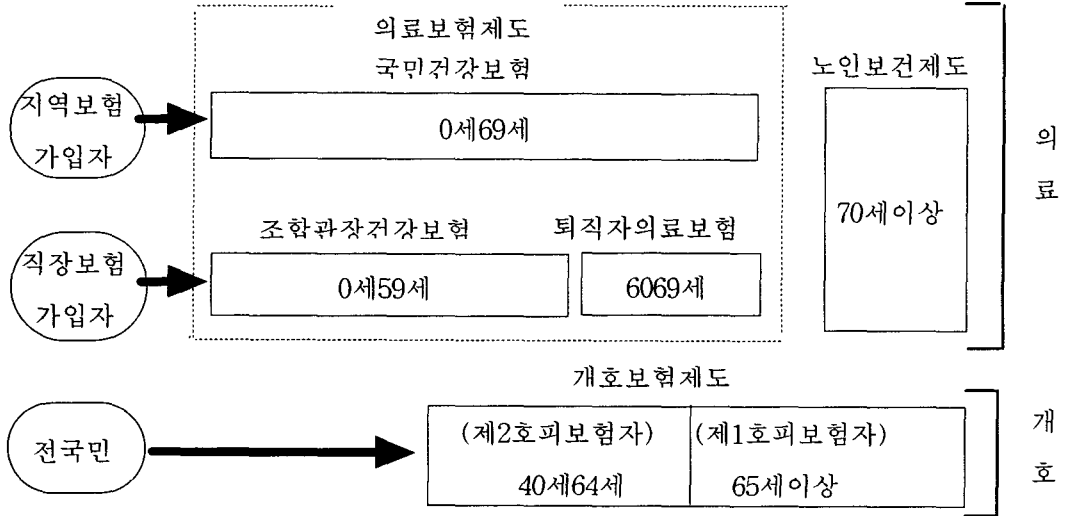
### 3. 노인건강보장체계의 재정립

#### 가. 노인 건강보험체계 정비

- 건강보험재정통합 이후 건강보험제도의 발전을 위한 향후의 여건을 우선 전망하면, 재정건실화와 함께 보장성을 강화해 나가야 하는데 지속적인 고령화의 진행으로 의료비 지출의 증가 압박이 계속될 것임.
  - 기존의 건강보험제도는 노인인구로 인한 사회적 부양부담이 현실화되기 이전의 상황을 고려하여 설계된 것이므로 보다 급속한 노령화의 압력에 따라 근본적인 검토가 필요할 것임.
  - 한 가지 방안은 현재 추진 중에 있는 장기요양보험제도의 도입이지만, 중장기적으로는 건강보험 자체에서도 노인에 대한 보장체계를 별도로 구축하는 방안을 검토해 볼 수 있음.
  - 노인에 대한 의료급여와 건강보험의 통합운영 방안을 구체적으로 검토해 볼 수 있는데, 이 경우 건강보험에 대한 국고지원을 노인급여 부분 중심으로 정비하는

방안을 고려할 수도 있을 것임.

\* 이와 관련하여 일본의 퇴직자의료보험제도나 노인보건제도의 경험을 참고할 수 있을 것임(그림 7).



<그림 7> 일본의 의료보장체계

○ 일본의 퇴직자의료보험제도는 피용자보험의 퇴직자로 연금수급권을 가지고 있는 고령자(60-69세)를 대상으로 1984년 10월부터 실시한 제도로서 퇴직자의 의료비의 잔액을 피용자보험에 부담시키고자 하는 제도임.

- 고령퇴직자는 퇴직 후 국민건강보험에 가입하게 되기 때문에 의료의 필요성이 높아졌을 때 급여수준이 낮아지는 문제와 의료비의 부담이 주로 국고보조금과 국민건강보험가입자에게 의존하고 있다는 문제를 해결하기 위한 제도. 그 재원은 퇴직자피보험자의 보험료 및 피용자보험의 보험자의 각출금으로 조달되는 요양급여비 교부금으로 함.

○ 일본의 노인보건제도는 국민의 노후에 있어서 건강을 유지하고 적절한 의료를 확보하기 위해서 질병의 예방, 치료, 기능훈련 등의 보건사업을 종합적으로 실시해서 더욱 국민보건을 향상시키고 노인복지의 증진을 도모하기 위한 목적으로 70세 이상의 노인과 65세 이상의 와상노인 등을 대상으로 1983년 2월부터 시행된 제도임.

- 노인보건제도의 비용부담은 노인이 부담하는 일부 부담금을 제외한 부분에 대

하여 국가가 20%, 지방공공단체가 10%를 부담하고 의료보험제도의 각 보험자가 70%를 각출하여서 부담함.

## 나. 노인질환에 대한 보장체계 강화

### 1) 급여 확대

- 건강보험 급여범위의 제한으로 의료이용으로 인한 총진료비 중 환자의 본인 부담액이 약 50%에 달하고 있는데, 노인의 경우 특히 소득수준이 낮은 점을 고려할 때 경제적인 부담으로 인한 의료이용 접근성의 저하 및 의료비로 인한 빈곤의 악화가 우려됨. 본인부담보상제도는 실제로 의료비 경감에 도움이 되는 정도는 미미한 수준이고, 본인부담상한제가 조만간 시행될 예정이지만 노인질환에 대한 영향은 아직 미지수임.
  - 호스피스 서비스 등 보험급여에 포함되어 있지 않으나 노인건강문제에 필수적인 서비스의 보험급여 적용 확대가 필요하며, 연간 총진료비가 일정 수준을 상회할 때 추가적인 진료비 부담을 면제하는 본인부담상한제의 도입 또는 일반 피보험자와 차등화된 본인부담을 적용 등 현행 본인부담금제도의 개선이 필요함.
  - 또한 건강보험 급여로 설정하고 있는 장애인 보장구 항목에 ‘의치’를 포함하고 사회경제적 지위가 낮은 (예, 건강보험 보험료가 낮은 가구) 노인의 경우 ‘안경’에 대한 급여제공 기준 확대가 필요함.
  - 장기요양보험제도가 본격적으로 정착되기까지 단기적으로 노인들의 간병과 관련하여 간병서비스에 대한 수가와 급여체계를 개발하여 제공하는 것이 필요함.

### 2) 진료비 지불방식의 개선

- 노인의 경우 의료이용이 필요한 두 가지 이상의 건강문제를 가지고 있는 경우가 많음. 그러나 노인들의 적절한 의료이용 능력은 낮고, 또한 현재의 의료인력 양성 제도 및 보건의료서비스 전달체계와 진료비 지불방식 하에서는 공급자의 비용의식이 낮아 동일 질환으로 여러 의료기관을 방문하게 되는 비효율적인 의료이용이 이루어질 수 있는 구조적인 문제를 가지고 있음.
- 건강보험 전반의 지불제도 개선방안들이 논의되고 있으나, 우선적으로 노인



의 일차진료 수준의 건강문제에 대하여 포괄적인 서비스를 제공할 수 있는 수가체계(예, 인두제 방식)의 개발과 서비스 공급자의 행태변화를 유도할 수 있는 정책을 마련할 필요가 있음.

### 3) 차상위계층에 대한 의료급여 확대

- 현재 건강보험 적용대상자 가운데 빈곤노인이 상당수 포함되어 있어서, 체납에 따른 의료이용의 제한 사례가 종종 있음.
  - 우리나라의 의료급여 대상인구는 전인구의 약 3% 수준(150만명)에 불과하여 선진국들의 경우에 비하면 매우 적은 비중임.
  - 의료급여 대상에서 제외되어 있는 차상위 계층이라고 할 수 있는 노인들은 건강보험료 부담능력이 실질적으로 없으므로 의료급여 대상으로 전환하여 실질적인 의료보장을 받도록 하여야 함.
- 의료보호의 경우는 대상자가 제한되어 있을 뿐만 아니라 급여에 있어 건강보험과의 차이가 크고, 의료서비스 이용에 있어서 접근성이 제한되어 있으며 지속성이 미흡함.
  - 의료급여의 대상에서 제외되어 있으면서도 실질적으로 보험료 부담이 곤란한 저소득층이 보험료 체납으로 인한 의료이용의 제한을 받고 있음.
  - 이들 차상위계층 중 65세 이상의 노인의 경우에는 빠른 시일 내에 의료급여 대상으로 편입하여 보건의료서비스 이용의 접근성을 높여 줄 필요가 있음.

### 4) 건강보험 역할재정립을 통한 노인보건 강화

- 기본적으로 노인의 건강문제에 대한 접근은 국가수준에서의 전략과 그 구체적인 실행방안이 먼저 정비되어야 함. 최근 고령화 사회에 대비하여 국가적 차원의 폭넓은 대책을 마련하기 위한 고령화 및 미래사회위원회가 출범함으로써 곧 가시적인 결과물을 제시할 수 있을 것으로 기대됨.
- 건강보험공단의 역할은 국가보건체계의 큰 틀 속에서 정립되는 것이 바람직하므로, 노인건강관리에 있어서 건강보험공단의 역할을 논의하는 것은 제한적이라고 할 수 있으나 선진국들의 사례와 국내 노인보건 및 복지체계를 고려할 때 노인건강관리에 있어서의 보험자 역할에 대하여 지역 내 보건기관

및 복지기관과의 협력체계 구축이 필요함.

- 건강보험공단이 노인을 대상으로 제공하는 직접적인 서비스의 경우 지역 내 보건기관 또는 복지기관의 대상자 및 서비스 내용과 중복될 가능성을 가지고 있음. 따라서 대상자 중복을 피하고 이들 기관이 가지고 있는 서비스 경험을 공유하기 위하여 이들 기관과의 대상자 및 서비스 내용에 대한 정보 교류와 서비스 연계 제공체계를 구축되어야 할 것임.
- 건강보험공단의 경우 재정관리를 위한 목표집단의 하나라고 할 수 있는 노인의 건강문제에 관심이 많으므로, 특히 건강증진, 사례관리 등의 가입자지원사업 대상자 선정에 있어서 저소득층 노인에게 우선순위를 부여하는 것이 바람직하지만, 기존의 노인대상 사업기관들과의 역할 중복 및 갈등을 피하기 위하여 일차적으로 보건기관(보건소)과의 협력체계를 구축하는 것이 필수적임.

○ 현재 시범사업으로 시행 중인 건강보험공단 사례관리 사업의 경우 사례관리 서비스 대상자의 상당 수가 노인들을 고려할 때 이러한 지침을 활용하여 이들에 대하여 보다 포괄적인 서비스를 제공하는 것을 고려할 수 있음.

- 또한 건강할 기회에 있어서의 형평성을 고려하여 사례관리 대상자 선정에 있어서 사회경제적 수준이 낮은 사람들을 보다 우선적으로 고려할 수 있는 기준을 마련하는 것이 필요함.

## V. 전략적 과제 : 조직 및 법제 개선

### 1. 노인보건조직의 일원화 및 전문화

○ 노인보건정책의 수립과 집행 기능의 확대 강화

- 노령화 속도에 비하여 정부조직 차원의 대비가 미흡한 실정에서 노인보건정책의 일원화와 전문화를 기하여야 함.
- 현재의 노인정책 및 행정조직만으로 급증하는 노인보건복지 수요에 대응하기에 미흡하므로, 급속한 노령화에 부응한 효과적인 노인보건정책 및 행정체계를 구축하기 위해서는 적어도 중앙부처의 국 단위 조직이 필요하고, 지방자치단체 수

준에도 노인보건복지위원회와 같은 조직을 공식화하여 운영할 필요가 있음.

○ 노인보건정책 및 행정조직들 간의 연계 강화

- 중앙정부와 지방자치단체와의 업무연계의 미흡, 전체 노인관련 현황파악의 미비, 행정부의 미약한 법집행 의지, 재정 및 예산문제 등의 문제점을 개선하기 위하여 중앙과 지방자치단체간 연계체계를 강화하여야 함. 중앙부처는 노인보건 관련 예산을 연차적으로 확충하고, 우선순위에 입각하여 예산배분의 효율성을 제고하는 가운데 노인보건과 관련하여 지자체에 대한 정기적인 평가체계를 통하여 예산지원과 연계된 인센티브를 강화하고, 자치단체는 지역특성에 맞는 노인보건서비스 체계구축과 재원확충 방안을 마련하여야 함.
- 지역단위 보건복지서비스 조직간 협력 및 연계 체계화. 지역복지협의체의 구축으로 공공과 민간기관, 민간기관간 협력 및 연계체계를 제도화하여 보건복지자원을 효율적으로 활용하고 서비스를 차별화하여 질적 수준을 제고할 뿐만 아니라 공공과 민간 사회복지단체간 연계망구축 및 정보공유를 통한 민간단체 참여의 활성화가 요구됨.
- 노인에게 필요한 보건과 복지서비스의 효과적이고 효율적인 제공을 위해서는 각종 서비스가 적절히 전달될 수 있도록 조정 및 연결해 주는 체계가 필요함.

○ 중장기적으로는 미국의 연방정부 산하에 있는 노인청(Administration on Ageing)과 유사한 형태의 독립기관을 두어 노인정책을 총괄하는 기능을 관장하도록 하는 것이 바람직해 보임.

○ 이를 위해서는 충분한 예산의 확보가 선결되어야 할 것임.

- 연금제도의 정착 등으로 노인 소득이 안정화되고 제반 노인복지 체계가 갖추어진 이후에는 노인보건복지 비용이 완만하게 변화될 것이나, 노인종합대책을 위한 기본적인 인프라가 구축되는 시점까지는 급격한 노령화와 맞물려 정책 및 행정수요가 급증할 것이므로 노인보건복지 관련 예산 확보를 위한 다양한 방안들의 검토가 필요함.

## 2. 법제 개선

- 현재 노인관련 기본법의 역할은 노인복지법이 담당하고 있으나 급격한 고령사회에 효과적으로 대응하여 노인정책(소득보장, 보건의료, 사회복지 등) 전반에 대한 명시적 근거를 마련하기 위해서는 노인관련 법체계의 근본적인 정비가 필요함.
- 우리나라의 노인에게 제공되는 프로그램 및 그에 소요되는 재정지원과 관련하여 책임소재가 구체적이지 못한데 이에 대한 중앙정부와 지방자치단체의 역할과 책임 및 민간기관의 책임범위에 대하여 구체적인 규정이 필요함.
- 구체적으로 노인복지관련법 체계의 정비를 위하여 다음과 같이 새로운 노인관련 모법의 제정과 기존 법령들의 정비가 필요함(노인보건복지종합대책, 2002. 7.).
  - 고령사회대책기본법: 노인보건복지 등에 관한 모법적·기본적 이념, 추진체계, 고령사회에 대비한 대책 등을 규정
  - 노인복지법: 노인에 대한 종합적 복지 서비스를 규정하는 등 고령사회 대책 기본법 중 복지부문에 관한 사항을 구체화
  - 고령자고용촉진법: 고령사회대책기본법 이념에 따라 노인고용·직업훈련·취업알선 및 고용촉진지원에 관한 사항을 규정
  - 노인보건법, 노인요양보험법(신설 또는 건강보험법 정비): 장기요양보호의 사회적 부담을 위한 제도 도입 및 관련법 제정이 필요
  - 이외에 민간의 노인보건 투자를 활성화할 수 있도록 노인의료시설 설립지원 및 요양수가체계 마련 등을 법제화할 필요가 있음.
- 노인 생명의료윤리 법제화
  - 보건의료서비스 제공에 대한 노인의 자율성 침해, 임종과 관련한 의사결정권, 노인에 대한 고가 의료서비스 제약(연령차별), 의료시설 및 가정 내 노인학대 등 노인보건의료에 있어 윤리적인 문제가 제기되고 있음.
  - 법제도 마련 및 정비: 노인환자 치료동의서 준수(치료거부권), 사전지시(사망선택유언, 인공소생 금지명령), 대리인 위임권 등

### 3. 노인보건 연구개발 기반 강화

- 노령화에 대한 적극적인 대응 방안의 마련을 위한 기반을 갖추기 위하여 노인인구(시설·인력·예산 등), 정부·자치단체·민간부문의 노인생활 실태 및 복지욕구, 실버산업 규모·현황 및 전망 등 종합적인 통계 인프라를 구축하여 대책 수립·추진·평가 및 환류 등을 체계적·지속적으로 관리하여야 함.
  - 노인보건복지 전문연구인력 풀을 갖추어 정책대안을 지속적으로 제시할 수 있도록 하고, 중장기적으로는 전문연구기관을 설립 운영하여 노령화 시대의 삶의 질 향상에 기여하도록 하는 것이 바람직함.
  
- 노인보건 분야 전문인력 양성
  - 노인의학전문의 제도 도입: 의과대학에 노인의학 관련 전문의 또는 분과전문의 과정 개설 지원, 수련 및 자격 기준 마련 등
  - 노인전문간호사제도 도입: 간호대학의 노인간호교육 및 의료기관의 노인간호인력 양성 지원 등
  - 특히 노인장기요양보험제도의 도입에 따라 가정봉사원, 간병인, 가정도우미 등 노인 간병서비스에 투입하기 위한 인력개발이 필수적임.
  
- 노인보건복지 정보체계 구축
  - 노인보건복지실태조사의 정례화하여 체계적인 노인정책수립을 위한 전국단위의 노인욕구조사와 서비스 이용실태조사를 실시하되, 정기적인 전국차원의 자료 수집을 위한 법적 근거 마련함. (\* 장애인의 경우 장애인복지법에 의하여 5년마다 실태조사를 하게 되어 있음.)
  - 전국 및 지역별 노인관련 통계의 DB 구축; 전국 및 지역별 노인보건복지통계의 수집, 분석, 배포 시스템 구축; 자료에 근거한 노인보건복지 단기 및 중장기계획의 수립; 노인보건지표 개발, 건강노년 달성목표 설정, 주기적인 모니터링을 통한 목표 지향적인 정책수립 및 평가 등
  
- 노인보건정책을 지원하기 위한 종합연구센터 설립
  - 국가 노인연구 기능이 분산되어 있어 다학제간 협력연구가 미흡함. 노인보건복지 관련 정책연구를 한국보건사회연구원에서 일부 수행하고 있으나, 노인을 대

상으로 한 연구기능의 집중화가 필요함.

- 노화 및 노인의학에 관한 국가적인 연구기관 부재. 현재 질병관리본부의 국립보건원은 세균부, 바이러스부, 생명의학부, 유전체연구부 등으로 편제되어 있고 노인보건정책의 기초자료를 제공할 수 있는 기능이 취약하므로 이를 보완하여야 함. (\* 미국의 국립노화연구원(National Institute on Aging); 日本의 東京都 老人總合研究所 國立長壽醫療研究센터 등과 비교)
- 생의학(노화연구 및 임상실험), 보건학(질병예방 및 장애지연), 사회학(노인복지), 정책분석(장기요양) 등을 포함한 기초와 응용학문이 연결된 다학제간 노인 연구 수행을 위한 중추기관으로 육성

## 참 고 문 헌

- 국무조정실 노인보건복지대책위원회. 고령사회에 대비한 노인보건복지종합대책. 2002. 7. 기획예산처. 고령화 진전과 예상되는 주요 정책과제. 2002.
- 국민건강보험공단. 2002년도 건강검진 결과분석. 2003.
- 김용익. 건강보험공단의 건강증진사업 장.단기 발전계획에 관한 연구. 국민건강보험공단, 서울대학교 의과대학, 2000.
- 김용익, 국민건강보험법과 노인보건, 2000년 한국노년학회 춘계학술대회 연제집, 한국노년학회, 2000.
- 김창엽 등. 건강보험 가입자 개인관리(Case Management, 사례관리) 사업개발 및 평가. 국민건강보험공단, 서울대학교보건대학원, 2003. 5.
- 김창엽, 차상위계층 건강보장의 문제점과 대책, 가난한 이들의 건강권 확보를 위한 연대회의 발족기념 토론회 연제집, 2001.
- 김한중 등. 건강보험 장기발전모델에 관한 연구. 국회보건복지위원회, 2003. 9.
- 大熊由紀子 (지음), 노명근, 노혜련 (옮김). 노인복지 혁명. 예영커뮤니케이션, 2003.
- 박종연, 이지전, 이상욱 등. 우리나라 노인의 사망 전 1년간 의료이용 수준과 비용 분석. 연세대학교 보건대학원, 보건복지부, 2001.
- 변재관, 선우덕 등. 노인 장기요양보호의 종합대책 수립방안 연구. 한국보건사회연구원, 2000.
- 보건복지부. 보건복지백서 2001.
- 선우덕 등. 노인 장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안. 한국보건사회연구원, 2001.
- 선우덕. 노인전문병원의 개선방안. 보건복지포럼 2002. 7: 39-48.

- 유호성. 우리나라와 미국의 노인복지법 비교 연구. 국회보건복지정책연구회 발표논문, 2001. 10. 24.
- 이원형. 노인정책의 새로운 방향 - 시혜성 복지정책에서 실버산업 촉진정책으로 -. 2002.
- 이윤환, 조원정. 우리나라 노인의 건강수준 분석 및 간호요양원 필요예측. 보건복지부, 1999.
- 이윤환. 21세기 노인보건의료의 과제 : 공공과 민간의 역할. 2000년도 한국보건행정학회 전 기학술대회 연재집. 한국보건행정학회, 2000: 3-23.
- 이지진. 노인의 의료전달체계의 현실 및 미래의 효율적인 의료체계의 모형. 대한노인병학회 발표자료, 2002. 11.
- 이현주, 빈곤과 차상위계층. 보건복지포럼 2000년 2월호: 26-38
- 정경배. 고령화 시대의 생산적 복지정책 - 성장과 복지의 균형 -. 한국보건사회연구원, 한국노동연구원, 한국여성개발원 공동주최 심포지움. 고령화 시대의 사회정책 장기발 전망안 발표논문, 2002. 5. 30.
- 정경희 등. 노인의 생활실태 및 복지욕구 조사. 한국보건사회연구원, 1998.
- 정경희 등. 장기요양보호대상 노인의 수발실태 및 복지욕구 - 2001년도 전국 노인장기요양 보호서비스 욕구조사 -. 한국보건사회연구원, 2001.
- 정경희. 인구고령화 대응책 마련에 있어서 제2차 세계고령화회의가 갖는 정책적 함의. 보건 복지포럼 2002. 6: 67-73.
- 참여복지기획단. 참여복지 5개년계획(2004-2008년). 2004. 1.
- 통계청. 2000 한국의 사회지표. 2000.
- 통계청. 장래인구추계. 2001.
- 한국보건사회연구원. 보건복지 비전 2010 - 생산적 복지 공동체 구현 -. 1999. 12.
- 한국보건사회연구원. 장기입소노인시설 보건의료서비스 제공현황 및 개선방안 연구. 1999.
- 홍미령, 변용찬, 박종한, 장병원. 장기요양보호대상 노인의 실태파악 및 케어욕구조사 - 2004년도 지역유형별(대도시, 중소도시, 농어촌) 장기요양보호대상 노인의 욕구실태 조사 -. 교보생명교육문화재단. 건강한 사회, 함께하는 세상 - 노인요양보장제도의 한국적 모델 개발 -. 2004 헬스케어 심포지움 자료집, 2004. 5. 20.
- Peterson GP. Gray Dawn: how the coming age wave will transform America and the world. 2000 (강연회 옮김. 노인들의 사회 그 불안한 미래. 에코 리브르, 2002).
- Roemer MI. National Health Systems of the World. Vol.1. The Countries. Oxford University Press, 1991.
- Wallace P. AGEQUAKE: Riding the Demographic Rollercoaster Shaking Business, Finance and Our World. Nicholas Brealey Publishing Ltd., 1999 (유재천 옮김. 증가하는 고령인구 다시 그리는 경제지도. 시유시, 2001).