

《基調講演》
《기조강연》

韓国の高齡者福祉サービスの動向

한국의 고령자 복지 서비스 동향

文 玉綸
문 옥륜

韓国スバル(髭髪・介護)保険モデル事業 評価委員長
한국수발보험 시범사업 평가위원장

韓国の高齢者福祉サービスの動向



文 玉綸

韓国スバル(髭髪・介護)保険モデル事業評価委員長
ソウル大学校保健大学院 前院長

はじめに

1. 韓国社会の高齢化

1980年代までだけでピラミット型を維持してきた人口構造は出産率の急減と平均寿命の増加の影響を受け、2005年には幼年人口が少なく、生産可能人口が多いいわゆる先進国型人口構造へ変貌した¹⁾。それから2016年を境に生産可能人口(15~64歳)が減少すると予測され、さらに2020年を境に総人口が減少する一方老人人口の増加傾向は減少する気配が見られない²⁾。

OECD加盟国の老人人口比率と比較した時、2005年度の老人人口比率は9.3%で他の国より低いレベルであるが、老人人口比率の増加が急速に上昇しており、このままだと2050年頃には予想老人人口比率が37.3%とOECD国家の中で最も老人人口比率が高い国になると予測される³⁾。

1983年合計出産率が人口代替水準以下に下落した以来、20年間低出産減

¹⁾ 2003年にはすでに出産可能女性人口(15~49歳)が減少しはじめ合計出産率が1.19へと低下した。

²⁾ 韓国社会は2018年に老人人口の比率が14%で高齢化社会に進入する予定であり、老人人口数が幼年人口数を超える人口の大逆転現象が起きると予測されている。

³⁾ 2050年度の老人人口比率は、日本が36.5%、スペイン36.0%、イタリア34.4%、ドイツ34.4%と推測されている。

少が続き、とりわけ IMF 以降 2001 年からは超低出産社会に進入した。その結果、1970 年から 2000 年までの 30 年間の間合計出産率は 4.53 から 1.47 へと 3.06 も低下し、2005 年には 1.08 で世界最低レベルとなった。2005 年度出生児数は 44 万名で、これは 1980 年度の 87 万名のおよそ半分程度といえる。このような現象は主な出産年齢層である 20～34 歳の女性人口がますます減少していくにつれもっと深刻化されると予測される。このように低出産が深化されると人口の老齢化がさらに加速化されるしかない。

欧米社会においては高齡化社会（aging society）から高齡社会（aged society）を経て超高齡化社会（aged society）へと移行するのにフランスは 155 年、イギリスは 91 年、アメリカは 88 年、イタリアは 81 年、ドイツは 78 年、日本は 36 年所要されたが、わが国の場合、わずか 26 年（高齡社会まで 18 年、超高齡社会まで 8 年）が所要されると予測されている。

人口の高齡化が急激に進行されているにもかかわらず、老人福祉サービスの質に対する研究はまだ初歩的段階に留まっている。まだ、実態把握レベルを脱皮していないといえる。そこで、ここでは韓国の老人福祉施設サービス評価を中心に老人福祉サービスの質について言及し、政府が準備したセロマジプラン 2010 を中心に高齡社会 QOL 向上基盤構築について考察する。

[表 1]重要国の人口高齡化速度

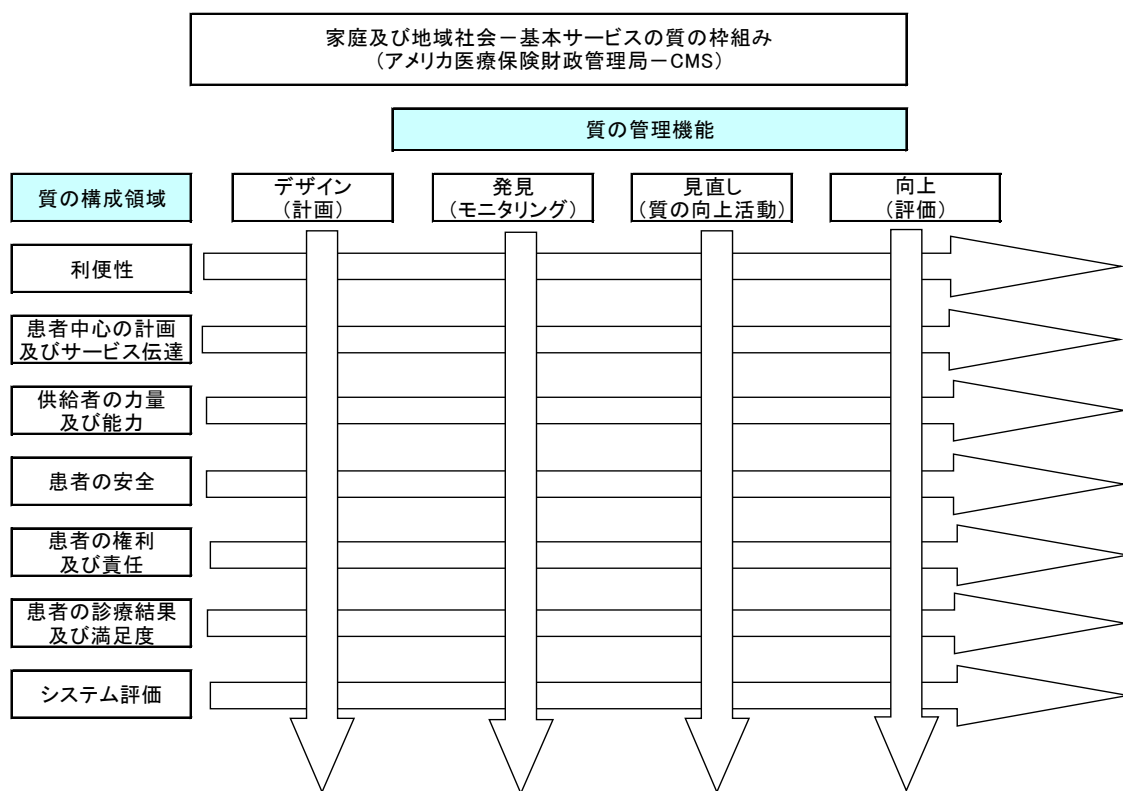
区分	到達年度			所要年数	
	高齡化社会 (7%)	高齡社会 (14%)	超高齡社会 (20%)	高齡社会 到達	超高齡社会 到達
韓国	2000	2018	2026	18	8
日本	1970	1994	2006	24	12
ドイツ	1932	1972	2010	40	38
アメリカ	1942	2014	2030	72	16
フランス	1864	1979	2019	115	40

資料：統計省，[将来人口特別推計]，2005 第 1 次低出産高齡社会 基本計画試案 2006～2010 から再引用。

2.老人福祉サービス質分析の枠組み

一般的にサービスの質というのはサービス提供者のサービス内容の適切性と優秀性を自称するもので、立場によってサービス内容の適正性は異なってくる。例えば、医療提供者の立場であれば、提供するサービスが科学的証拠に基づくサービスで効果が優れており、安全で適切な時期に行われ、患者との円満なコミュニケーションがなされることを意味する。顧客もしくは患者の立場からするとサービス提供者が提供したサービスに対する満足度が高いとサービス内容が適切であると言える。満足度というのは、サービスのアプローチと提供者とのコミュニケーションと理解がお互いに尊重する関係からなされるべきであり、情報提供や教育が充分実施され、診療が継続して行われることを意味する。サービスを購入する政策当局の立場は費用面で効率的であり、サービスに責任をもつと同時に現代科学の側面から提供する価値があるものでなければならない。このように、サービスは多面的考察を要する複合的産物である。Lawthers はサービスの質をアプローチと臨床診療の適切性と患者の経験に分けて分析している。

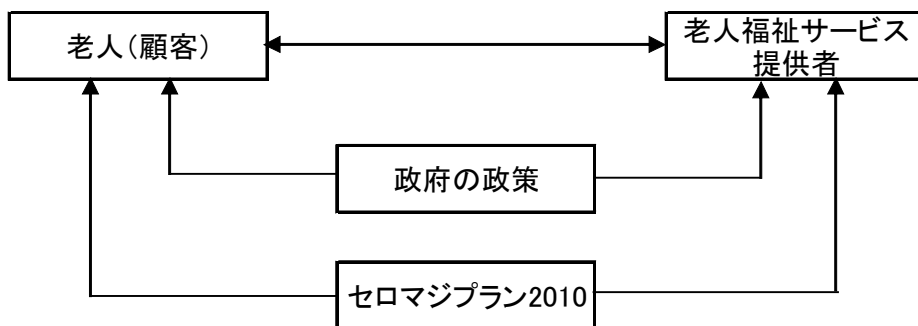
人口の高齢化に焦点を合わせるとサービスの質の管理は慢性疾患の疾病負担と患者の満足度は地域社会資源活用の側面から考察することができる。アメリカの医療保険財政管理局のサービス評価の枠組みは利便性と患者中心サービスの伝達、提供者力量及び能力、患者の安全、患者の権利及び責任、患者の診療結果および満足度、システム評価で構成されている。図1は、これを計画、モニタリング、質の向上/見直し及び評価の段階に分けてマトリックス化したものである。



[図 1]アメリカ医療保険財政管理局の家庭及び地域社会基盤サービス評価の枠組み

資料：Harvard, Center for Health Policy & Research

わが国の場合、人口の高齢化が急激に進行しており、このような状況に対して老人福祉サービスの質も急激な状況に適応できるようにしなければならない。本稿では、老人福祉サービスの質を高齢者、福祉施設提供者、政策当局の側面に区分して考察する（図 2 参照）。つまり、老人福祉サービスの質は高齢者と福祉施設提供者と政府の政策の間で決定されるものであると考えられる。



[図 2]本稿におけるテーマの分析の枠組み

・高齢者の QOL

1.QOL の研究

QOL を「個人及び人口集団が物理的・非物理的価値の総化」と定義すれば、個々人が営む量的、経済的、物理的生活条件のみならず、主観的生活満足 の程度を含む総合的で包括的な概念である(オ・ヨンヒ等, 2005 年)。QOL 向上に対する人間の欲求は単なる所得レベルの上昇より幸福を求める人間の本能で、高齢者は向上した QOL を営む権利を有する。高齢化社会(Aging Society)で最も普遍的にあらわれる老人問題は貧困、疾病、役割喪失、疎外等の問題であり、とりわけ弱い階層に属する女性老人、農漁村老人、独居老人等の場合、社会的依存性が高く、彼らのための効果的な政策開発が求められる。このような政策を樹立するためには老人階層の福祉ニーズを正しく把握し老人階層の QOL を向上させる必要がある。

本稿では、保健社会研究院が 2005 年度に発表した研究報告書[2004 年度全国老人生活実態及び福祉ニーズ調査]とこれに基づき 2005 年研究された [老人の QOL 向上のための政策方案研究 - 女性・農漁村・独居老人の生活実態を中心に -]を土台とした高齢者の QOL 測定の結果について提示したい。なお、[老人の QOL 向上のための政策法方研究 - 女性・農漁村・独居老人の生活実態を中心に -]は韓国保健社会研究院で 2004 年度に実施した [全国老人生活実態及び福祉ニーズ調査]の結果から女性老人、農漁村老人、独居老人のデータを分析したものである⁴⁾。

2.女性、農漁村、独居老人の福祉ニーズ

1)老人の福祉ニーズ分析

ここでは、保健社会研究院の 2005 年報告書[老人の QOL の向上のための政策法方研究 - 女性、農漁村・独居老人の生活実態を中止に -]の中で老人

⁴⁾ 本研究の分析対象である農漁村地域は行政区域を基準とし、9つの道地域の 居住者に限定したものであり、独居老人世帯は老人 1 名で構成されている老人対象者と定義したものである。[2004 年度全国老人生活実態及び福祉ニーズ調査]における調査対象者の 65 歳以上老人 3,278 名のうち、独居老人、老人夫婦世帯、子どもとの同居世帯に含まれる老人のみを分析対象(2,851 名)とし、その他の老人は一貫性が欠けていると考えられたため、対象から除外した(オ・ヨンヒ等, 2005)

の健康及び福祉ニーズだけを要約整理したものである⁵⁾。この報告書では、先行研究を通して、女性老人、農漁村老人、独居老人という三つの集団が老人人口の中でも社会的関心を要する弱い階層の老人集団であると定義し、この弱い老人階層のQOLを向上させるため政策へ提言することを研究の目的とした。

(1)女性老人の福祉ニーズ

女性老人は喫煙率と飲酒率は低いレベルであるが、男性に比べて運動や栄養摂取の実践レベルは低い結果であった。女性老人からは慢性疾患が多く見受けられ、視力と咀嚼力も男性に比べ衰えており、主観的健康認識及び転倒事故率が男性より高いなど全般的に男性老人に比べ女性の健康状態が劣っていることが明らかになった。主観的健康認識度で女性は26.2%が「よい」と答えたが、男性の46.9%に比べると20.7%低い方である。また、転倒事故率は男性の約2倍という結果である。

[表 2]女性の健康状態 - 性別健康認識度、視力、咀嚼力、聴力良好度及び転倒事故率

区分	女性	男性	全体 (N)
主観的健康認識良好群	26.2	46.9	34.2 (2,853)
視力良好群	28.0	38.9	32.2
咀嚼力良好群	10.7	15.9	12.7
聴力良好群	27.2	7.1	18.0
転倒事故率	18.6	9.9	15.2 (2,849)

資料：老人のQOL向上のための政策方案研究，2005

療養ニーズと関連し、性別差異を分析した結果、IADL、認知能力、問題行動、麻痺リハビリ、リハビリ構築領域において男性より女性のニーズが高いという結果であった。年齢補正後でも女性の療養関連ニーズは男性に比べ大きい。老人福祉サービスの認知率は低いが、利用ニーズは男性より

⁵⁾ 資料の分析は韓国保健社会研究院にて2004年度に実施した[全国老人生活実態及び福祉ニーズ調査]の結果を再分析したものである。元の資料は65歳以上の老人3,278名に対する個人調査が成されたが、本研究では世帯形態分類により独居老人，老人夫婦世帯，子どもとの同居世帯に該当する本人回答老人(2,851名)だけを分析対象とした。女性老人，農漁村老人，独居老人に対する比較的視点から分析を試みたので，その他の世帯に該当する老人は世帯の特性上一貫性が欠けていると考えられたため分析の対象から除外した。

高い結果であった。女性老人の老人福祉サービス利用希望率において老人療養施設、家事支援サービス、敬老食堂/無料給食、老人食事配達サービス、家庭看護サービスに対する利用希望率が高く示されている（表3参照）。

[表3]女性の健康状態及び福祉ニーズ

区分	女性	男性	全体
現在喫煙者の比率（％）	7.5	33.4	17.5
現在飲酒者の比率（％）	22.1	53.3	34.2
規則正しく運動している比率（％）	24.7	37.0	29.5
栄養食摂取に努力している比率（％）	5.6	8.0	6.5
インフルエンザ予防接種率（％）	77.7	71.5	75.3
健康検診受診率（％）	50.1	56.4	52.6
慢性疾患有病率（％）	95.1	84.7	90.8

	変数	平均（標準偏差）		t 値
		女性	男性	
療養ニーズの差	ADL	12.13 (1.05)	12.11(0.77)	-0.67
	IADL	10.79 (2.23)	10.43(1.94)	-4.60***
	認知能力	1.26 (0.76)	0.19 (0.61)	-2.73***
	問題「行動	0.20 (1.06)	0.13 (0.57)	-2.19**
	看護処置ニーズ出現率	0.08 (0.36)	0.08 (0.61)	-0.23
	再活麻痺	4.23 (0.79)	4.11 (0.50)	-5.12***
	再活構築ニーズ出現率	8.00 (3.02)	7.05 (2.34)	-9.24***

	変数	女性	男性	全体
老人福祉サービス利用希望率（％）	老人専門病院（認知症療養病院等）	37.7	40.3	38.7
	老人（専門）療養施設/養老施設	30.1	28.6	29.5
	短期保護施設	12.9	17.1	14.5
	デイサービス施設（宅老所）	14.6	17.6	15.8
	認知症相談センター（保健所認知症相談センター）	30.7	34.2	32.0
	家事支援センター（家庭奉仕員等）	32.7	27.7	30.7
	敬老食堂/無料給食	21.1	16.8	19.4
	（身体の不自由な）老人食事配達	28.0	22.6	25.9
	家庭（訪問）看護サービス	46.6	43.2	45.2
	補助具貸与サービス	27.4	28.1	27.6

注：# = p< .1, * = p< .05, ** = p< .01, *** = p< .001

資料：老人の QOL 向上のための政策研究，2005⁶⁾

⁶⁾ 本表は 2005 年度[老人の QOL 向上のための政策法案研究]報告書の表を一部再構成したものである。

(2)農漁村老人の福祉ニーズ

農漁村老人は都市老人に比べ飲酒率と喫煙率が高く、運動実践と栄養食摂取実践行為が低い方である。慢性疾患有病率と主観的健康認識、視力、聴力、咀嚼力等全般的健康状態も農漁村老人の方がよくないと結果であった。

農漁村老人は長期間にわたる肉体労働により老年期に再活構築関連療養ニーズが多く生じているように考えられる。老人福祉サービスの認知率と利用（経験）率は全般的に都市老人に比べ低い方であるが、認知症相談センター、老人食事配達、家事支援サービス、家庭看護サービス、補助具貸与サービスの利用希望率は都市老人より高いという結果であった（表 4 参照）。

[表 4]農漁村老人の健康状態及び福祉ニーズ

区分		女性	男性	全体
現在喫煙者の比率（％）		20.4	16.1	17.5
現在飲酒者の比率（％）		34.6	34.0	34.2
規則正しく運動している比率（％）		18.8	34.6	29.5
栄養食摂取に努力している比率（％）		4.8	7.4	6.5
インフルエンザ予防接種率（％）		80.1	73.0	75.3
健康検診受診率（％）		53.7	52.0	52.6
慢性疾患有病率（％）		92.1	90.2	90.8
転倒事故率（％）		15.4	15.1	15.2

療養ニーズの差	変数	平均（標準偏差）		t 値
		女性	男性	
	ADL	12.12(0.97)	12.12(0.94)	-0.126
	IADL	10.69(2.09)	10.62(2.14)	-0.749
	認知能力	0.23 (0.72)	0.23 (0.69)	-0.014
	問題「行動	0.13 (0.82)	0.19 (0.94)	1.487
	看護処置	0.12 (0.60)	0.06 (0.38)	-2.733***
	再活麻痺	4.21 (0.73)	4.16 (0.67)	-1.781**
	再活構築	8.09 (3.09)	7.40 (2.63)	-5.712***

老人福祉サービス利用希望率（％）	変数	女性	男性	全体
		老人専門病院（認知症療養病院等）	39.9	38.1
老人（専門）療養施設/養老施設	24.8	31.8	29.5	
短期保護施設	14.2	14.7	14.5	
デイサービス施設（宅老所）	14.5	16.4	15.8	
認知症相談センター（保健所認知症相談センター）	34.1	31.0	32.0	
家事支援センター（家庭奉仕員等）	32.9	29.7	30.7	
敬老食堂/無料給食	21.7	18.4	19.5	
（身体の不自由な）老人食事配達	28.6	24.6	25.9	
家庭（訪問）看護サービス	51.2	42.3	45.2	
補助具貸与サービス	30.2	26.4	27.6	

注：# = p< .1, * = p< .05, ** = p< .01, *** = p< .001

資料：老人の QOL 向上のための政策研究，2005⁷⁾

⁷⁾ 本表は 2005 年度[老人の QOL 向上のための政策法案研究]報告書の表を一部再構成したものである。

(3)独居老人の福祉ニーズ

独居老人の喫煙率と禁煙率は低い一方、老人夫婦や子どもとの同居世帯に比べ、栄養食の摂取努力程度も低いことが明らかになった。また、慢性疾患有病率、主観的健康認識及び転倒事故率が高く、視力、聴力、咀嚼力等が劣っており、他の世帯の形態に比べ全般的に健康状態が脆弱であった。その他、ADLと認知能力において、独居老人は老人夫婦、子どもと同居世帯に比べその能力は劣ってはいないが、問題行動のうち「鬱状態や感情失禁（泣く）」に属する場合はその他の世帯形態より高い結果であった。

その他、今後独居老人が利用を希望する老人福祉サービスとしては老人専門療養施設及び養老施設、家事支援サービス、敬老食堂及び無料給食、老人食事配達サービス等がとりあげられていた（表5参照）。

[表5]独居老人の健康状態及び福祉ニーズ

区分	独居老人	老人夫婦	子どもと同居
現在喫煙者の比率（％）	11.8	19.6	19.0
現在飲酒者の比率（％）	26.0	40.0	33.5
規則正しく運動している比率（％）	29.8	32.3	26.5
栄養食摂取に努力している比率（％）	4.9	8.0	6.1
インフルエンザ予防接種率（％）	74.6	77.3	73.8
健康検診受診率（％）	51.0	56.1	50.1
慢性疾患有病率（％）	96.0	88.3	90.2
転倒事故率（％）	21.7	12.6	13.9

療養 ニーズ の差	変数	平均（標準偏差）			t 値
		独居老人	老人夫婦	子どもと同居	
	ADL	12.06(0.45)	12.13(1.01)	12.14(1.10)	1.689
	IADL	10.51(1.47)	10.55(2.19)	10.82(2.37)	6.239**
	認知能力	0.19(0.63)	0.22(0.66)	0.26(0.78)	1.924
	問題行動	0.20(1.39)	0.10(0.48)	0.22(0.83)	5.509***
	看護処置	0.08(0.28)	0.06(0.36)	0.09(0.62)	0.690
	再活麻痺	4.22(0.74)	4.16(0.64)	4.17(0.70)	1.576
	再活構築	8.26(3.13)	7.40(2.64)	7.46(2.70)	22.093***

老人福祉サービス 利用希望率（％）	変数	独居老人	老人夫婦	子どもと同居
	老人専門病院（認知症療養病院等）	35.6	40.5	38.9
	老人（専門）療養施設/養老施設	32.9	29.6	27.4
	短期保護施設	10.8	16.9	14.5
	デイサービス施設（宅老所）	11.4	18.2	16.0
	認知症相談センター（保健所認知症相談センター）	28.7	35.2	30.6
	家事支援センター（家庭奉仕員等）	35.0	32.4	26.5
	敬老食堂/無料給食	26.2	18.2	16.5
	（身体の不自由な）老人食事配達	36.8	25.3	20.0
	家庭（訪問）看護サービス	47.3	49.0	40.2
補助具貸与サービス	24.6	32.0	25.2	

注：# = p < .1, * = p < .05, ** = p < .01, *** = p < .001

資料：老人のQOL向上のための政策研究，2005⁸⁾

⁸⁾ 本表は2005年度[老人のQOL向上のための政策法案研究]報告書の表を一部再構成したものである。

(4)長期療養関連政策優先順位

老人福祉サービス利用希望率

今後どのような老人福祉サービスを利用するかという質問に対しては「家庭（訪問）看護サービス」に対する利用希望率が 45.2%で最も高く、老人専門病院は 38.7%、老人療養施設は 29.5%という結果であった（表 6 参照）。

[表 6]性別老人福祉サービスに対する利用希望率 (単位：%，名)

区分	女性	男性	全体	(対象者)
老人専門病院（認知症療養病院等）	37.7	40.3	38.7	(2,846)
老人（専門）療養施設/養老施設	30.1	28.6	29.5	(2,842)
短期保護施設	12.9	17.1	14.5	(2,847)
デイサービス施設（宅老所）	14.6	17.6	15.8	(2,847)
認知症相談センター（保健所認知症相談センター）	30.7	34.2	32.0	(2,845)
家事支援センター（家庭奉仕員等）	32.7	27.7	30.7	(2,846)
敬老食堂/無料給食	21.1	16.8	19.4	(2,847)
(身体の不自由な)老人食事配達	28.0	22.6	25.9	(2,845)
家庭（訪問）看護サービス	46.6	43.2	45.2	(2,845)
補助具貸与サービス	27.4	28.1	27.6	(2,844)

資料：老人の QOL 向上のための政策研究，2005

長期療養関連政策的優先順位

長期療養関連政策のうち「食事提供（配達）サービス拡大」が 42.1%で最も高く、その次が「デイサービスサービスの拡大」が 28.8%の順である。「食事提供（配達）サービス拡大」は女性老人より男性老人の要求度が高く、「デイサービスサービスの拡大」は男性老人より女性老人の要求が高い結果であった。また、補助具貸与サービスが 7.6%で 3 位であり、家庭奉仕員のサービス拡大が 3.9%で 4 位であった（表 7 参照）。

[表 7]老人の性別長期療養関連政策的優先順位 (単位：%，名)

区分	女性	男性	全体
食事提供（配達）サービスの拡大	38.0	48.6	42.1
デイサービス施設サービスの拡大	31.3	24.9	28.8
補助具貸与サービスの拡大	8.5	6.1	7.6
家庭奉仕員サービスの拡大	4.0	3.7	3.9
短期保護サービスの拡大	1.9	1.5	1.7
療養施設の拡大	1.5	0.9	1.32
家庭看護サービスの拡大	0.9	0.9	0.9
その他	13.9	13.4	13.7
政府の支援不要	0.1	0.1	0.1
合計（名）	100.0(1,718)	100.0(1,101)	100.0(2,819)

資料：老人の QOL 向上のための政策研究，2005

・老人福祉サービスの質

1.老人福祉施設サービスの評価

1)沿革

はじめて社会福祉施設に対する評価が実施されたのは 1999 年であるが、他の先進諸国に比べるとかなり遅れたといえる⁹⁾。1999 年～2003 年までは韓国保健社会研究院の主管下で施行され、2004 年から 2007 年までは韓国社会福祉協議会の主管下で社会福祉施設評価団によって評価が成されている。そして、1999 年、はじめて老人福祉施設の評価の枠組みが開発され、これに基づき 2000 年には療養施設と実費療養施設、2001 年には療養施設を対象に実際的な評価が実施された。このような背景の中で 2003 年には中央政府から財政的支援を受けている 3 年以上の全ての老人福祉施設に対する評価が実施され、2006 年現在第 3 次老人福祉施設評価が実施されている。

2) 評価目的

社会福祉施設の評価の長期的目的は次の 3 つである。今まで継続的に求められてきた社会福祉施設の透明性とサービスの質の向上を通して社会福祉施設の利用者と国民の福祉レベルの向上に寄与するため、社会福祉施設評価結果を反映した予算執行の効率性と合理性を促進し、社会福祉施設運営の進展を支援するためである。これを達成するための短期的目標としては、入所及び利用施設に対する評価を通して効率的かつ効果的な社会福祉施設の運営基盤を定着させ、施設間における善意の競争を促すため、施設利用者の人権が保護され、地域社会と密に連携して社会福祉施設の運営が成されるような基盤を作るため、社会福祉施設の実態把握を通して政府からの支援レベルに対する科学的根拠資料を提示するためである。

⁹⁾ 1998 年社会福祉事業法改正を通して社会福祉事業法施行規則第 27 条で 3 年毎 1 回以上職員の専門性、施設環境、サービス満足度等について評価するという法的根拠が出来上がった。これは、これまで求められてきた社会福祉施設運営の合理化と透明化、良質の社会福祉サービス提供を誘導し、効率的な社会福祉伝達体系の活性化を図るためであった。

3)評価対象及び方法

(1)評価対象

改正された社会福祉事業法に基づき、すべての社会福祉施設は3年毎に1回以上社会福祉サービスの評価を受けることが義務づけられている。年度別評価対象は[表8]に示すとおりである。

[表8]社会福祉施設サービス評価の対象機関

時期	対象機関	総箇所数
1999年	精神療養施設(59)及び障害者福祉館(36)等	95
2000年	児童幼児施設(28), 老人療養施設(60), 女性入所施設(61), 知的障害者施設(52), 浮浪人施設(33), 社会福祉館(285)等	519
2001年	児童(244), 老人療養(81), 障害者(134)等	463
2002年	精神療養施設(55), 浮浪人施設(33), 障害者福祉館(56:市評価), 老人福祉会館(市道評価)	144
2003年	老人福祉施設評価(市道評価), 母子福祉施設(市道評価), 社会福祉館(334:ソウル, 京畿市道自己評価)	334
2004年	児童福祉施設(275), 障害者生活施設(238:市道評価)	513
2005年	精神療養施設(55), 社会復帰施設(121), 浮浪人福祉施設(38), 障害者福祉館(120)	334
2006年	総合社会福祉館(352), 老人福祉会館(88:ソウル除外), 老人福祉施設(249)	689

(2)評価の枠組みの修正及び構成

2003年老人福祉施設評価指標は1999年開発の際、提示されたものと同じ原則である老人の立場から個別化された適切性、正常化、ニーズの充足性、残存能力の維持及び開発という施設運営原則と施設の立場からの社会化、専門性、透明性の原則に基づいている。なお、1次(2002年)、2次(2003年)の評価領域は[表9]のとおりである。

老人福祉施設には養老施設、療養施設、実費養老施設、実費療養施設、老人専門療養施設等5種類に分かれており、そのため各種別に評価体系が異なっている。まず、施設と環境、組織運営及び人事管理のような領域は5種類の施設がすべて同じ評価項目で選定されており、サービスの質や地域社会関係項目、居住老人満足度項目などは施設別特徴を反映するため項目調整及び点数調整がなされている。

3次評価領域は「施設及び環境評価」、「組織運営及び人事管理」、「サービスの質」、「地域社会関係」、「居住老人満足度」の5つの領域で改編され、既

存の別途の領域で構成されていた「居住者の生活上の権利」領域は「サービスの質」という一つの下位領域に統合され、専門療養施設の場合、「居住老人満足度」領域は対象者への調査が不可能であることから除外し、すべて4つの領域で構成されている。

[表 9]新旧老人福祉施設評価指標構成の比較

1次<1999年度評価指標>		2次<2003年度改正評価指標>	
領域	下位領域	領域	下位領域
A. 施設及び環境 (19項目, 16.8%)	施設利便性及び外観(2項目)	A. 施設及び環境 (19項目, 17.4%)	施設利便性(1項目)
	内部状態(5項目)		外部状態(1項目)
	設備(7項目)		内部状態(6項目)
	衛生状態(2項目)		施設設備(7項目)
	安全管理(3項目)		衛生状態(1項目)
			安全管理(3項目)
B. 組織運営及び人事管理 (24項目, 21.2%)	運営一般(6項目)	B. 組織運営及び人事管理 (24項目, 22.9%)	運営一般(8項目)
	財務管理(4項目)		人事管理(4項目)
	情報管理(1項目)		職員厚生(2項目)
	人事管理(8項目)		財務管理(4項目)
	従事者満足度(5項目)		情報管理(1項目)
			職員満足(6項目)
C. サービスの質 (33項目, 29.2%)	食事及び栄養(3項目)	C. サービスの質 (43項目, 39.4%)	査定(3項目)
	衣類及び寝具(2項目)		基本生活(8項目)
	入浴及び排泄(3項目)		保健医療(6項目)
	余暇(2項目)		リハビリ(5項目)
	外出, 外泊に対する援助(1項目)		寝たきり及び認知症(5項目)
	看病及び保健医療(6項目)		ホスピス及び葬祭(3項目)
	リハビリ(5項目)		権利(9項目)
	寝たきり及び認知症(4項目)		
	社会サービス(3項目)		
ホスピス及び葬祭(3項目)			
D. 居住者の生活上の権利 (12項目, 10.6%)	入所(3項目)	D. 地域社会関係 (12項目, 11.0%)	開放性(3項目)
	会話(2項目)		地域機関との関係(2項目)
	自由選択(2項目)		ボランティア(4項目)
	自己決定(2項目)		広報(3項目)
	プライバシーの確保(2項目)		
	苦情解決(1項目)		
E. 地域社会関係 (15項目, 13.3%)	地域住民の参加(6項目)	E. 居住老人満足度 (10項目, 9.2%)	職員に対する満足度(2項目)
	施設居住者の地域参加(2項目)		サービスに対する満足度(5項目)
	広報(3項目)		施設設備に対する満足度(2項目)
	ネットワーク(4項目)		施設生活に対する満足度(1項目)
F. 居住老人満足度 (10項目, 8.8%)	職員に対する満足度(2項目)		
	サービスに対する満足度(5項目)		
	施設設備に対する満足度(2項目)		
	施設生活に対する満足度(1項目)		
計(6領域)	34個の下位領域(113項目)	計(5領域)	28個の下位領域(109項目)

資料：韓国保健社会研究院，保健福祉部，2003年社会福祉施設評価及び指標開発（2004）

(3)評価方法

評価点数満点は評価項目に4点をかけて得られるが、各項目の点数はC40（養老施設、実費養老施設、療養施設、実費療養施設のみ該当）とC33（専門療養施設のみ該当）以外は全ての評価項目が1～4点の範囲内で評価するように構成した。加重値適用時、場合によっては最大加重値の適用の幅を総点の7%になるよう調整した。評価書類は評価が実施される前年度の1年間の資料を基準とし、現場確認は現場評価時点を基準として評価している。居住老人調査は現場評価の際、居住老人を基準として行い、実人数の10%を対象（ただし、50人未満である施設の場合5名に限る）に面接調査を実施した。職員調査は現場評価の際、従事者全体を対象とし、自己記入式調査を実施し、職員及び居住老人調査の評価点数の算定は各質問項目に対する回答頻度が最も多い点数とした。各市道評価対象施設の選定は自己評価と現場評価の平均日値率に最も近い施設を選定した。

2.老人福祉施設評価分析

1)第1次施設評価結果

(1)施設種類別評価結果

老人療養施設の評価点数は100点満点で換算した結果72点であった。80点以上の満足できるような点数を得られた無料施設は31.7%（19ヶ所）、70点未満の施設は38.3%（23ヶ所）にのぼった。施設別にみると、無料施設の場合、全体の50ヶ所のうち80点以上の施設は36%（18ヶ所）であったが、実費施設は10%に過ぎなかった。平均値をみても、無料施設は74点、実費施設は64点で、両者間に10点の差があった。つまり、無料施設は70点以上の中上位ランクである一方、実費施設の点数は偏らない分布を示している。しかし、全体施設のうち、90点以上といった上位のランクに該当する施設はなかった。これは老人療養施設のレベルが中上位ランク施設を中心に分布していることを示唆している。

[表 10]施設種類別評価結果（100点換算）

（単位：箇所，%）

点数 種類	40～50 未満	50～60 未満	60～70 未満	70～80 未満	80～90 未満	計	平均点数
無料施設	-	5(10.0)	12(24.0)	15(30.0)	18(36.0)	50(100.0)	74点
実費施設	2(20.0)	2(20.0)	2(20.0)	3(30.0)	1(10.0)	10(100.0)	64点
全体	2(3.3)	7(11.7)	14(23.3)	18(30.0)	19(31.7)	60(100.0)	72点

資料：韓国保健社会研究院，[2000年社会福祉施設評価1]，2001年を保健社会研究院の[老人療養施設評価結果及び政策方案]，2001年から再引用。

(2)領域別評価結果

変動係数を通して評価領域別散布度をみると地域社会関係が 37.8 と他の領域に比べ高い結果であった。無料施設の評価領域別満点対比比率は全般的に 70～80%台で高い方であった。とりわけ、居住者の満足度は 88.0%で評価領域のうち最も高い結果であった。一方、地域関係の領域は 45.4%で低い結果であった。実費施設の領域別評価の結果をみると評価領域別満点対比比率は 60～70%レベルで無料施設に比べ若干低い結果であった。また、居住者満足度においても 78.9%と比率が最も高く、地域社会関係領域の比率が 35.6%と最も低い結果であった（表 11 参照）。

[表 11]領域別評価結果

領域・総点 施設種類		施設 及び 環境	組 織 運 営 及 び 人 事 管 理	サービ スの質	居住者 生活上 の権利	地域社 会関係	居住者 満足度	総点 (加重 値以 前)	総点 (加重 値以 後)	換算 (100 点)
全体	最低値	24.0	22.5	33.5	19.5	2.0	13.7	133.0	137.0	40.4
	最高値	53.0	62.3	89.0	33.0	31.0	30.0	291.1	302.7	89.3
	標準偏差	6.4	8.0	12.6	3.7	7.1	3.9	36.4	38.1	11.2
	平均	44.7	48.3	72.3	26.6	18.8	26.0	236.7	243.1	71.7
	変位係数	14.3	17.8	17.4	13.9	37.8	15.0	15.4	15.7	15.6
無料	最低値	24.0	32.4	48.0	19.5	2.0	13.7	170.1	173.5	51.2
	最高値	53.0	62.3	89.0	33.0	31.0	30.0	291.8	302.74	89.3
	標準偏差	6.4	7.8	9.9	3.8	6.6	3.6	32.0	33.8	10.0
	平均/満点 (%)	44.8/54 (82.9)	49.2/69 (71.3)	75.4/94 (80.2)	26.8/32 (83.6)	19.5/43 (45.4)	26.4/30 (88.0)	242.0/322 (75.2)	249.1/341.3 (73.0)	73.4/100 (73.4)
	変位係数	14.3	15.9	13.1	14.2	33.9	13.6	13.2	13.6	13.6
実費	最低値	35.0	22.5	33.5	21.0	3.0	15.0	132.0	137.0	40.4
	最高値	53.0	58.0	79.5	32.0	28.0	30.0	278.0	286.4	84.4
	標準偏差	6.4	11.8	14.3	3.6	8.8	4.7	46.4	47.1	13.9
	平均/満点 (%)	44.0/56 (78.6)	43.1/69 (63.5)	57.1/87 (65.6)	25.9/35 (73.9)	15.3/43 (35.6)	23.7/30 (78.9)	209.9/320 (65.6)	214.6/339.2 (63.3)	63.3/100 (63.3)
	変位係数	14.6	26.9	25.0	13.9	57.5	22.1	22.1	21.9	22.0

資料：韓国保健社会研究院、[2000年社会福祉施設評価 1]、2001を保健社会研究院の[老人療養施設評価結果及び政策方案]、2001から再引用。

2)第 2 次評価事業の結果

2002年から2004年まで実施された第2次サービス評価事業の結果は次のとおりである。

専門療養施設、療養施設、実費養老施設、実費療養施設等5種類の老人福祉施設の全体平均点数は80点という一定のレベルを示しており、これを施設別にみると、専門療養施設(84.4点)、療養施設(80.6点)、養老施設

(79.3点)、実費養老施設(77.4点)、実費養老施設(75点)という結果であった。1次評価がなされた養老施設、療養施設、実費養老施設の場合、評価結果を比べると養老施設の場合、平均が5点ほど上昇した。

すべての評価において専門療養施設の評価点数が84.4点で最も高い結果を示しており、実費療養施設の評価は75点という低い結果であった。領域別にみると、1次評価と同様に施設及び環境的側面は短期間で改善が可能な評価項目であり、他の項目に比べて相対的に高い評価を受けた。全般的に評価が低い項目は地域社会との関係、サービスの質的な側面を示しているが、これは短期間の努力によって改善することが困難な事項であり、該当施設の積極的な努力及び関心を通して長期的な計画をもとに修正されるべき項目であると考えられる。また、運営及び人事管理側面に対する低い評価は老人社会福祉施設運営の専門性が不十分であることを示している。専門的なサービスを提供するためには専門家の確保とともに施設運営の効率性及び運営の客観性を確保しなければならないと考える。

[表 12]老人福祉施設の施設種別評価点数分布

点数分布		満点对比 90点以上	80点以上 70点未満	70点以上 80点未満	60点以上 70点未満	50点以上 60点未満	50点未満	平均点数	総施設数
養老施設	2001年度	3ヶ所 (3.8)	21ヶ所 (26.6)	32ヶ所 (40.5)	13ヶ所 (16.5)	7ヶ所 (8.9)	3ヶ所 (3.8)	74.6点	79ヶ所 (100.0)
	2003年度	11ヶ所 (14.1)	31ヶ所 (39.7)	21ヶ所 (26.9)	12ヶ所 (15.4)	3ヶ所 (3.8)	-	79.3点	78ヶ所 (100.0)
療養施設	2000年度	-	18ヶ所	15ヶ所	12ヶ所	5ヶ所	-	73.4点	50ヶ所 (100.0)
	2003年度	12ヶ所 (16.0)	34ヶ所	17ヶ所	10ヶ所	1ヶ所	1ヶ所 (1.3)	80.6点	75ヶ所 (100.0)
実費療養施設	2000年度	-	1ヶ所 (10.0)	3ヶ所 (30.0)	2ヶ所 (20.0)	2ヶ所 (20.0)	2ヶ所 (20.0)	63.3点	10ヶ所 (100.0)
	2003年度	2ヶ所 (15.4)	2ヶ所 (15.4)	5ヶ所 (38.5)	2ヶ所 (15.4)	1ヶ所 (7.7)	1ヶ所 (7.7)	75.0点	13ヶ所 (100.0)

資料：韓国保健社会研究院、[2003年社会福祉施設評価及び指標開発]、2004

3)第1次及び2次評価事業の示唆点

(1)人的資源の質的、量的拡充をとおした専門的サービスの提供

2003年度評価は2003年と同様に、施設に対する人件費支援が法的人員

配置基準に達していないことが明らかになった。職員の不足でサービス内容は基本的なサービスだけの提供にとどまり、リハビリサービス、ねたきり及び認知症老人に対する適切なサービスが充実されていない結果をもたらしている。また、5種類の老人福祉施設が共通しているものとして、社会連携領域の点数が最も低く、施設の地域社会への広報、後援者及びボランティアを開発し施設に必要な資源の開発への努力が不十分であるか、もしくは余力がないことが伺える。人材支援の拡大は専門的サービスの提供のみならず、地域社会資源の積極的活用を通して施設運営の効率性も増大することができるだろう。

(2)老人福祉施設評価の枠組みの持続的改善

客観的資料による職員の厚生評価レベルは低い結果であったが、その一方職員調査による満足度は高い結果であり、居住老人満足度の調査結果がほとんど「とても満足している」という返答であった。今後、施設の種別状況と保護老人の特性が反映された評価の枠組みを開発しなければならないと考える。

(3)より改善すべき評価領域

専門人材の不足と評価指標の公正性、評価の信頼性など多くの問題点をかかえたまま始まった社会福祉施設評価は施設改善に肯定的な影響を及ぼしている。何より評価を受ける施設が評価基準にもとづき、サービスのマニュアルと記録状態を点検して質的向上を図っていることがわかる。これは、評価結果が地域社会に公表されるためである。しかしながら、評価指標の選定の客観性、評価者の専門性の有無、評価資料の有効期限、評価結果の活用など改善の余地が多い。とりわけ、現在の評価は老人福祉施設のプログラムの評価中心ではなく、全般的な施設運営評価に偏った傾向がみられる。そこで、個別プログラムの効果及び効率に対する検証を通して老人福祉施設の本来の役割を遂行できる評価方案を具体的に設けることが必要であり、その中でも施設のサービスの質に対して集中的な評価を行うことが欠かせないものと考えられる。

政府政策 セロマジプラン 2010 (高齢社会における QOL の向上基盤の構築)

政府としては低出産・高齢社会に対応した全般的な社会、経済構造改革を推進して 2020 年まで「持続発展可能社会」を実現するといったビジョン 2010 を推進中である。この計画は 5 年単位、3 段階の最終年である 2020 年に完成する予定である。各段階別推進目標は次の通りである(表 13)。

〔表 13〕ビジョン 2010 段階別推進目標

時期	高齢化対策	低出産対策
第 1 次(06-10)	高齢社会対応基盤の構築	出産・育児に有利な環境助成
第 2 次(11-15)	高齢社会対応体系の広告化	漸進的出産率の回復
第 3 次(16-20)	高齢社会成功的適応	O E C D 国家 平均水準出産率の回復

第 1 次低出産高齢社会 基本計画案は「セロマジプラン 2010」と名づけられている。基本計画は出産率下落傾向の反転と高齢社会適応基盤の構築を目標として、3 分野において 70 項目の移行課題、230 個の細部事業を推進する大規模の計画を含んでいる¹⁰⁾。この章では、この中で高齢社会における QOL 向上基盤構築のくわしい推進内容を探ってみる。低出産高齢社会基本計画(ビジョン 2010)はヨーロッパ式の社会協約形式を取り入れている。

1. 推進背景と基本方向

1) 推進背景

わが国の老人人口比重が急増するに伴い老後の生活安定は社会安定における必須要素となった。老後生活の安定は老人の貧困・疾病・疎外感等の 3 大苦痛から抜け出し、自立と尊厳を維持できる基盤を整える為の必須条件であるにもかかわらず、国民年金財政危機、老人医療費増加による健康保険財政の不安など若い世代の経済的負担が増加し、新旧世代間の葛藤を招きかねない。負担緩和の為には、本格的な高齢化が進む前に老後生活安定

¹⁰⁾ 本事業の細部推進目標は 出産に有利な環境の助成 高齢社会生活の質の向上基盤の構築 低出生率高齢社会の成長動力の確保 低出産・高齢化社会に対応した社会環境の助成と政策効果性の再考に区分される。

対策と若い世代の負担緩和の為の方案をまとめる必要がある。

2)基本方向

高齢者とその家族のQOLの向上の為の3つの主要課題は 安定した老後所得保障、健康で活発的な老後生活の保障、安全で活気のある老後生活基盤の造成である。この課題は下記の基本方向にそって推進する。

老人福祉全般に対する予防と事前準備に焦点を置く。

消極的な福祉サービス提供方式を積極的な方式に転換する。

政策対象者及び受給者の特性と需要に見合ったサービスを提供する。

既存の人的、物的資源を最大限、密に連携して活用する。

2.安定的な老後所得保証体系の構築

1) 公的年金制度の充実化

(1) 国民年金の長期持続可能性の確保及び四角地帯の解消

公的年金制度の充実の為には国民年金の長期持続可能性が不可欠である。現在、国民年金は低負担 高受給構造及び人口高齢化が合間って2036年には当年度収支赤字が発生し、2047年度には積立資金が底を付く恐れがある。よって国民年金制度改革の推進、適正負担 適正受給体系への転換と財政状況を勘案した老後貧困対策の両方を推進していく必要がある。

(2) 特殊職役年金制度の改善

特殊職役年金及び低負担 高受給体系と制度拡大及び高齢化に伴う年金受給者の急増により財政負担が大きくなってきている。負担及び受給体系を合理的に調整する一方、責任準備金の積立方案を備え、国民年金との公平性を再考しなければならない¹¹⁾。

(3) 国民年金と特殊職役年金加入期間の連携

現在民・官交流が拡大されているが、年金間加入期間別途算定により年

¹¹⁾ 60歳以上の老人のうち、公的年金の総受給者（国民年金を含む）は約78万名で、60歳以上の老人の14.3%がこれに該当する。'ビジョン2030'によると公的年金の受給率は2020年47%、2030年に65.5%に増加すると予測されている。

金を受け取れない四角地帯が発生しているため、年間 8 万名程度が年金受給権を確保できず、他の年金制度へ移行している。特殊職役年金間の加入期間を互いに連携して、年金受給権を強化し、労働市場の柔軟性を高める必要がある。加入期間をつないだ場合、新規年金受給者は継続的に増加すると予測される。

(4)高齡社会の勤勞誘引提供のための年金体系構築

現行の国民年金受給制度は早期退職を抑制し、高齡者の勤勞活動を奨励するための利益が不十分である。従って、年金受給開始年齢以降継続して勤勞受給時期を延期する場合、1 年あたり 6 % ずつ受給額を増額し、早期老齡年金受給者が所得活動の再開受給額の利益を受け取るようにする。その一方、60 歳になる前から年金を受給する時は年金減額率を 5% から 6% へ拡大する。

(5)国民基礎生活保障

すべての国民の基本生活を保障するために、人間らしい生活を保障し自立基盤を充実化するため、社会セフティネットを構築したものである。そのために生活保護（生計、住居、教育、出産、葬祭、自活受給）と医療保護を構築する公的扶助といったプログラムを開発したが、勤勞能力のある者であっても最低生計費以下の世帯であれば、所得財産等の調査を経て生計費の受給対象者になることができる¹²⁾。

(6)敬老年金

国民年金受給の対象とならない 65 歳以上の基礎生活受給老人と 71 歳以上の低所得老人のみが対象となっているが、最近政府は 65 歳以上の低所得老人に一括支給する方案を検討しているところである。現在老人福祉法を改正し、都市勤勞者平均所得の 60%(1 家族基準 月 59 万 3 千ウォン)以下の所得者のうち 65 歳以上の高齡者全員に 3 万 5 千(60 歳以上)~ 5 万ずつ(80 歳以上)の敬老年金を支給する方法を検討中である。

(7)敬老乗車券

去る 90 年以降 65 歳以上の全ての高齡者を対象として各段階別に 36,000 ウォンずつ支給されていた交通手段が今年 1 月 1 日からは現金で支給され

¹²⁾ 国民基礎生活保障の総受給者のうち 65 歳以上の老人が占める比率は 25.8%(2005 年基準)で、総人口数の 7.3%に該当する。

る。これは市郡区間のバス料金が違い、敬老乗車券の全国的な共用が難しいからである。

2) 私的所得保障制度の充実

(1)退職年金制度の早期定着

公共機関退職年金の転換拡大及び新規事業所に対する退職年金の義務化を推進する。4人以下の事業所の退職受給導入を推進し、1年未満の勤続者に対しても退職受給制度を拡大適用する方案を検討する。

(2)個人年金活性化の支援

個人年金活性化推移を勘案して税制支援法案を検討し、中長期的な金融所得課税制度の整備と連携して年金所得の税制整備を推進する。長期資本市場の育成、資産運用手段の多様化等、個人年金活性化の為のインフラを構築する。

3.健康的で活気ある老後生活保障

1)老後健康管理及び療養保護基盤の充実

(1)事前予防的保健医療体系の構築

相対的に医療ニーズが大きい老人人口の増加は国民医療費支出を増加させ健康保険財政の負担となる要因の一つである。従って幼児期、学齢期、職場等、生涯周期別健康管理の基盤を構築し、公共保健医療体系を事前予防及び健康管理に焦点を置いた「身近な保健所」に転換し年齢別、健康水準別に見合った保健医療サービスを提供する。このように保健所業務の中で老人保健サービスの機能が大幅に強化されないといけない¹³⁾。また、学校、職場、障害者体育等の個人別特性に合う生活体育を活性化する。

(2)老後医療保障の強化及び老人運動の活性化

老人性疾病に対する健康保険の保障の充実を図る。健康保険の財政を考

¹³⁾ 政府は公共保健医療を充実するために「公共医拡大総合対策案」を発表しており、2009年まで総額4兆3千億ウォンが投入される予定である

慮し、老人の義歯を段階的に受給化することを検討している一方、末期疾病患者に対するホスピスサービスを制度化及び給付化する予定である。認知症や脳卒中等、老人性疾病に対して療養型病院酬價を個別に適応するようにし、老人健康増進優秀保健所を指定して家庭訪問及び老人福祉施設を巡回しながら高齢者を対象とした運動指導を実施する。韓国では次第に保健医療サービスと社会福祉サービスを老人福祉サービスの増進または、向上という視点からこの二つを統合しようとする主張が強まっている。

(3)老人スバル(髭髪・介護)保険制度導入及び老人療養インフラの充実

高齢化が進むに従い認知症、通風など長期介護制度を必要とする高齢者が増加している。高齢者に入浴、看護及び家事支援等の介護サービスを提供する事で生活の質の向上を図り、高齢者の家族の福祉増進の為にも老人介護制度導入の必要性が大きくなってきている。老人介護制度の対象者は65歳以上の老人及び64歳以下の認知症、脳血管性疾患等の老人性の疾患を患った方である。介護サービスの種類は〔表14〕の通りである。

2005年現在、認知症対応病院など公共療養施設の入所能力は43%水準で、老人療養施設543箇所(30千病床)、在宅施設848箇所(40千名)を運営中である。従って、〔老人療養保護 インフラ10ヵ年 拡充計画(‘02-‘11)〕に従い毎年100数箇所の施設を増設する予定である(表15参照)。

〔表14〕介護サービスの種類

種類	内容	運営機関
在宅介護サービス	家事介護 入浴介護 看護介護 昼・夜間保護介護 短期保護介護	介護機関 訪問看護機関 昼・夜間保護施設 短期保護施設
施設介護サービス 特別現金サービス	施設入所介護 家族介護費 特例介護費 療養病院介護費	老人医療福祉施設 (療養施設、専門療養施設)

資料：第1次 低出産高齢社会 基本計画試案 2006-2010

〔表15〕老人療養施設増設年次別計画

(単位：箇所数)

区分	合計	‘06年	‘07年	‘08年	‘09年	‘10年
療養施設	456	102	142	142	35	35
グループホーム	297	155	71	71		
小規模療養施設	359	65	147	147		
在宅老人福祉施設	180		90	90		
農業村在宅老人福祉施設	107	16	22	22	42	
合計	1,399	338	477	472	477	35

資料：第1次 低出産高齢社会 基本計画試案 2006-2010

(4)認知症老人に対する総合的管理及び支援体系の構築

2005 年を基準にして 65 歳以上の老人の内、認知症老人が 364 千名(全体老人の 8.3%)と推定され高齢化に伴い継続的な増加が予測される。保健所の認知症相談センター機能を強化し保健所を通じた認知症早期検診及び登録・管理体系を構築し、公立認知症療養病院を増設し 2005 年現在 6,027 病床から 2008 年には 7,557 病床、2010 年には 8,577 病床に増設する計画である。

4.安全で活気ある老後生活基盤の造成

1)安全な居住空間の確保

高齢化及び未来社会委員会の報告によると、2004 年を境に高齢者世帯(65 歳以上の夫婦又は独身)の 50%が最低居住基準を満たしていない事が浮きぼりになった。都心部より農村部の高齢者世帯が、また持ち家世帯に比べ賃貸世帯の方がより劣悪な居住環境である。このように劣悪な居住環境では室内で転落・転倒事故を起こす危険性がとても高い。低出産高齢社会委員会の〔高齢社会住居支援総合対策〕(2006)の報告によると農村高齢者の 32.3%、都市高齢者の 20.0%が室内において事故を経験している事が明らかになっている。従って、高齢者世帯が他者の介助なしで安全な居住生活を送る事ができる程度のスペースが必要となる。よって政府は高齢者用国民賃貸住宅の供給を段階的に拡大する一方、保健所・老人福祉館等高齢者に配慮した施設と連携しながら運営する計画である。

2)高齢にやさしい交通環境の造成

既存の交通量の多いところにある施設は高齢者にとって便利性と安定性に欠けるという問題点がある。2004 年全国老人生活実態及び福祉欲求調査の結果から 65 歳以上の老人の 68.9%が交通手段としてバスと地下鉄を利用すると答えた。また老人歩行者の 31.7%は道路歩行中、障害物につまずき転倒した経験があると答えており、高齢者が安全・便利に公共交通を利用できる環境の助成が必要である。従って、高齢者が利用しやすいように公共交通環境を改善し 2008 年までに全ての地下鉄駅にエレベーター及びエ

スカレーターを設置しノンステップバスを拡大する一方、障害者・高齢者を対象としたコールタクシーを運営する計画である。また、老人保護区域(シルバーゾーン)を導入し、該当区域の横断歩道の信号時間を延長する方案も推進している。65歳以上の高齢人口が全体の14%以上を超過する高齢化社会に突入後には(2019年頃と予想される)全ての横断歩道への適用を推進している。高齢運転手の保護の為に車両に付けるシルバーマーク制度を導入も検討中である。

3)活動的な老人の社会参加環境の造成

(1)老人的合形雇用の創出

健康で能力を有する高齢者が徐々に増加するにつれ就労及び社会活動を希望する老人人口も持続的に増加している。高齢者の社会参加、補充的な所得資源、高齢者の経緯と経験の活用、健康増進など色んな側面において就労は重要であり、2004年から高齢者雇用事業を推進中である¹⁴⁾。

〔表 16〕老人雇用創出計画

区分	‘05年	‘06年	‘07年	‘08年	‘09年	‘10年
計(千名)	100	180	230	280	330	380
政府創出	35	80	110	140	170	200
民間企業斡旋	65	100	120	140	160	180

資料：第1次 低出産高齢社会 基本計画試案 2006-2010

高齢者雇用事業の推進に伴い単純労務形態の公益形雇用比率を縮小し、生産性が高く福祉増進に寄与する老・老ケア等の福祉形雇用の比率を伸ばす等、事業の充実化を図っている。

(2)老人余暇・文化活動の支援

わが国の高齢者の余暇生活は非常に消極的であり活動性が低い。テレビ観賞、睡眠、花札及び将棋などの余暇活動は活動性が低く自己開発の側面においても物足りない印象を受ける。多様な高齢者世代を対象とした余暇プログラムを開発し余暇文化及び社会活動に高齢者が主体的に参加する環

¹⁴⁾ 最近になって大規模老人雇用創出に関する各種会議と博覧会が開催されている。高齢者平均雇用率は2001年3%、2002年3.7%、2003年4.2%、2004年4~5%そして2005年は5%と継続的に増加している。(老人時代新聞、2006.9.25)

境を造成する必要がある。スポーツや観光等、多様な分野のシルバークラブ活動を支援し、高齢者に馴染みやすい文化コンテンツの開発及び地方文化院等を活用したシルバー文化老人プログラムを推進する計画である。

(3)農魚村老人福祉基盤の充実

現行の老人福祉サービスは高齢化の程度、地域特性等を勘案しておらず画一的に提供されている実情である。農村の場合、都市よりも早く高齢化が進んでおり差別化された老人福祉政策が必要である。政府は高齢化の程度、福祉サービス支援水準及び地域別の力量などを考慮した差別化された老人福祉政策モデルの開発を推進中である。‘身近にある老人保健福祉センター’を運営し現場中心のサービス提供を目標において自立困難な老人の為に家庭奉仕員（ホームヘルパー）を派遣し、高齢脆弱農家に（家事）支援員を派遣する等、在宅サービスを持続的に拡大する計画である。一方、高齢者と都市の引退者のための農魚村地域の医療・住居・余暇・在宅施設等が統合された包括老人福祉施設の造成を推進中である。

(4)老人権益増進及び孝文化の造成

老人虐待予防活動強化の為に、「中央老人保護専門機関」を設置・運営する一方、老人虐待関連研究調査、プログラム開発、老人虐待相談・教育・広報、虐待事例集を発刊する予定である。また、孝文化の高揚と定着の為に、教科課程に老人及び老父母に対する恭敬の実践事例を盛り込み、孝行者等に対して表彰する予定である。老父母扶養者に対する住宅供給と優遇方案を増設し65歳以上老父母を扶養する3年以上の無住宅世帯主には住宅供給を優遇する方案も検討中である。

5.投資計画

「セロマジプラン2010」の為に今年から2010年まで全ての32兆ウォンが導入される予定であるがこれは国費11兆三千億ウォン(35.0%)、地方費13兆ウォン(41%)、各種基金7兆8千億ウォン(24%)が当てられる予定である。特に高齢化対策の為に7兆2千億ウォンが導入される見込みである¹⁵⁾。

¹⁵⁾ 政府が、世出構造助成、非課税減免制度施設抑制及び縮小、自営業者所得把握を通じた税収基盤充実等の対策を講じたにもかかわらず、参加年代によってはこのように莫大な財源をどのように調達するのか非常に懐疑的である。

〔表 17〕低出産高齢社会基本計画の年次別投資計画 (単位：兆ウォン)

区分		2005	2006～2010					
			計	2006	2007	2008	2009	2010
計		2.4	32.1	3.8	5.7	7.1	7.3	8.2
国費	一般会計	0.6	10.4	1.1	1.7	2.3	2.4	2.9
	特別会計	0.1	0.9	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2
地方費		0.8	13	1.4	2.3	3.0	3.0	3.3
資金等		0.8	7.9	1.1	1.5	1.7	1.7	1.9
分野別	低出産	1.1	18.9	2.1	3.2	4.0	4.6	5.0
	高齢化	0.7	7.2	0.8	1.3	1.8	1.4	1.9
	成長動力	0.7	6.0	0.8	1.2	1.3	1.3	1.4
	その他	-	0.03	0.001	0.007	0.008	0.009	0.009

結び

韓国と日本は高齢者問題がその程度に差はあるものの、深刻な事は共通している。ただ日本の場合、1961年全国国民医療制度が実施された後に、世界最高の高齢社会を迎えた為、老人医療費制度を続けて整備してきたが、韓国の場合は1989年全国国民医療保険実施後も2005年に入るまでは、老人療養サービスを準備するための取組みはなかった。つまり、2005年10月になってようやく老人スバル(髭髪・介護)保障法が立法予告され、2006年3月に老人スバル(髭髪・介護)保険制度モデル事業が始まり、6月になってから低出産高齢化問題を解決する為のヨーロッパ式の社会協約〔セロマジプラン2010〕が提結されたことになった。また2006年8月には〔社会ビジョン2030〕の中で‘明るく楽しい老後’が先進福祉国家の為のビジョンと戦略に統合され始めた。これから始まりであると言える。

韓国政府は去る7月に老人スバル(髭髪・介護)保障制度関連のモデル事業の実施以外にも「(仮称)高齢関連産業支援法」を策定し、公聴会を開催した事がある。同法の制定は購買力を持った老人が巨大な潜在需要階層としてみなされ、高齢関連産業として国家の新しい成長動力産業に育成する必要性から推進された。この法は「低出産・高齢社会基本法」下の法律としてその後、高齢関連産業分野に対する法的基盤を形作る事となった。

このように韓国政府が急いで対策を講じる必要がある理由は世界最低の

出産率と世界最高の高齢化と家族の老人扶養能力が既に限界に達し、急増している疾病をかかえている老人の問題を社会が連携して解決するほかに方法がないからである。現在、第2期モデル事業に入った老人スバル(髭髪・介護)保険制度は療養施設の不足と教育を経た人材の不足を克服する為に全力を尽くしているところである。だが、この保険の管理運営方式と財源調達方式、受惠対象の範囲と受給内容をもって近年国会では与党と野党間の激しい激突が予想され、(社)大韓老人会では今年会期中に同法を通過させる為に最善を尽くしている。

そこで、本稿では高齢化福祉サービスの質を顧客である高齢者とサービス提供者と政府間政策に関連しているものと見ている。既存の文献は、多くの高齢者の生活実態が厳しい経済状態であり、健康状態も悪く、役割喪失と社会的疎外感の為に福祉ニーズが大きいことを示している。その中でも女性高齢者と農漁村高齢者、独居老人の福祉ニーズにおいて充分満たされていない事が理解できる。特に、食事配達サービスとデイサービス、補助具貸与サービス及びホームヘルパー派遣サービスの拡大が優先課題となっている。

今年で7周年を迎える韓国老人福祉サービスの質の評価はまだ不十分であるものの、その一方では勇気付けられるような結果も出されている。例えば、老人福祉施設の従事者が不足し、地域社会との連携が不十分であり、施設間のサービスの質は大きな変化が現れていることから改善の余地があると思われる。特に実費施設に対する評価はサービスの質をはじめとするすべての領域において無料施設に比べて低い結果であった。しかし、老人福祉施設評価の尺度を引き続き改善しており、第一次評価より第二次評価結果の方が大きな向上がみられているなど、施設評価の公開の成果が現れている。現在はハードウェアに対する評価にとどまっているが、これからはソフトウェアに該当する個別老人福祉プログラムの質と効率性について検討されなければならない。そして高齢者の満たされていないニーズが大きいにもかかわらず施設評価において居住者満足度が80%を越えているという不協和音を克服しなければならない。

韓国では日本よりも急速に進む高齢化に対応し高齢者問題の解決能力を養う為に「セロマジプラン 2010」と「社会ビジョン 2030」を発表した事がある。「セロマジプラン 2010」は高齢者とその家族のQOLの向上を目的に公的年金制度、特殊職役年金制度、国民基礎生活保障制度及び退職年金制

度と個人年金の活性化を通じ安定的な老後所得保障体系の構築を目指す。一方、健康で活気ある老後生活を保障する為に予防的保健医療体系を構築し、老後医療保障制度を強化して老人スバル(髭髪・介護)保険制度と認知症高齢者支援体系を強化する為の老人療養インフラの改善を急いでいる。また、来る 2010 年までに老人雇用確保を通じた活動的な高齢者社会参加環境を造成する等、安全で活気ある老後生活基盤の強化等に 7 兆 2 千億ウォンを導入する予定である。共に生きる希望韓国「社会ビジョン 2030」においても経済的で安定し健康的な老後生活が可能となる社会福祉先進化 18 題課題を推進する予定である。しかし、上記の二つのプログラムは自営業者の所得把握が困難なため、サラリーマンと自営業者の間の不均衡な租税負担問題を解決しないといけない難関に直面しており具体的なプログラムより宣言的意味においての事業で構成されている。

韓国が世界最高の高齢化に対応する為には次の 2 つの改革を成さなければならない。まず租税制度の改革が先行しないと財源確保が容易で無い事は確かである。このように明確な欠点があるにもかかわらず政府が多くは社会団体とその代表達と高齢化対策に対する社会的合意を得るのに成功した事を出だしは好調であると考えられる。従って、このような協力をもとに公共政策上の高齢者福祉サービス支援体系が定着させなければならないと考えられる。次に、既に第三期老人福祉施設評価においても試みている福祉施設プログラムの評価体系を発展させていかななければならない。そうする事で施設間の老人福祉サービスの質の格差がより開く可能性があるが、この障害はしっかり克服していく課題であろう。

最後に指摘したいのはまだ、不十分であるが日々向上している韓国の高齢者福祉サービスがかえって高齢者の福祉依存症を助長したりまたは高齢者の経済力回復の障害にならないか、ということである。韓国ではこれを予防するために高齢者に見合う雇用の確保を積極的に展開している。「日・韓こころの交流シンポジウム」での意見交換がこのような全ての課題をより明確にし、その対応策を練るため一助かになる事と確信するところである。

プロフィール

文 玉綸 (ムン・オンニョン)

韓国スバル(髭髪・介護)保険モデル事業評価委員長
ソウル大学校 保健大学院 前院長

学歴

1955年4月～1961年3月 釜山 慶南中・高等学校卒業
1961年3月～1963年2月 ソウル大学校文理科大学 医予科
1963年3月～1967年2月 ソウル大学校医科大学医学士
1967年3月～1969年2月 ソウル大学校保健大学院保健学科保健学修士
1972年9月～1973年5月 米国ミシガン大学保健学科保健学修士
1973年9月～1974年8月 米国 UCLA 保健大学院ポスドクターラルスカラ
1985年10月～1986年10月 ロンドン政経大学社会行政学科社会行政学修士
2001年1月 仁済大学校大学院名誉保健学博士

学内活動

1969年9月～現在 ソウル大学校保健大学院 専任講師、助教授、副教授、教授
2001年4月～2003年5月 ソウル大学校保健大学院院長
2006年9月～現在 ソウル大学校保健大学院保健医療政策最高管理者課程主任教授
2005年6月～現在 ソウル大学校保健大学院健康増進センター長(所長)
修士学位輩出 - 330 余名
博士学位輩出 - 20 余名

学術活動

論文発表 - 『我国の医療政策決定過程の現況と課題』他 171 件
単行本、翻訳書、研究領域報告書 - 『診療費支出制度の長期的改善』他 106 件

学会活動

1994年11月～現在 韓国科学技術翰林院 終身会員
2004年5月～現在 健康 福祉社会を開く集い(コンサモ) 常任代表
2005年6月～2006年12月 第1回世界アルコール会議組織委員長
大韓予防医学会理事長(1992～1994)
韓国保健行政学会長(1994～1996)
韓国社会保障学会長(1996～1998)
韓国アルコール科学会長(2002～2005)
健康増進および保健教育学会 理事(現在)
韓国老年学会理事(1992～1996)

主要社会活動

- 1998年10月～現在 韓国失明予防財団理事
- 1998年10月～現在 財団法人イジユ南北韓保健医療問題研究所理事
- 2002年1月～現在 韓国遠隔診療協会副会長
- 2002年1月～現在 韓国保健産業振興院理事
- 2002年2月～現在 韓国病院経営研究院理事
- 2002年5月～現在 汎国民節酒運動本部本部長
- 2002年10月～現在 精神保健審議委員会委員(保健福祉部)
- 2003年1月～現在 大韓保健協会副会長、理事
- 2004年12月～現在 韓国エイズ退治連盟会長
- 2005年4月19日～2007年6月30日 保健福祉部老人療養保障制度
運営評価委員会共同委員長
- 2005年4月～現在 保健福祉部健康増進産業審議委員会委員
- 2006年5月～現在 保健福祉部医療給与革新委員会委員長
- 2006年10月～2007年10月 大統領諮問医療産業先進化委員会委員
- 2006年10月～2007年10月 大統領諮問保健医療サービス制度改善小委委員長

한국의 고령자 복지 서비스 동향



문 옥 룬

한국수발보험 시범사업 평가위원장
서울대학교 보건대학원 전원장

I. 머리글

1. 한국사회의 고령화

1980년대까지만 해도 피라미드형을 유지하던 인구구조는 출산율의 급감과 평균수명 증가의 여파로 2005년에는 유소년인구가 적고 생산가능인구가 많은 이른바 선진국형 인구구조로 변모하였다.¹⁾ 이 후 2016년을 정점으로 생산가능인구(15~64세)가 감소할 것으로 전망되며, 또 2020년을 정점으로 총인구가 감소할 것으로 보이나, 노인인구의 증가추세는 감소할 기미를 보이지 않고 있다.²⁾

OECD국가들의 노인인구비율과 비교했을 때, 2005년도의 노인인구비율은 9.3%로 여타의 국가들보다 낮은 수준이나, 노인인구비율의 증가세가 가파르게 상승하고 있어서 이대로라면 2050년경에는 예상 노인인구비율이 37.3%로 OECD국가들 중 가장 노인인구비율이 높은 국가가 될 것으로 전망된다.³⁾

1983년 합계출산율이 인구대체수준 이하로 하락한 이래 20여 년간 저출

1) 2003년에 이미 가임여성인구(15-49세)가 감소하기 시작하여 합계출산력이 1.19명으로 떨어졌다.

2) 한국사회는 2018년에 노인인구의 비율이 14%로 고령화사회에 진입할 예정인데, 이때가 되면 노인인구수가 유년인구수를 능가하는 인구의 대역전현상이 일어날 전망이다.

3) 2050년도의 노인인구비율은 일본이 36.5%, 스페인 36.0%, 이태리 34.4%, 독일 27.9%로 추계되어 있다.

산현상이 지속되었고 특히 외환위기 이후 2001년부터는 초저출산 사회에 진입하였다. 그 결과, 1970년에서 2000년 사이 불과 30년 동안 합계출산율은 4.53에서 1.47로 3.06이나 줄어들었고, 2005년에는 1.08로서 세계최저 수준이 되었다. 2005년도의 출생아 수는 44만명으로 이는 1980년도의 87만명의 절반 수준이라고 할 수 있다. 이러한 감소는 주 출산연령층인 20-34세 여성인구가 날로 감소함에 따라 더 심화될 전망이다. 이처럼 저출산이 심화되면 인구의 노령화가 더욱 가속될 수밖에 없다.

서구 사회에서는 고령화사회(aging society)에서 고령사회(aged society)를 거쳐 초고령화사회(aged society)로 이행하는데 프랑스 155년, 영국 91년, 미국 88년, 이태리 81년, 독일 78년, 일본이 36년이 소요되었으나, 우리의 경우에는 불과26년(고령사회까지 18년, 초고령사회까지 8년)이 소요될 것이라 전망되고 있다.

인구의 고령화가 이렇게 급격하게 진행되고 있는데 비하여 노인복지서비스의 질에 대한 연구는 걸음마 단계에 머물고 있다. 아직 실태파악 수준을 벗어나지 못한 셈이다. 여기서는 한국의 노인복지시설 서비스 평가를 중심으로 노인복지서비스의 질을 살펴보고, 정부가 마련한 새로마지플랜2010을 중심으로 고령사회 삶의 질 향상기반 구축에 대하여 고찰한다.

[표 1] 주요국의 인구고령화 속도

구분	도달년도			소요년수	
	고령화사회 (7%)	고령사회 (14%)	초고령사회 (20%)	고령사회 도달	초고령사회 도달
한국	2000	2018	2026	18	8
일본	1970	1994	2006	24	12
독일	1932	1972	2010	40	38
미국	1942	2014	2030	72	16
프랑스	1864	1979	2019	115	40

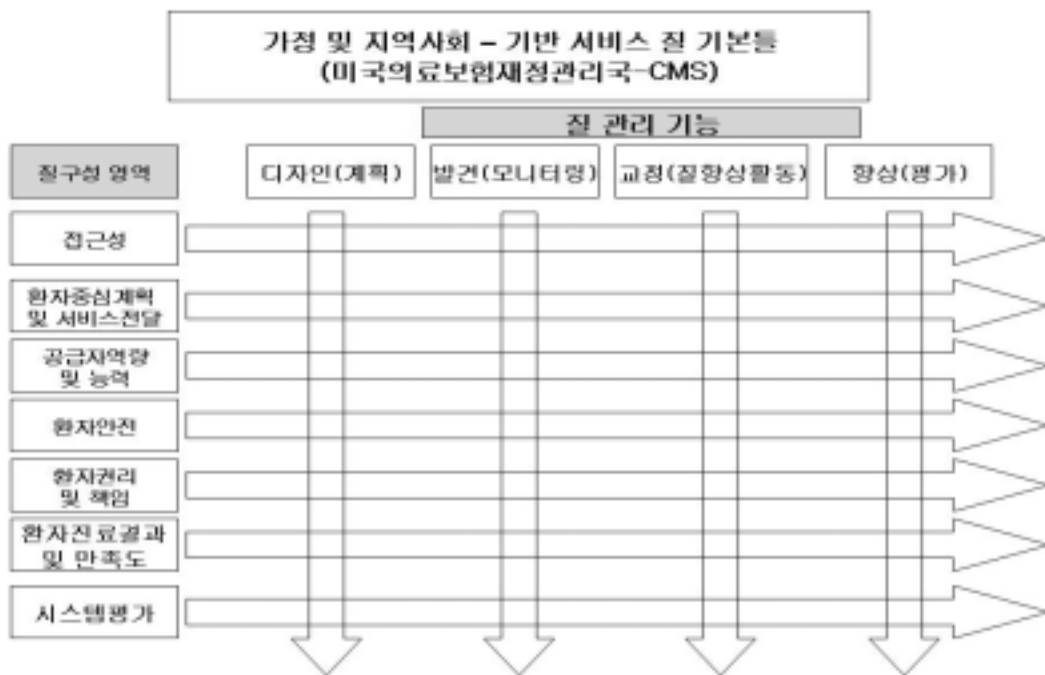
자료: 통계청, [장래인구특별추계], 2005 제1차 저출산고령사회 기본계획시안 2006-2010에서 재인용함.

2. 노인복지서비스 질의 분석 틀

일반적으로 서비스의 질이라 함은 서비스공급자의 서비스내용의 적절성과 우수한 정도를 지칭하는 것으로 입장에 따라 서비스내용의 적절성은 달라진다. 의료제공자의 입장에서 보면 제공하는 서비스가 과학적 증거에 기반한 서비스로 효과가 뛰어나야 할 것이고 안전하고 시기적절하게 시행되어야

하며 환자와의 의사소통이 원만하게 이루어진 경우를 의미한다. 고객 또는 환자 입장에서는 서비스 제공자가 제공한 서비스의 만족도가 높을 때 서비스 내용이 적절하다 할 수 있다. 만족도란 서비스의 접근성과 공급자와의 의사소통과 보살핌이 상호 존중하는 관계에서 이루어져야하고, 정보제공이나 교육이 충분하게 이루어지며 진료가 연속적으로 이루어지는 것을 의미한다. 서비스를 구매하는 정책당국의 입장은 비용 면에서 효율적이고, 서비스에 책임을 져야하며 현대과학의 측면에서 제공할 가치가 있어야 할 것이다. 이처럼 서비스는 다면적 고찰이 필요한 복합적인 산물이다. Lawthers는 서비스의 질을 접근성과 임상진료의 적절성과 환자의 경험으로 나누어서 분석하고 있다.

인구의 고령화에 초점을 맞추면 서비스의 질 관리는 만성질환의 질병부담과 환자의 만족도와 지역사회자원 활용의 측면에서 고찰이 가능하다. 미국의료보험 재정관리국의 서비스 평가들은 접근성과 환자중심서비스전달, 공급지역량 및 능력, 환자안전, 환자권리 및 책임, 환자진료 결과만족도, 시스템 평가로 이루어져 있다. 이를 계획, 모니터링, 교정(질향상활동) 및 평가의 단계로 나누어서 매트릭스화 하였다.



[그림 1] 미국의료보험재정관리국의 가정 및 지역사회기반 서비스 평가 틀

자료 : Harvard, Center for Health Policy & Research

우리나라의 경우 인구고령화가 급격하게 진행하고 있어서 이러한 상황에서는 노인복지서비스의 질 또한 급격하게 상황에 적응하도록 해야 할 것이다.

본고에서는 노인복지서비스의 질을 노인, 복지시설제공자, 정책 당국 측면으로 나누어서 고찰하기로 한다(그림2 참조). 즉 노인복지 서비스의 질은 노인과 복지시설 제공자와 정부의 정책 사이에서 결정되는 것이다.



[그림 3] 본 주제의 분석틀

II. 고령인구의 삶의 질

1. 삶의 질 연구

삶의 질을 ‘개인 및 인구집단이 향유하는 물리적·비물리적 가치의 총화’라고 정의한다면 개개인이 향유할 수 있는 양적, 경제적, 물질적 생활여건뿐만 아니라 주관적인 생활만족의 정도 등을 포함하는 종합적이고 포괄적인 개념이다(오영희 등, 2005). 삶의 질을 향상시키려는 인간의 욕구는 단순히 소득 수준의 상승에 기인한 것이라기보다는 행복한 삶을 추구하고자 하는 인간의 본능으로, 노인은 향상된 삶의 질을 누릴 권리가 있다. 고령화사회(Aging Society)에서 가장 보편적으로 나타나고 있는 노인문제는 빈곤, 질병, 역할상실, 소외 등의 문제이며, 특히 취약계층에 속하는 여성노인, 농어촌노인, 독거노인 등의 경우 사회적 의존성이 높아, 이들을 위한 효과적인 정책 개발이 요구된다. 이들 정책의 수립을 위해서는 노인계층의 복지욕구를 올바르게 파악하여 노인계층의 삶의 질을 향상시킬 필요가 있다.

본고에서는 보건사회연구원이 2005년에 발표한 연구보고서 [2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사]와 이를 토대로 2005년 연구된 [노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구 -여성·농어촌·독거노인의 생활실태를 중심으로-]를 토대로 고령자의 삶의 질 측정 결과를 제시하고자 한다. [노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구 - 여성·농어촌·독거노인의

생활실태를 중심으로-)는 한국보건사회연구원에서 2004년도에 실시한 [전국 노인생활실태 및 복지욕구조사]의 원자료 중에서 여성노인과 농어촌노인, 독거노인의 데이터를 심층 분석했다.⁴⁾

2. 여성, 농어촌, 독거노인의 복지욕구

1) 노인의 복지욕구 분석

본 단락의 내용은 보건사회연구원의 2005년 보고서 [노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구 - 여성·농어촌·독거노인의 생활실태를 중심으로-]중 노인의 건강 및 복지 욕구 만을 요약 정리한 것이다⁵⁾. 이 보고서에서는 선행연구를 통해 여성노인, 농어촌노인, 독거노인의 세 집단에 대해 노인 인구 중에서도 사회적 관심이 필요한 취약계층 노인집단이라 정의하고, 이들 노인취약계층의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 정책의 제언에 연구의 목적을 두었다.

(1) 여성노인의 복지욕구

여성노인의 흡연율과 음주율은 낮은 수준이나, 운동이나 영양식 섭취는 남성에 비해 실천 정도가 낮았다. 여성노인은 만성질환에 더 많이 노출되어있으며 시력과 씹기능력이 남성에 비해 떨어지고, 주관적 건강인식 및 낙상사고율이 남성보다 높아 전반적으로 남성노인에 비해 건강상태가 더 열악함을 알 수 있다. 주관적 건강인식도에서 여성은 26.2%가 좋다고 응답했으나, 남성의 46.9%보다 20.7% 포인트나 적은 편이다. 그리고 낙상사고율은 남성의 약 2배가 된다.

요양욕구와 관련하여 성별차이를 분석한 결과 도구적 일상생활수행능력,

4) 본 연구에서 분석대상인 농어촌지역은 행정구역을 기준으로 9개 도지역의 읍지역과 면지역 거주노인으로 한정하였으며, 독거노인가구는 노인 1명이 가구를 구성하고 있는 노인대상자로 정의한 것이다. [2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사]원자료의 조사대상자인 65세이상노인 3,278명 중 독거노인, 노인부부가구, 자녀동거가구에 포함된 노인만을 분석대상(2,851명)으로 하였고, 기타가구의 노인은 일관성이 결여될 것으로 예상하여 제외시켰다. (오영희 등, 2005)

5) 자료의 분석은 한국보건사회연구원에서 2004년도에 실시한 [전국 노인 생활실태 및 복지욕구조사] 원자료를 재분석하였다. 기존 자료는 65세 이상 노인 3,278명에 대한 개인조사가 이루어졌으나, 본 연구에서는 가구형태분류에서 독거노인, 노인부부가구, 자녀동거가구에 포함된 본인응답노인(2,851명)만을 분석대상으로 하였다. 여성노인, 농어촌노인, 독거노인에 대한 비교적 관점에서 분석을 시도하였기 때문에, 기타가구에 포함된 노인은 가구특성상 일관성이 결여될 것으로 예상되어 분석대상에서 제외시켰다.

인지능력, 문제행동, 재활마비, 재활구축 영역에서 여성의 욕구가 남성보다 높았다. 연령보정후에도 여성의 요양관련욕구는 남성에 비해 전반적으로 더 크다. 노인복지서비스의 인지율은 낮으나 이용욕구는 남성에 비해 높았다. 여성노인의 노인복지서비스 이용희망률에서 노인요양시설, 가사지원서비스, 경로식당/무료급식, 노인식사배달서비스, 가정간호서비스에 대한 이용희망률이 높게 나타났다(표 3참조).

[표 2] 여성의 건강상태 - 성별 건강인식도, 시력, 저작력, 청력 양호도 및 낙상사고율

구분	여성	남성	전체 (N)
주관적 건강인식 양호군	26.2	46.9	34.2(2,853)
시력양호군	28.0	38.9	32.2
저작력 양호군	10.7	15.9	12.7
청력 양호군	27.2	7.1	18.0
낙상사고율	18.6	9.9	15.2(2,849)

자료 : 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구, 2005

[표 3] 여성의 건강상태 및 복지욕구

구분	여성	남성	전체
현재 흡연자인 비율(%)	7.5	33.4	17.5
현재 음주자인 비율(%)	22.1	53.3	34.2
아주 규칙적으로 운동하는 비율(%)	24.7	37.0	29.5
매우 영양섭취노력을 하는 비율(%)	5.6	8.0	6.5
독감예방접종률(%)	77.7	71.5	75.3
건강검진수진율(%)	50.1	56.4	52.6
만성질환유병률(%)	95.0	84.3	90.8

	변수	평균(표준편차)		t값
		여성	남성	
요양욕구 차이	기본적 일상생활수행능력(ADL)	12.13(1.05)	12.11(0.77)	-0.67
	도구적 일상생활수행능력 (IADL)	10.79(2.23)	10.43(1.94)	-4.60***
	인지능력	0.26(0.76)	0.19(0.61)	-2.73***
	문제행동	0.20(1.06)	0.13(0.57)	-2.19**
	간호처치 욕구 출현율	0.08(0.36)	0.08(0.61)	-0.23
	재활마비	4.23(0.79)	4.11(0.50)	-5.12***
	재활구축 욕구 출현율	8.00(3.02)	7.05(2.34)	-9.24***

	변수	여성	남성	전체
노인복지서비스 이용희망률(%)	노인전문병원(노인치매요양병원 등)	37.7	40.3	38.7
	노인(전문)요양시설/양로시설	30.1	28.6	29.5
	단기보호시설	12.9	17.1	14.5
	주간보호시설(탁노소)	14.6	17.6	15.8
	치매상담센터(보건소 치매상담센터)	30.7	34.2	32.0
	가사지원서비스(가정봉사원 등)	32.7	27.7	30.7
	경로식당 / 무료급식	21.1	16.8	19.4
	(거동불편)노인식사배달	28.0	22.6	25.9
	가정(방문)간호서비스	46.6	43.2	45.2
	보장구대여서비스	27.4	28.1	27.6

자료 : 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구, 2005⁶⁾

6) 본 표는 2005년도 [노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구] 보고서에 실린 표 일부를 재구성한 것이다.

주 : #=p<.1, *=p<.05, **=p<.01, ***=p<.001

(2) 농어촌노인의 복지욕구

농어촌노인은 도시노인에 비해 음주율과 흡연율은 높고, 운동실천과 영양섭취실천행위는 낮은 수준이었다. 만성질환유병률과 주관적 건강인식, 시력, 청력, 저작력 등 전반적인 건강상태 역시 농어촌노인이 더 나쁜 것으로 나타났다.

농어촌노인은 장기간에 걸친 육체노동으로 인해 노년기에 재활구축 관련 영양욕구가 많이 발생하는 것으로 보인다. 노인복지서비스의 인지율과 이용(경험)률은 전반적으로 도시노인에 비해 낮은 편이나, 치매상담센터, 노인식사배달, 가사지원서비스, 가정간호서비스, 보장구대여서비스의 이용희망률이 도시노인보다 높은 것으로 나타났다(표 4참조).

[표 4] 농어촌노인의 건강상태 및 복지욕구

구분	농어촌	도시	전체
현재 흡연자인 비율(%)	20.4	16.1	17.5
현재 음주자인 비율(%)	34.6	34.0	34.2
아주 규칙적으로 운동하는 비율(%)	18.8	34.6	29.5
매우 영양섭취노력을 하는 비율(%)	4.8	7.4	6.5
독감예방접종률(%)	80.1	73.0	75.3
건강검진수진율(%)	53.7	52.0	52.6
만성질환유병률(%)	92.1	90.2	90.8
낙상사고율(%)	15.4	15.1	15.2

요양욕구 차이	변수	평균(표준편차)		t값
		농어촌	도시	
	일상생활수행능력(ADL)	12.12(0.97)	12.12(0.94)	0.126
	도구적 일상생활수행능력 (IADL)	10.69(2.09)	10.62(2.14)	-0.749
	인지능력	0.23(0.72)	0.23(0.69)	-0.014
	문제행동	0.13(0.82)	0.19(0.94)	1.487
	간호처치	0.12(0.60)	0.06(0.38)	-2.733***
	재활마비	4.21(0.73)	4.16(0.67)	-1.781**
	재활구축	8.09(3.09)	7.40(2.63)	-5.712***

노인복지서비스 이용희망률(%)	변수	농어촌	도시	전체
노인(전문)요양시설/양로시설	24.8	31.8	29.5	
단기보호시설	14.2	14.7	14.5	
주간보호시설(탁노소)	14.5	16.4	15.8	
치매상담센터(보건소 치매상담센터)	34.1	31.0	32.0	
가사지원서비스(가정봉사원 등)	32.9	29.7	30.7	
경로식당 / 무료급식	21.7	18.4	19.5	
(거동불편)노인식사배달	28.6	24.6	25.9	
가정(방문)간호서비스	51.2	42.3	45.2	
보장구대여서비스	30.2	26.4	27.6	

주 : #=p<.1, *=p<.05, **=p<.01, ***=p<.001 자료 : 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구, 20057)

7) 본 표는 2005년도 [노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구] 보고서에 실린 표 일부를 재구성한 것이다.

(3) 독거노인의 복지욕구

독거노인의 흡연률과 금연률은 낮은 편이나, 노인부부나 자녀동거가구에 비해 영양섭취 노력정도가 낮았다. 또 만성질환유병률, 주관적 건강인식 및 낙상사고율이 높고 시력, 청력, 저작력 등이 떨어져 타 가구형태에 비해 전반적으로 건강상태가 취약하였다. 기타 일상생활의 수행능력과 인지능력에서 독거노인은 노인부부, 자녀동거노인에 비해 능력이 떨어지지 않는으나 문제행동 중 ‘우울상태나 울기도 함’에 속하는 경우가 타 가구형태에 비해 높게 나타났다.

독거노인이 향후 이용하기를 희망하는 노인복지서비스로는 노인전문요양시설 및 양로시설, 가사지원서비스, 경로식당 및 무료급식, 노인식사배달 서비스 등이었다(표5참조).

[표 5] 독거노인의 건강상태 및 복지욕구

구분		독거노인	노인부부	자녀동거	
현재 흡연자인 비율(%)		11.8	19.6	19.0	
현재 음주자인 비율(%)		26.0	40.0	33.5	
아주 규칙적으로 운동하는 비율(%)		29.8	32.3	26.5	
매우 영양섭취노력을 하는 비율(%)		4.9	8.0	6.1	
독감예방접종률(%)		74.6	77.3	73.8	
건강검진수진율(%)		51.0	56.1	50.1	
만성질환유병률(%)		96.0	88.3	90.2	
낙상사고율(%)		21.7	12.6	13.9	
요양욕구 차이	변수	평균(표준편차)			t값
	일상생활수행능력(ADL)	12.06(0.45)	12.13(1.01)	12.14(1.10)	1.689
	도구적 일상생활수행능력 (IADL)	10.51(1.47)	10.55(2.19)	10.82(2.37)	6.239**
	인지능력	0.19(0.63)	0.22(0.66)	0.26(0.78)	1.924
	문제행동	0.20(1.39)	0.10(0.48)	0.22(0.83)	5.509***
	간호처치	0.08(0.28)	0.06(0.36)	0.09(0.62)	0.690
	재활마비	4.22(0.74)	4.16(0.64)	4.17(0.70)	1.576
	재활구축	8.26(3.13)	7.40(2.64)	7.46(2.70)	22.093***
	노인복지서비스 이용희망률(%)		독거노인	노인부부	자녀동거
노인전문병원 (노인치매요양병원 등)		35.6	40.5	38.9	
노인(전문)요양시설/양로시설		32.9	29.6	27.4	
단기보호시설		10.8	16.9	14.5	
주간보호시설(탁노소)		11.4	18.2	16.0	
치매상담센터 (보건소 치매상담센터)		28.7	35.6	30.6	
가사지원서비스(가정봉사원 등)		35.0	32.4	26.5	
경로식당 / 무료급식		26.2	18.2	16.5	
(거동불편)노인식사배달		36.8	25.3	20.0	
가정(방문)간호서비스		47.3	49.0	40.2	
보장구대여서비스	24.6	32.0	25.2		

주 : #=p<.1, *=p<.05, **=p<.01, ***=p<.001 자료 : 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구, 2005⁸⁾

(4) 장기요양관련 정책 우선순위

① 노인복지서비스 이용희망률

어떠한 노인복지서비스를 향후 이용할 것인가에 대한 질문은 ‘가정(방문)간호서비스’에 대한 이용희망률이 45.2%로 가장 높았으며 노인전문병원은 38.7%, 노인요양시설은 29.5%를 차지하였다(표6 참조).

[표 6] 성별 노인복지서비스에 대한 이용희망률

(단위 : %, 명)

구분	여성	남성	전체	(대상자)
노인전문병원(노인치매요양병원 등)	37.7	40.3	38.7	(2,846)
노인(전문)요양시설/양로시설	30.1	28.6	29.5	(2,842)
단기보호시설	12.9	17.1	14.5	(2,847)
주간보호시설(탁노소)	14.6	17.6	15.8	(2,847)
치매상담센터(보건소 치매상담센터)	30.7	34.2	32.0	(2,845)
가사지원서비스(가정봉사원 등)	32.7	27.7	30.7	(2,846)
경로식당/무료급식	21.1	16.8	19.4	(2,847)
(거동불편)노인식사배달	28.0	22.6	25.9	(2,845)
가정(방문)간호서비스	46.6	43.2	45.2	(2,845)
보장구대여서비스	27.4	28.1	27.6	(2,844)

자료 : 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구, 2005

② 장기요양관련 정책적 우선순위

장기요양관련 정책 중 ‘식사제공(배달) 서비스 확대’가 42.1%로 가장 높고, 그 다음이 ‘주간보호서비스 확대’가 28.8% 순이다. ‘식사제공(배달) 서비스 확대’는 남성노인이 여성노인보다 요구도가 높고, ‘주간보호서비스 확대’는 남성노인보다 여성노인의 요구가 더 높았다. 보장구 대여서비스가 7.6%로 3위였고, 가정봉사원 서비스 확대가 3.9%로 4위였다.(표7참조)

[표 7] 노인의 성별 장기요양관련 정책적 우선순위

(단위 : %, 명)

구분	여성	남성	전체
식사제공(배달) 서비스 확대	38.0	48.6	42.1
주간보호서비스 확대	31.3	24.9	28.8
보장구 대여서비스 확대	8.5	6.1	7.6
가정봉사원서비스 확대	4.0	3.7	3.9
단기보호서비스 확대	1.9	1.5	1.7
요양시설 확대	1.5	0.9	1.3
가정간호 서비스 확대	0.9	0.9	0.9
기타	13.9	13.4	13.7
정부지원 필요없음	0.1	0.1	0.1
계(명)	100.0(1,718)	100.0(1,101)	100.0(2,819)

자료 : 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구, 2005

8) 본 표는 2005년도 [노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구] 보고서에 실린 표 일부를 재구성한 것이다.

Ⅲ. 노인 복지서비스의 질

1. 노인복지시설 서비스 평가

1) 연혁

사회복지시설에 대한 평가는 1999년에 처음 실시되었으니 여타 선진제국에 비하여 상당히 늦게 시작된 셈이다.⁹⁾ 1999년~2003년까지는 한국보건사회연구원의 주관아래 시행되었으며, 2004년~2007년까지의 평가는 한국사회복지협의회의 주관아래 사회복지시설복지평가단에 의해 평가가 이루어지고 있다. 노인복지시설의 경우 1999년에 최초로 노인복지시설 평가 틀이 개발되었으며, 이에 기초한 실제적인 평가가 2000년에는 요양시설과 실비요양시설, 2001년에는 양로시설을 대상으로 하여 실시되었다. 이러한 배경 하에 2003년에는 중앙정부로부터 재정적 지원을 받고 있는 3년 이상 운영된 모든 노인복지시설에 대한 평가가 실시되었으며 2006년 현재 3차 노인복지시설평가가 실시 중이다.

2) 평가 목적

사회복지시설 평가의 장기적 목적은 다음의 세 가지이다. ① 그간 꾸준히 요구되어온 사회복지시설의 투명성과 서비스의 질 향상을 통한 사회복지시설 이용자와 구민의 복지수준 향상에 기여하기 위함이고 ② 사회복지시설 평가결과를 반영한 예산집행의 효율성과 합리성을 유도하며 ③ 사회복지시설 운영의 선진화를 지원하기 위함이다. 이를 달성하기 위한 서비스평가의 단기적인 목적은 ① 입소 및 이용시설에 대한 평가를 통하여 효율적이고 효과적인 사회복지시설의 운영기반을 정착시키고, 시설 간 선의의 경쟁을 유도하고자 함이며, ② 시설 이용자의 인권이 보호되고 지역사회와의 긴밀한 연계 속에서 사회복지시설의 운영이 이루어질 수 있는 기틀을 마련하고자 함이며, ③ 사회복지시설의 실태파악을 통한 국가 지원 수준에 대한 과학적인 근거자료를 산출하는데 있다.

9) 1998년에 사회복지사업법 개정을 통해 사회복지사업법시행규칙 제27조에서 3년마다 1회 이상 직원의 전문성, 시설환경, 서비스 만족도 등에 대하여 평가하도록 하는 법적근거가 마련되었다. 이는 그간 요구되어온 사회복지시설운영의 합리화와 투명화, 양질의 사회복지서비스 제공을 유도하고 효율적인 사회복지전달체계의 활성화를 꾀하기 위함이었다.

3) 평가대상 및 방법

(1) 평가대상

개정된 사회복지사업법에 의거하여 모든 사회복지시설은 3년마다 1회 이상의 사회복지서비스 평가를 의무적으로 받도록 되어 있다. 연도별 평가대상은 [표8]과 같다.

[표 8] 사회복지시설서비스평가 대상기관

시기	대상기관	총 개소수(개)
1999년	정신요양시설(59) 및 장애인복지관(36)등	95
2000년	아동영아시설(28), 노인요양시설(60) , 여성입소시설(61), 정신지체장애 인시설(52), 부랑인시설(33), 사회복지관(285)등	519
2001년	아동(244), 노인양로(81) , 장애인(134)등	463
2002년	정신요양시설(55), 부랑인시설(33), 장애인복지관(56;시평가), 노인복지회관(시도평가)	144
2003년	노인복지시설(시,도평가) , 모자복지시설(시,도평가), 사회복지관(334;서 울,경기시도자체평가)	334
2004년	아동복지시설(275), 장애인생활시설(238:시도평가) 평가	513
2005년	정신요양시설(55), 사회복지시설(121), 부랑인복지시설(38), 장애인복 지관(120)	334
2006년	종합사회복지관(352), 노인복지회관(88:서울제외) , 노인복지시설(249)	689

(2) 평가틀의 수정 및 구성

2003년 노인복지시설평가지표는 1999년 개발시 제시된 것과 동일한 원칙인 노인입장에서의 개별화된 적절성, 정상화, 욕구의 충족성, 잔존능력유지 및 개발이라는 시설운영원칙과 시설입장에서의 사회화, 전문성, 투명성의 원칙에 기반하고 있다. 1차(2000년), 2차(2003년) 평가영역은 [표9]와 같다.

노인복지시설에는 양로시설, 요양시설, 실비양로시설, 실비요양시설, 노인전문요양시설 등 5개의 유형으로 나누어져 있기 때문에 각 종별로 평가체계를 달리하였다. 첫째, 시설과 환경, 조직운영 및 인사관리와 같은 영역은 5개 시설이 모두 동일한 평가 항목으로 선정되어 있으며, 서비스의 질이나 지역사회 관계항목, 거주노인 만족도 항목 등은 시설별 특징을 반영하기 위하여 항목 조정 및 점수조정이 이루어 졌다.

3차 평가영역은 ‘시설 및 환경평가’, ‘조직운영 및 인사관리’, ‘서비스의 질’, ‘지역사회 관계’, ‘거주노인만족도’의 5개 영역으로 개편되었으며, 기존에 별도의 영역으로 구성되었던 ‘거주자의 생활상의 권리’영역은 ‘서비스의 질’의 한

하위영역으로 통합되었고, 전문요양시설의 경우 ‘거주노인만족도’영역은 대상자들의 조사가 불가능하여 제외시켜 총 4개영역으로 구성이 이루어졌다.

[표 9] 신구(新舊) 노인복지시설 평가지표 구성의 비교

1차 <1999년도 평가지표>		2차 <2003년도 개정 평가지표>	
영역	하위영역	영역	하위영역
A. 시설 및 환경(총 19항목, 16.8%)	시설접근성 및 외관 (2항목)	A. 시설 및 환경(총 19항목, 17.4%)	시설접근성 (1항목)
	내부상태(5항목)		외부환경(1항목)
	설비(7항목)		내부환경(6항목)
	위생상태(2항목)		시설설비(7항목)
	안전관리(3항목)		위생관리(1항목)
B. 조직운영 및 인사관리(총 24항목, 21.2%)	운영일반(6항목)	B. 조직운영 및 인사관리(총 24항목, 22.9%)	운영일반(8항목)
	재무관리(4항목)		인사관리(4항목)
	정보관리(1항목)		직원후생(2항목)
	인사관리(8항목)		재무관리(4항목)
	종사자만족도(5항목)		정보관리(1항목)
C.서비스의 질(총 33항목, 29.2%)	식사 및 영양(3항목)	C.서비스의 질(총 43항목, 39.4%)	사정 (3항목)
	의류 및 침구(2항목)		기본생활 (8항목)
	입욕 및 배설(3항목)		보건의료 (6항목)
	여가 (2항목)		재활 (5항목)
	외출, 외박에 대한 원조(1항목)		와상환자 및 치매 (5항목)
	간병 및 보건의료(6항목)		호스피스 및 장례 (3항목)
	재활 (5항목)		권리 (9개항목)
	와상환자 및 치매 (4항목)		
	사회서비스(3항목)		
	호스피스 및 장례 (3항목)		
D. 거주자의 생활상의 권리(총12항목, 10.6%)	입소(3항목)	D. 지역사회 관계(총12항목, 11.0%)	개방성(3항목)
	회화(2항목)		지역기관과의 관계 (2항목)
	자유선택(2항목)		자원봉사(4항목)
	자기결정(2항목)		홍보 (3항목)
	사생활확보(2항목)		
	불평해결(1항목)		
E. 지역사회 관계(총 15항목, 13.3%)	지역주민의 참여(6항목)	E. 거주노인 만족도(총 10항목, 9.2%)	직원에 대한 만족도 (2항목)
	시설거주자의 지역참여(2항목)		서비스에 대한 만족도 (5항목)
	홍보 (3항목)		시설설비에 대한 만족도 (2항목)
	연계망 (4항목)		시설생활에 대한 만족도 (1항목)
F. 거주노인 만족도(총10항목, 8.8%)	직원에 대한 만족도(2항목)	계(총 6영역)	총 28개 하위영역 (109개 항목)
	서비스에 대한 만족도(5항목)		
	시설설비에 대한 만족도 (2항목)		
	시설생활에 대한 만족도 (1항목)		
계(총 6영역)	총 34개 하위영역 (113개 항목)	계(총 5영역)	

자료 : 한국보건사회연구원, 보건복지부, 2003년 사회복지시설 평가 및 지표개발 (2004)

(3) 평가방법

평가점수만점은 총 평가항목에 4점을 곱해서 얻는데, 각 항목의 점수는 C40(양로시설, 실비양로시설, 용양시설, 실비용양시설만 해당)과 C33(전문요양시설만 해당)을 제외하고는 모든 평가항목이 1~4점의 범위에서 평가하게 구성되었다. 가중치 적용시, 경우에 따른 최대 가중치 적용폭을 총점의 7%가 되도록 조정했다. 평가서류는 평가가 실시되기 전년도 1년간 자료를 기준으로 하며, 현장확인도 현장평가지점을 기준으로 평가하였다. 거주노인 조사는 현장평가지 거주노인을 기준으로하며 실 현원의 10%를 대상 (단 50인 미만 시설의 경우 5명에 한함)으로 면접조사를 실시하였다. 직원조사는 현장평가지 종사자 전체를 대상으로 자기기입식 조사를 실시하였고, 직원 및 거주노인조사의 평가점수 산정은 각 질문항목에 대하여 응답빈도가 가장 많은 점수로 하였다. 각 시도 평가대상시설의 선정은 자체평가와 현장평가의 평균일치율에 가장 근접한 시설을 선정하였다.

2. 노인복지시설 평가 분석

1) 제 1차 시설평가 결과

(1) 시설종류별 평가결과

노인요양시설의 평가점수는 총점을 100점으로 환산한 결과 72점이었다. 80점 이상의 만족할만한 정수를 취득한 무료시설은 31.7%(19개소), 70점 미만의 시설이 38.3%(23개소)나 되었다. 시설별로 살펴보면, 무료시설의 경우 전체 50개소중 80점 이상의 시설이 36%(18개소)인데 비하여 실비시설은 10%에 불과하였다. 평균치를 보아도 무료시설은 74점, 실비시설은 64점으로 양자간에 10점의 차이가 있다. 즉, 무료시설은 70이상의 중상위권 시설의 비중이 높게 나타난 반면, 실비시설의 경우 점수별로 고른 분포를 나타내고 있었다. 그러나, 전체시설중 90점 이상인 상위시설은 없었다. 이는 노인요양시설의 수준이 중상위급 시설 위주로 분포함을 보여준다.

[표 10] 시설종류별 평가결과 (100점 환산)

(단위 : 개소, %)

점수	40~50미만	50~60미만	60~70미만	70~80미만	80~90미만	계	평균점수
종류							
무료시설	-	5(10.0)	12(24.0)	15(30.0)	18(36.0)	50(100.0)	74점
실비시설	2(20.0)	2(20.0)	2(20.0)	3(30.0)	1(10.0)	10(100.0)	64점

전체 | 2(3.3) | 7(11.7) | 14(23.3) | 18(30.0) | 19(31.7) | 60(100.0) | 72점
 자료 : 한국보건사회연구원, [2000년 사회복지시설평가 1], 2001 을 보건사회연구원의[노인요양시설 평가결과 및 정책방안],2001에서 재인용함

(2) 영역별 평가결과

변이계수를 통해 평가영역별 산포도를 살펴보면 지역사회관계가 37.8로 다른 영역에 비해 높게 나타났다. 무료시설의 평가영역별 만점 대비 비율은 전반적으로 7-80%대로 높은 편이었다. 특히 거주자 만족도는 88.0%로 평가영역 중 가장 높게 나타났다. 반면 지역사회관계 영역은 45.4%로 낮았다. 실비시설의 영역별 평가결과를 살펴보면 평가영역별 만점 대비 비율은 60-70%수준으로 무료시설에 비해서는 약간 낮았다. 역시 거주자 만족도 분야에서 78.9%로 비율이 가장 높았으며, 지역사회관계 영역의 비율이 35.6%로 가장 낮았다(표11 참조).

[표 11] 영역별 평가결과

영역및총점 시설종류	시설 및 환경	조직운영 및 인사관리	서비스의 질	거주자 생활상의 권리	지역 사회 관계	거주자 만족도	총점 (가중치 이전)	총점 (가중치 이후)	환산 (100점)	
전 체	최저값	24.0	22.5	33.5	19.5	2.0	13.7	133.0	40.4	
	최고값	53.0	62.3	89.0	33.0	31.0	30.0	291.1	89.3	
	표준편차	6.4	8.	12.6	3.7	7.1	3.9	36.4	11.2	
	평균	44.7	48.3	72.3	26.6	18.8	26.0	236.7	71.7	
	변이계수	14.3	17.8	17.4	13.9	37.8	15.0	15.4	15.6	
무 료	최저값	24.0	32.4	48.0	19.5	2.0	13.7	170.1	51.2	
	최고값	53.0	62.3	89.0	33.0	31.0	30.0	291.8	89.3	
	표준편차	6.4	7.8	9.9	3.8	6.6	3.6	32.0	10.0	
	평균/만점 (%)	44.8/54 (82.9)	49.2/69 (71.3)	75.4/94 (80.2)	26.8/32 (83.6)	19.5/43 (45.4)	26.4/30 (88.0)	242.0 /322 (75.2)	249.1 /341.3 (73.0)	73.4 /100 (73.4)
	변이계수	14.3	15.9	13.1	14.2	33.9	13.6	13.2	13.6	
실 비	최저값	35.0	22.5	33.5	21.0	3.0	15.0	132.0	40.4	
	최고값	53.0	58.0	79.5	32.0	28.0	30.0	278.0	84.4	
	표준편차	6.4	11.8	14.3	3.6	8.8	4.7	46.4	13.9	
	평균/만점 (%)	44.0/56 (78.6)	43.1/69 (63.5)	57.1/87 (65.6)	25.9/35 (73.9)	15.3/43 (35.6)	23.7/30 (78.9)	209.9/3 20 (65.6)	214.6/3 39.2 (63.3)	63.3/10 0 (63.3)
	변이계수	14.6	26.9	25.0	13.9	57.5	19.8	22.1	21.9	

자료 : 한국보건사회연구원, [2000년 사회복지시설평가 1], 2001 을 보건사회연구원의[노인요양시설 평가결과 및 정책방안],2001에서 재인용함

2) 제 2차 평가사업 결과

2002년부터 2004년까지 실시된 2차서비스평가사업의 결과는 다음과 같

다. 전문요양시설, 요양시설, 양로시설, 실비양로시설, 실비요양시설등 5개 종류의 노인복지시설의 전체 평균점수는 80점의 일정한 수준을 나타내고 있으며, 이를 시설별로 살펴보면 전문요양시설(84.4점), 요양시설(80.6점), 양로시설(79.3점), 실비양로시설(77.4점), 실비요양시설(75점)로 나타나고 있다. 1차 평가가 이루어진 양로시설, 요양시설, 실비양로시설의 경우 평가결과를 비교하면 양로시설의 경우 평균점수가 약 5점 상승하였다.

모든 평가에 있어서 전문요양시설의 평가점수가 84.4점으로 가장 높게 나타나고 있으며, 실비요양시설의 평가가 75점으로 낮게 나타나고 있다. 영역별로 보면, 1차 평가와 마찬가지로 시설 및 환경적인 측면은 단기간에 걸친 개선이 가능한 평가항목으로 다른 항목에 비해 상대적으로 높은 평가를 받았다. 전반적으로 평가가 낮은 항목은 지역사회와의 관계, 서비스의 질적인 측면을 나타내고 있는데 이는 단기간의 노력으로 개선되기 어려운 사항으로 해당 시설들의 적극적인 노력 및 관심을 통해 장기적인 계획을 통해 수정되어야 할 사항으로 판단된다. 또한, 운영 및 인사관리 측면의 낮은 평가는 노인사회복지시설 운영의 전문성 부족을 보여주고 있다. 전문적인 서비스를 제공하기 위한 전문가의 확보와 더불어 시설운영의 효율성 및 운영의 객관성을 보다 확보해야 할 것으로 판단된다.

[표 12] 노인복지시설의 시설종별 평가점수 분포

점수		분포						평균 점수	총 시설수
		만점대비 90점이상	80점이상 70점 미만	70점 이상 80점 미만	60점이상 70점 미만	50점 이상 60점 미만	50점 미만		
양로시설	2001년도	3개소 (3.8)	21개소 (26.6)	32개소 (40.5)	13개소 (16.5)	7개소 (8.9)	3개소 (3.8)	74.6점	79개소 (100.0)
	2003년도	11개소 (14.1)	31개소 (39.7)	21개소 (26.9)	12개소 (15.4)	3개소 (3.8)	-	79.3점	78개소 (100.0)
요양시설	2000년도	-	18개소 (36.0)	15개소 (30.0)	12개소 (24.0)	5개소 (10.0)	-	73.4점	50개소 (100.0)
	2003년도	12개소 (16.0)	34개소 (45.3)	17개소 (22.7)	10개소 (13.3)	1개소 (1.3)	1개소 (1.3)	80.6점	75개소 (100.0)
실비 요양시설	2000년도	-	1개소 (10.0)	3개소 (30.0)	2개소 (20.0)	2개소 (20.0)	2개소 (20.0)	63.3점	10개소 (100.0)
	2003년도	2개소 (15.4)	2개소 (15.4)	5개소 (38.5)	2개소 (15.4)	1개소 (7.7)	1개소 (7.7)	75.0점	13개소 (100.0)

자료 : 한국보건사회연구원, [2003년 사회복지시설평가 및 지표개발], 2004

3) 제 1차 및 2차 평가사업의 시사점

(1) 인적 자원의 질적, 양적 확충을 통한 전문적 서비스의 제공

2000년과 마찬가지로 2003년도 평가에서 시설에 대한 인건비 지원이 법적 인력배치 기준에 미달하는 것으로 드러났다. 직원의 부족은 서비스의 내용에 있어서 기본적인 서비스제공만을 충족할 뿐 재활서비스, 외상환자 및 치매노인에 대한 적절한 서비스가 내실화되지 못하는 결과를 초래하고 있다. 또한 5종의 노인복지시설이 공통적으로 사회연계 영역 점수가 가장 낮아, 시설이 지역사회에 알려지고 후원자 및 자원봉사자를 개발하여 시설에 필요한 자원을 개발하는데 소홀하든지 아니면 그렇게 할 여력이 없음을 알 수 있다. 인력지원의 확대는 전문적 서비스의 제공 뿐 아니라 지역사회자원의 적극적 활용을 통하여 시설운영의 효율성도 증대시킬 수 있을 것이다.

(2) 노인복지시설 평가들의 지속적인 개선

객관적 자료에 의한 직원의 후생평가수준은 낮았으나 직원조사를 통한 만족도가 높게 나타났으며, 거주노인 만족도 조사 결과가 대부분 매우 만족한다는 응답을 하고 있다. 앞으로는 시설 종별 상황과 보호노인의 특성이 반영된 평가들을 개발해야 할 것이다.

(3) 더욱 개선되어야 할 평가영역들

전문인력의 부족과 평가지표의 공정성, 평가의 신뢰성 등 많은 문제점을 안고 시작한 사회복지시설평가는 시설 개선에 긍정적인 영향을 끼치고 있다. 무엇보다도 평가를 받는 시설들이 평가기준에 근거하여 서비스 매뉴얼과 기록상태를 점검하며 질적인 향상을 꾀하고 있음을 알 수 있다. 이는 평가결과가 지역사회에 공표되기 때문이다. 그러나 평가지표 선정의 객관성, 평가자의 전문성 여부, 평가자료의 시한, 평가결과의 활용에는 개선의 여지가 많다. 특히 현재의 평가는 노인복지시설의 프로그램 평가중심보다 전반적인 시설 운영평가에 치우친 경향을 보이고 있다. 개별프로그램의 효과성 및 효율성에 대한 검증은 통해 노인복지시설이 본연의 몫을 수행할수 있는 평가방안이 구체적으로 마련되어야 할 것이다. 특히 시설에서 제공하는 서비스의 질에 대한 집중적인 평가가 이루어져야 할 것이다.

IV. 정부정책 - 새로마지플랜2010

(고령사회 삶의 질 향상기반 구축)

정부에서는 저출산·고령사회에 대응한 전반적 사회, 경제구조 개혁을 추진하여 2020년까지 '지속발전가능사회'를 실현하겠다는 비전 2010을 추진 중에 있다. 이 계획은 5년 단위로 하여 3단계의 마지막 해인 2020년에 완성될 예정이다. 각 단계별 추진목표는 다음과 같다(표 13).

[표 13] 비전 2010 단계별 추진목표

시기	고령화 대책	저출산 대책
제1차 ('06-'10)	고령사회 대응기반 구축	출산·양육에 유리한 환경 조성
제2차 ('11-'15)	고령사회 대응체계 공고화	점진적 출산율 회복
제3차 ('16-'20)	고령사회 성공적 적응	OECD국가 평균수준 출산율 회복

제 1차 저출산고령사회 기본계획안은 [새로마지플랜2010]이라 이름 붙여졌다. 기본계획에서는 출산율 하락추세의 반전과 고령사회 적응기반 구축을 목표로, 3대 분야에서 70대 이행과제, 230개의 세부사업을 추진하는 대규모 계획을 가지고 있다.¹⁰⁾ 본 단락에서는 이 중 고령사회 삶의 질 향상 기반구축의 세부 추진내용을 살펴보기로 한다. 저출산 고령사회기본계획(비전2010)은 복구라파식의 사회협약 형식을 취하고 있다.

1. 추진배경과 기본 방향

1) 추진배경

우리나라의 노인인구 비중이 급증함에 따라 노후생활안정은 사회 안정에 필수요소가 되었다. 노후생활안정은 노인이 빈곤, 질병, 소외감 등 3대 고통으로부터 벗어나 자립과 존엄성을 유지할 수 있는 기반을 마련하기 위한 필수조건임에도 불구하고, 국민연금재정 위기, 노인의료비증가로 인한 건강보험재정의 불안 등 젊은 세대의 경제적 부담이 가중되어 신·구세대간 갈등을 유발할 수 있다. 부담을 완화를 위해, 본격적인 고령화가 시작되기 전에 노후생활안정대책과 젊

10) 본 사업의 세부 추진목표는 ① 출산에 유리한 환경 조성 ② 고령사회 삶의 질 향상 기반 구축 ③ 저출산·고령사회의 성장동력 확보 ④ 저출산·고령사회 대응 사회분위기 조성 과 정책 효과성 제고 로 구분된다.

은 세대의 부담완화 방안을 마련할 필요가 있다.

2) 기본방향

노인과 그 가족의 삶의 질 향상을 위한 세 가지 주요과제는 ① 안정적인 노후소득 보장, ② 건강하고 활기찬 노후생활 보장, ③ 안전하고 활기찬 노후생활기반 조성이다. 다음 과제는 아래의 기본 방향으로 추진한다.

- 노인복지 전반에 대한 예방과 사전적 준비에 중점
- 소극적인 복지서비스 제공방식을 적극적인 방식으로 전환
- 정책대상자 및 수혜자의 특성과 수요에 맞는 맞춤형 서비스 제공
- 기존의 인적, 물적 자원을 최대한 유기적으로 연계하여 활용

2. 안정적인 노후소득 보장체계 구축

1) 공적 연금제도 내실화

(1) 국민연금의 장기 지속가능성 확보 및 사각지대 해소

공적 연금제도의 내실화를 위해서는 국민연금의 장기 지속가능성이 확보되어야 한다. 현재 국민연금은 저부담-고급여 구조 및 인구고령화로 인해 2036년에는 당년도 수지적자 발생, 2047년에는 적립기금이 소진될 것으로 전망되고 있다. 따라서 국민연금 제도개혁을 추진, 적정부담-적정급여 체계로의 전환과 재정상황을 감안한 노후빈곤 대책을 병행 추진하는 일이 필요하다.

(2) 특수직역연금제도 개선

특수직역연금 또한 저부담-고급여 체계와 제도 성숙 및 고령화에 따른 연금수급자의 급증으로 인해 재정 부담이 가중되고 있다. 부담 및 급여체계를 합리적으로 조정하는 한편, 책임준비금의 적립방안을 마련하고 국민연금과의 형평성을 제고해야 한다.¹¹⁾

(3) 국민연금과 특수직역연금 가입기간 연계

현재 민·관 교류가 확대되고 있으나 연금간 가입기간 별도산정으로 연금을

11) 60세 이상 노인 중 이들 공적연금의 총수급자(국민연금포함)는 약 78만명으로 60세이상 노인의 14.3%가 이에 해당한다. '비전 2030'에 의하면 공적연금의 수급율은 2020년 47%, 2030년에 65.5%로 증가될 전망이다.

받지 못하는 사각지대가 발생하여, 연간 8만명 정도가 연금수급권을 확보하지 못하고 타 연금제도로 이동하고 있다. 특수직역연금간의 가입기간을 서로 연계하여 연금수급권을 강화하고 노동시장의 유연성을 제고하는 일이 필요하다. 가입기간을 연계할 경우 신규 연금수급자는 지속적으로 증가할 전망이다.

(4) 고령사회의 근로유인 제공을 위한 연금체계 구축

현행 국민연금 급여제도는 조기퇴직을 억제하고 고령자의 근로활동을 장려하기 위한 인센티브가 부족하다. 따라서 연금수급 개시연령 이후 계속근로 등으로 수급시기를 연기하는 경우, 1년당 6%씩 급여액을 증액하여 조기노령연금 수급자가 소득활동 재개시 급여액의 인센티브를 받을 수 있도록 한다. 한편 60세 이전 연금수급시 연금 감액비율을 5%에서 6%로 확대한다.

(5) 국민기초생활보장

모든 국민에게 기초생활을 보장하게 인간다운 삶을 보장하고 자립기반을 확충하기 위하여 사회안전망을 구축한 것이다. 이를 위해서 생활보호(생계, 주거, 교육, 해산, 장제, 자활급여)와 의료보호를 구축으로 하는 공적부조를 프로그램을 개발하였는데 근로능력이 있는 자라 할지라도 최저생계비 이하의 가구이면 소득재산 등의 조사를 거쳐 생계비 수급대상자가 될 수 있다.¹²⁾

(6) 경로연금

국민연금의 혜택을 받지 못하는 65세 이상 기초생활수급노인과 71세 이상 저소득 노인에게만 주고 있으나, 최근 정부는 65세 이상 저소득 노인에게 일괄지급하는 방안을 검토하고 있다. 현재 노인복지법을 개정하여 도시근로자 평균소득의 60%(1인가구기준 월 59만 3천원)이하를 버는 65세 이상 노인 모두에게 3만 5천(60세 이상)~5만원씩(80세 이상) 경로연금을 지급하는 방법이 검토되고 있다.

(7) 경로승차권

지난 90년 이래로 65세 이상 모든 노인을 대상으로 하여 매 분기별로

12) 국민기초생활보장 총 수급권자 중에서 65세 이상의 노인이 차지하는 비율은 25.8%(2005년 기준)이고 총인구수의 7.3%에 해당한다.

36,000원 씩 지급되던 교통수단이 금년 1월 1일부터는 현금으로 지급된다. 이는 시군구간 버스요금이 달라서 경로승차권이 전국적인 통용이 어렵기 때문이다.

2) 사적소득보장제도 확충

(1) 퇴직연금제도 조기 정착

공공기관 퇴직연금 전환 확대 및 신규사업장에 대한 퇴직연금의 의무화를 추진한다. 4인이하 사업장의 퇴직급여 도입을 추진하고, 1년미만 근속자에 대하여도 퇴직급여제도를 확대 적용하는 방안을 검토한다.

(2) 개인연금 활성화 지원

개인연금 활성화 추이를 감안하여 세제지원방안을 검토하고, 중장기적으로 금융소득 과세제도 정비와 연계하여 연금소득의 세제정비를 추진한다. 장기자본 시장 육성, 자산운용수단 다양화 등 개인연금 활성화를 위한 인프라를 구축한다.

3. 건강하고 활기찬 노후생활 보장

1) 노후 건강관리 및 요양보호 기반 확충

(1) 사전예방적 보건의료체계 구축

상대적으로 의료수요가 큰 노인인구의 증가는 국민의료비 지출을 증가시키고 건강보험 재정에 부담이 되는 요인 중 하나이다. 따라서 영유아, 학령기, 직장 등 생애주기별 평생건강관리 기반을 구축하고, 공공보건의료체계를 사전예방 및 건강관리에 초점을 둔 '찾아가는 보건소'로 전환하여 연령별, 건강수준별 맞춤형 보건의료서비스를 제공하도록 한다. 이처럼 보건소 업무 중에서 노인보건 서비스의 기능이 대폭 강화되어야 할 것이다.¹³⁾ 또한 학교, 직장, 장애인 체육 등 개인별 특성에 맞는 생활체육을 활성화한다.

13) 참여정부는 공공보건의료를 확충하기 위하여 「공공의료확충종합대책안」을 발표한바 있는데, 2009년까지 총 4조 3천억원이 투입될 예정이다.

(2) 노후의료보장 강화 및 노인운동 활성화

노인성 질환에 대한 건강보험의 보장성을 확대한다. 건강보험의 재정을 고려하여 노인 의치에 대한 단계적인 급여화를 검토하는 한편 말기 질환자의 호스피스서비스를 제도화 및 급여화 하도록 한다. 치매나 뇌졸중 등 노인성 질병에 대해 요양병원형 수가를 개별 및 적용토록하고, 노인 건강증진 허브보건소를 지정하여 가정방문 및 노인복지시설을 순회하며 노인을 대상으로 운동지도를 실시한다. 점차 한국에서는 보건의료서비스와 사회복지서비스를 노인복지서비스의 증진 또는 향상이라는 차원에서 이 양자를 통합해야한다는 주장이 증가하고 있다.

(3) 노인수발보험제도 도입 및 노인요양 인프라 확충

고령화가 진전됨에 따라 치매, 중풍 등 장기 수발서비스를 필요로 하는 노인이 증가하고 있다. 이들에게 목욕, 간호 및 가사지원 등의 수발급여를 제공함으로써 삶의 질을 향상시키고 그 가족의 복지증진을 위하여 노인수발보험제도 도입의 필요성이 증대되었다. 노인수발보험의 대상자는 65세 이상 노인 및 64세 이하의 치매, 뇌혈관성 질환 등 노인성 질병을 가진 자들이다. 수발급여의 종류는 [표14]과 같다.

2005년 현재 치매병원 등 공공요양시설의 입소능력은 43%수준으로, 노인요양시설 543개소(30천병상), 재가시설 848개소(40천명)을 운영중이다. 따라서 [노인요양보호 인프라 10개년 확충 계획('02- '11)]에 따라 매년 100여개소의 시설을 확충할 계획이다.(표15참조)

[표 14] 수발급여의 종류

종류	내용	운영기관
재가수발급여	-가정수발 -목욕수발 -간호수발 -주·야간보호수발 -단기보호수발	-수발기관 -방문간호기관 -주·야간보호시설 -단기보호시설
시설수발급여	-시설 입소 수발	-노인의료복지시설 (요양시설, 전문요양시설 등)
특별현금급여	-가족수발비 -특례수발비 -요양병원수발비	

[표 15] 노인요양시설 확충 연차별 계획

(단위 : 개소수)

구분	계	'06년	'07년	'08년	'09년	'10년
요양시설	456	102	142	142	35	35
그룹 홈	297	155	71	71	-	-
소규모요양시설	359	65	147	147	-	-
재가노인복지시설	180	-	90	90	-	-
농어촌재가노인복지시설	107	16	22	27	42	-
합계	1,399	338	472	477	77	35

자료 : 제1차 저출산고령사회 기본계획시안 2006-2010

(4) 치매노인에 대한 종합적 관리 및 지원체계 구축

2005년을 기준으로 65세이상 노인 중 치매노인이 364천명(전체노인의 8.3%)으로 추정되며 고령화 진행과 더불어 지속적으로 증가할 전망이다. 보건소의 치매상담센터 기능을 강화하여 보건소를 통한 치매 조기검진 및 등록·관리체계를 구축하고, 공립 치매요양병원을 확충하여 2005년 현재 6,027병상에서 2008년에는 7,557병상, 2010년에는 8,577병상으로 확충할 계획이다.

4. 안전하고 활기찬 노후생활기반 조성

1) 안전한 주거공간의 확보

고령화 및 미래사회위원회의 보고에 따르면, 2004년 기준으로 고령자가구(65세이상 부부 또는 독신)의 50%가 최저주거기준에 미달하는 가구인 것으로 드러났다. 도시보다 농촌의 고령자 가구가, 또한 자가га구에 비해 임차가구의 주거수준이 더욱 열악하다. 이러한 열악한 주거환경은 주택 내에서 미끄러지거나 넘어지는 사고의 발생 위험이 높다. 저출산고령사회위원회의 [고령사회 주거지원 종합대책](2006)의 보고에 의하면 농촌고령자의 32.3%, 도시고령자의 20.0%가 주택내에서 안전사고를 경험한 것으로 드러났다. 따라서 고령자가구가 타인의 도움 없이 안전한 주거생활을 할 수 있는 공간이 필요하다. 이에 정부는 고령자용 국민임대주택 공급을 단계적으로 확대하는 한편, 보건소, 노인복지관 등 고령자를 배려한 시설을 연계하여 운영할 계획이다. ‘

2) 고령친화적 교통환경 조성

기존의 차량소통 중심의 시설투자는 고령자의 이동 편의성과 안정성에는 취약하다는 문제점이 있다. 2004년 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사의 결과에 의하면 65세 이상 노인의 68.9%가 교통수단으로 버스와 지하철을 이용한다고 응답하였다. 또 노인 보행자의 31.7%는 도로 보행 중 장애물에 걸려 넘어진 경험이 있다고 응답하여, 고령자가 안전하고 편리하게 대중교통을 이용할 수 있는 환경 조성이 요구된다. 따라서 고령자의 편의에 맞게 대중교통환경을 개선하여 2008년까지 모든 지하철역에 엘리베이터 및 에스컬레이터를 설치하고, 저상버스의 보급을 확대하는 한편 장애인·고령자를 대상으로 하는 콜택시를 운영할 계획이다. 또한 노인보호구역(실버존)을 도입하여 해당 구역 횡단보도의 신호시간을 연장하는 방안도 추진하고 있다. 65세 이상 고령인구가 전체의 14%를 초과하는 고령사회 진입 이후(2019년경 예상)에는 모든 횡단보도에 전면 적용을 추진하고 있다. 고령 운전자의 보호를 위해 차량에 부착하는 실버마크 제도를 도입할 계획이다.

3) 활동적인 노인 사회참여 여건 조성

(1) 노인적합형 일자리 창출

건강하고 능력있는 노인이 점차 증가함에 따라, 취업 및 사회활동을 희망하는 노인인구도 지속적으로 증가하고 있다. 노인의 사회참여, 보충적 소득 지원, 노인의 경륜과 경험의 활용, 건강증진 등 여러 측면에서 취업이 중요하며 이에 2004년부터 노인일자리사업을 추진중에 있다.¹⁴⁾

[표 16] 노인 일자리 창출 계획

구분	'05	'06	'07	'08	'09	'10
계(천명)	100	180	230	280	330	380
정부창출	35	80	110	140	170	200
민간취업알선	65	100	120	140	160	180

자료 : 제1차 저출산고령사회 기본계획시안 2006-2010

노인일자리사업을 추진함에 있어 단순노무형태의 공익형 일자리 비율을 축

14) 최근들어서 대규모 노인일자리 창출에 관한 각종모임과 박람회 개최되지 시작하였다. 고령자 평균고용률은 2001년 3%, 2002년 3.7%, 2003년 4.2%, 2004년 4~5% 그리고 2005년은 5%로 꾸준히 증가하고 있다. (노인시대 신문, 2006.9.25)

소하고, 생산성이 높고 복지증진에 기여하는 노·노케어(老·老 Care)등 복지형 일자리의 비율을 늘리는 등 사업의 내실화를 추진하고 있다.

(2) 노인 여가·문화활동 지원

우리나라 노인의 여가생활은 매우 소극적이며 활동성이 낮다. TV시청, 수면, 화투 및 장기 등의 여가활동은 활동성이 낮으며 자기계발의 측면에서 부족한 감이 있다. 다양한 노인세대 수요를 고려한 여가프로그램을 개발하여 여가문화 및 사회활동에 노인이 주도적으로 참여하는 여건을 조성할 필요가 있다. 스포츠나 관광 등 다양한 분야의 실버동아리 활동을 지원하고, 고령친화형 문화 콘텐츠 개발 및 지방문화원 등을 활용한 실버문화노인프로그램을 추진할 계획이다.

(3) 농어촌 노인복지 기반 확충

현행 노인복지서비스는 고령화 정도, 지역특성 등을 감안하지 못하고 획일적으로 제공되고 있는 실정이다. 농촌의 경우 도시보다 빠르게 고령화가 진행되고 있어 차별화된 노인복지정책이 필요하다. 정부는 고령화 정도, 복지서비스 지원 수준 및 지역별 역량 등을 고려한 차별화된 노인복지정책 모델 개발을 추진 중이다. '찾아가는 노인 보건복지센터'를 운영하여 현장 중심의 서비스를 제공한다는 목표 하에 거동불편 노인을 위한 가정봉사원을 파견하고, 고령 취약농가에 가사도우미를 지원하는 등 재가서비스를 지속적으로 확충할 계획에 있다. 한편, 고령자와 도시 은퇴자를 위하여 농어촌 지역에 의료·주거·여가·재가 시설이 통합된 복합노인복지시설의 조성을 추진 중이다.

(4) 노인권익증진 및 효문화 조성

노인학대 예방활동 강화를 위해, '중앙 노인보호전문기관'을 설치·운영하는 한편 노인학대 관련 연구조사, 프로그램 개발, 노인학대 상담·교육·홍보, 학대사례집을 발간할 예정이다. 또 효문화 고양과 정착을 위해 교과과정에 노인 및 부모공경 실천사례를 포함하고, 효행자 등에 대해서는 표창을 실시할 계획이다. 노부모 부양자에 대한 주택 공급 우대방안을 확대하여 65세 이상 노부모를 부양하는 3년이상 무주택 세대주에게는 주택공급을 우대

하는 방안을 검토 중이다.

5. 투자계획

「새로마지플랜 2010」을 위하여 올해부터 2010년 까지 모두 32조원이 투입될 예정인데, 이는 국비 11조 3천억원(35.0%), 지방비 13조원(41%), 각종기금 7조 8천억원(24%)으로 충당될 예정이다. 특히 고령화 대책을 위하여 7조 2천억원이 투입될 것이다.¹⁵⁾

[표 17] 저출산고령사회기본계획의 연차별 투자계획

(단위 :조원)

구분	2005	2006~2010						
		계	2006	2007	2008	2009	2010	
계	2.4	32.1	3.8	5.7	7.1	7.3	8.2	
국비	일반회계	0.6	10.4	1.1	1.7	2.3	2.4	2.9
	특별회계	0.1	0.9	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2
지방비	0.8	13	1.4	2.3	3.0	3.0	3.3	
기금 등	0.8	7.9	1.1	1.5	1.7	1.7	1.9	
분야별	저출산	1.1	18.9	2.1	3.2	4.0	4.6	5.0
	고령화	0.7	7.2	0.8	1.3	1.8	1.4	1.9
	성장동력	0.7	6.0	0.8	1.2	1.3	1.3	1.4
	기타	-	0.03	0.001	0.007	0.008	0.009	0.009

V. 맺음말

한국이나 일본이나 그 정도의 차이는 있겠지만 노인문제가 심각한 것은 공통적이다. 다만 일본은 1961년 전국민의료보험제도가 실시된 이래로 세계 최고의 고령사회를 맞이했기 때문에 노인 의료비 제도를 계속 손질해 왔으나, 한국의 경우에는 1989년 전국민 의료보험실시 이후에도 2005년에 들어서기 이전에는 이렇다 할 노인요양서비스의 준비 움직임이 없었다. 즉, 2005년 10월에야 비로소 노인수발보장법이 입법예고에 들어갔고, 2006년 3월에 노인수발보험제도 시범사업이 시작되었으며, 6월에야 저 출산 고령화문제를 해결하기 위한 북유럽식의 사회협약이 [새로마지플랜2010]이라는 이름으로 체결되었다. 그리고 2006년 8월에는 [사회비전2030]안에 ‘보람있고 활기찬

15) 정부가 ①세출구조조정, ②비과세 감면제도신설 억제 및 축소, ③자영업자 소득파악을 통한 세수기반 확충 등의 대책을 마련했음에도 참여연대에서는 이러한 막대한 재원을 어떻게 조달할 것인지 지극히 회의적이다.

노인생활'이 선진복지국가를 위한 비전과 전략에 통합되기 시작했다. 이제부터 시작한 셈이다.

한국 정부는 지난7월에 노인수발보장제도 관련 시범사업 실시 이외에도 「(가칭)고령친화산업지원법」을 마련하여 공청회를 가진바 있다. 동 법의 제정은 노인들이 구매력을 갖춘 거대한 잠재수요계층으로 등장하면서 고령친화산업을 국가의 새로운 성장동력산업으로 육성할 필요성 때문에 추진되었다. 이 법은 「저출산·고령사회 기본법」의 하위법률로써 향후 고령친화산업 분야에 대한 법적 기반을 마련한 것이다.

한국 정부가 이처럼 발 빠르게 움직일 수밖에 없는 것은 세계 최저의 출산력과 세계 최고의 고령화 속도와 가족의 노인부양능력이 한계에 이른지 이미 오래기 때문에 급증하고 있는 건강하지 않는 노인들의 문제를 사회연대적으로 해결할 수밖에 달리 도리가 없기 때문이다. 현재 제2기 시범사업에 들어선 노인 수발보험제도는 요양 시설의 부족과 훈련된 인력의 부족을 극복하기 위하여 안간힘을 다하고 있는 중이다. 그러나 이 보험의 관리 운영방식과 재원조달 방식과 수혜대상 범위와 급여 내용의 범위를 두고 금년 국회에서는 여야간에 상당한 격돌이 예상되고 있으며, (사)대한노인회에서는 금년 회기동안에 동법을 통과시키기 위하여 최선을 다하고 있다.

본 고에서는 고령화복지 서비스의 질을 고객인 노인과 서비스 제공자와 정부 정책간의 함수로 보았다. 기존 문헌은 상당수 노인들의 생활실태가 경제적으로 곤궁하고, 건강상태가 열악하며, 역할상실과 사회적 소외로 인하여 복지욕구가 지대함을 보여주고 있다. 그 중에서도 여성 노인과 농어촌 노인과 독거노인의 복지 욕구부문에서 미 충족 욕구가 매우 큼을 알 수 있다. 특히 식사배달 서비스와 주간 보호 서비스, 보장구 대여 서비스 및 가정 봉사원 서비스 확대가 우선순위 과제로 부상하였다.

금년으로 7주년이 되는 한국 노인복지 서비스의 질 평가 결과는 아직 갈 길이 멀지만 일부 고무적인 결과를 보여주고 있다. 비록, 노인복지 시설의 종사자가 부족하고, 지역사회와의 연계가 부족하며, 시설 간에 서비스의 질에 큰 변이를 보이고 있어서 개선의 여지가 큼을 알 수 있다. 특히 실비 시설은 서비스의 질을 비롯한 모든 영역에서 무료시설에 비하여 평가결과가 낮았다. 그러나 노인복지시설 평가도구를 계속 발전시켜나가고 있으며, 제1차 평가에 비하여 제 2차 평가결과가 상당한 향상을 보이고 있어서 시설평가결과의 공개가 실효를 나타내고 있다. 다만 현재는 하드웨어에 대한 평가에 치중하고 있지만, 앞으로는 소프트웨어에 해당하는 개별 노인복지 프로그램의 질과 효율성에 대한 검증이 이루어져야 할 것이다. 그리고 노인들의 미

충족 욕구가 크에도 불구하고 시설평가에서 거주자의 만족도가 80%를 초과하는 식의 불협화음을 극복해야 할 것이다.

한국에서는 일본보다 더 빠른 고령화속도에 대응하고 노인문제 해결능력을 배양하기 위하여 「새로마지플랜2010」과 「사회비전2030」을 발표한 바 있다. 「새로마지플랜2010」은 노인과 그 가족의 삶의 질 향상을 위해 공적 연금제도, 특수 직역연금제도, 국민기초생활보장제도 및 퇴직연금제도와 개인연금의 활성화를 통해 안정적인 노후소득보장체계를 구축하고자 한다. 한편, 건강하고 활기찬 노후생활을 보장하기 위하여 예방적 보건의료체계를 구축하고 노후의료보장제도를 강화하며 노인수발보험제도와 치매지원체계를 강화하기 위한 노인요양인프라의 개선을 서둘고 있다. 그리고 노인일자리 창출을 통한 활동적인 노인사회참여여건을 조성하는 등 안전하고 활기찬 노후생활기반 확충 등에 오는 2010년까지 7조 2천억원을 투입할 계획으로 있다. 함께 가는 희망한국 「사회비전2030」에서도 경제적으로 안정되고 건강한 노후생활이 가능하도록 사회복지 선진화 18개 과제를 추진하도록 되어있다. 그러나 위 두 프로그램은 자영자 소득과약의 어려움으로 인한 근로자와 자영자간의 불형평 조세부담 문제를 해결해야 할 난관에 봉착해 있고, 구체적인 프로그램보다는 선언적 의미로서의 사업나열로 구성되어있다.

한국이 세계 최고의 고령화속도에 대비하기 위해서는 다음의 2가지 개혁이 이루어져야 할 것으로 본다. 먼저, 조세제도개혁이 선행되지 않을 경우 재원확보가 용이하지 않을 전망이다. 이러한 명백한 제한점에도 불구하고 정부가 상당수의 사회단체와 대표들과 고령화대책에 관한 사회적 합의를 유도하는데 성공함으로써 첫 단추를 꿰는 데는 성공을 하고 있다. 따라서 이러한 협력을 바탕으로 해서 공공정책상의 노인복지서비스 지원체계가 점진적으로 뿌리를 내리도록 해야 할 것이다. 그 다음으로는 이미 제3기 노인복지시설평가에서 시도되고 있는 복지시설 프로그램의 평가 체계를 발전시켜 나가는 일이 된다. 그렇게 할 경우 시설 간에 노인복지서비스 질의 격차는 더욱 벌어질 가능성이 있지만, 이 장벽은 마땅히 극복해 나가야 할 과제이다.

마지막으로 지적할 것은 아직 열악하지만 날로 향상되어가고 있는 한국의 노인복지서비스가 오히려 노인들의 복지의존증을 지나치게 조장하거나 또는 노인들이 빈곤에서 탈출하는 데 장애가 되는 것은 지극히 경계해야할 일이 된다. 한국에서는 이를 예방하기 위하여 노인적합형 일자리 창출사업을 적극적으로 전개하기 시작하였다. 「한·일 마음의 교류 심포지엄」에서의 의견교환이 이러한 모든 과제들을 보다 명확히 파악하게 하고 그 대응책을 마련하는데 도움을 줄 것으로 확신하고 있다.

프로필

문 옥륜 (文 玉綸)

한국수발보험 시범사업 평가위원장
서울대학교 보건대학원 전원장

학력

1955.4-1961.3 부산 경남 중·고등학교 졸업
1961.3-1963.2 서울대학교 문리과대학 의예과
1963.3-1967.2 서울대학교 의과대학 의학사
1967.3-1969.2 서울대학교 보건대학원 보건학과 보건학석사
1972.9-1973.5 미국 미시간대학교 보건학과 보건학석사
1973.9-1974.8 미국 UCLA 보건대학원 포스트닥터랄 스카라
1985.10-1986.10 런던 정경대학 사회행정학과 사회행정학석사
2001.1 인제대학교 대학원 명예보건학 박사

학내활동

1969.9-현재 서울대학교 보건대학원 전임강사, 조교수, 부교수, 교수
2001.4-2003.5 서울대학교 보건대학원 원장
2006.9-현재 서울대학교 보건대학원 보건의료정책 최고관리자과정 주임교수
2005.6-현재 서울대학교 보건대학원 건강증진센터 센터장(소장)
석사학위배출 - 300여 명
박사학위배출 - 20여 명

학술활동

논문발표 - <우리나라 의료정책 결정 과정의 현황과 과제> 외 171 건 발표
단행본, 번역서, 연구용역보고서 - <진료비 지불체도의 장기적 개선> 외 106 건 발표

학회활동

1994.11-현재 한국과학기술한림원 중신회원
2004. 5-현재 건강-복지사회를 여는 모임 (건사모) 상임대표
2005.6-2006.12 제 1회 세계 알코올 컨퍼런스 조직위원장
대한예방의학회 이사장(1992-1994)
한국보건행정학회 회장(1994-1996)
한국사회보장학회 회장(1996-1998)

한국알코올과학회장(2002-2005)
건강증진 및 보건교육학회 이사(현재)
한국노년학회 이사(1992-1996)

주요사회활동

1998.10-현재 한국실명예방재단 이사
1998.10-현재 재단법인 이주남북한 보건의료문제연구소 이사
2002. 1-현재 한국원격진료협회 부회장
2002. 1-현재 한국보건산업진흥원 이사
2002. 2-현재 한국병원경영연구원 이사
2002. 5-현재 범국민절주운동본부 본부장
2002.10-현재 정신보건심의위원회 위원(보건복지부)
2003. 1-현재 대한보건협회 부회장, 이사
2004.12-현재 한국에이즈퇴치연맹 회장
2005. 4.19-2007.6.30 보건복지부 노인요양보장제도 운영평가위원회 공동위원장
2005. 4-현재 보건복지부 건강증진사업 심의위원회 위원
2006. 5-현재 보건복지부 의료급여 혁신위원회 위원장
2006.10-2007.10 대통령자문 의료산업 선진화위원회 위원
2006.10-2007.10 대통령자문 보건의료서비스 제도개선소위 위원장