

지역사회복지의 관점에서 고령화 시대에 대비하는 한의사의 역할에 대한 연구

이해웅 · 김 훈
동의대학교 한의과대학 의사학교실

Community Welfare and Oriental-Korean Medicine for the Aged People

Hai-Woong Lee · Hoon Kim

Background and Aim : As the aged society is coming, people pay attention to it and the government is also increasing subsidy into the welfare of the aged. As a branch of social welfare, community welfare is familiar and close to local residents. We could open up a new field in community welfare for oriental medicine and oriental medical doctor(OMD).

Materials and Method : Analyzing the works of community welfare center, we tried to find ways for OMDs to take part in there. We focused on community care and home care service of community welfare center and community health center.

Result : Free oriental medical services are offered in many places, but a lot of them are temporary and hard to continue due to financial problem and lack of specialist. Local residents want to know about oriental medicine but few OMDs are willing to participate, therefore, unqualified lectures of such as hand acupuncture, moxibustion, meridian massage prevail among them. This leads to illegal oriental medical services in the name of volunteer medical work.

Conclusion : The system is needed that local OMD association take part in community welfare of oriental medical service and care with community welfare center and community health center. Local volunteer medical services and researches of medical policy can help increase the chance for OMDs to go into social welfare system of the aged.

Key words : Community Welfare, Aged People, Korean Medical doctor.

교신저자: 김훈, 부산광역시 부산진구 진리1로 100번지 동의대학교
한의과대학 의사학교실
(Tel: 051-850-8652, E-mail: hkim@deu.ac.kr)
• 접수 2006/07/14 • 수정 2006/07/21 • 채택 2006/07/29

1. 서 론

‘아들 딸 구별 말고 하나만 낳아 잘 기르자’ 고

외치고 다니던 일이 불과 10여 년 전 일이었다. 여성의 사회진출의 증가, 육아에 대한 사회의 무관심, 핵가족화, 산업화 등의 원인으로 우리나라의 출산율(여성 한명이 가임기간 동안 낳는 평균 출생아수)은 70년대 4.5명이었으나 95년에는 1.6명이었고 2000년대에는 1.4명이다. 장기적인 추세로 볼 때 우리나라의 출산율이 다시 1.5명 이상으로 상승하는 것은 어려울 것이라고 한다. 이로 인해 유소년 인구(0~14세)는 지속적으로 감소할 것이고 생산 가능인구(15~64세)는 2016년을 고비로 이후 감소할 것으로 보고 있다¹⁾.

UN 기준에 따른 고령화 사회(aging society)는 전체인구에 대한 65세 이상 노인 인구 비율이 7% 이상을 차지하는 사회이다. 우리나라의 65세 이상 노령인구는 2000년 7.2%로 이미 고령화 사회로 진입하였고, 2004년에 노인인구 417만 명으로 노인 인구 비율 8.7%를 기록하였다. 향후 2019년이면 그 비율이 14.4%를 넘어서는 고령사회(aged society)가 되고 2026년에는 20.0%로 본격적인 초고령사회에 도달할 것으로 전망되고 있다. 이로 인한 문제점으로는 경제성장 둔화, 가족기능 약화 및 다양한 복지요구 폭증, 세대간 갈등 첨예화, 연금 불안정 및 재정수지악화, 노동력감소 및 노동생산성 저하 등을 들 수 있다.

우리는 1960~70년대 먹고 살기 힘들어 생활의 여유, 풍요, 노후를 생각할 겨를도 없이 산업화에 열을 올리다 너무나도 급작스럽게 고령사회가 되어 버렸다. 이제 여러 분야에서 편안한 노후를 위한 생활에 관심을 돌리고 있다. 경제력에 있는 사람들은 이미 준비를 하고 있고, 이제 국가도 심각성을 깨달아 우선 저소득층 노인의 노후를 위한 정책을 실시하고 있으며, 이를 보편적으로 국민모두에게 혜택을 줄 수 있는 방법을 모색하고 있다.

고령사회에 우리 한의학계가 참여할 수 있는 분야

는 무궁무진하다. 대다수 사람들은 현대의학으로 평균수명의 연장은 가능하나 풍요롭고 편안한 노후를 보내기 위해서는 한방이 필요하다는 인식을 하고 있으며 이에 관심을 보이고 있다. 그들이 원하는 것은 인간다운 삶을 위한 한의학계의 도움일 것이다. 국가가 정책적으로 한의학을 육성하여 국민의 생활향상에 도움을 주는 것도 한 방편이지만, 지역사회 여러 분야에 한의학계가 참여하여 지역주민의 보건과 생활에 도움을 주어 풀뿌리 한의학을 실천하는 방향을 모색해 보는 것이 더 현실적인 일 이 될 것이다.

이를 위해 사회복지의 한 분야인 지역사회복지에 대해 살펴보고 이를 직접적으로 실천하고 있는 지역사회복지관의 재가복지서비스, 단기보호서비스, 주간보호서비스를 알아보고 정부의 의료정책과 보건소의 역할과 더불어서 한의학계가 할 수 있는 일의 방향에 대해서 논의한다.

II. 본 론

1. 우리나라의 고령화 현황

1) 평균수명의 추세

예전에는 사람들의 평균수명이 짧아 60세만 넘어도 축복과 잔치를 벌였다.²⁾ 그러나 산업기술의 발달과 경제성장으로 생활수준이 향상되고, 보건의료기술의 발달로 평균수명이 연장되면서 노인인구가 증가하기 시작하였다. 우리나라의 평균수명이 2000년에 이미 75세를 넘었고 계속 평균수명이 연장되는 추세를 보이고 있다. 2005년도 보건복지부 자료에 따르면 오는 2020년에는 평균 수명이 81.0세에 이르러 일본에 이어 세계 두 번째 장수국 반

1) 장지연. 고령화시대의 노동시장과 고용정책. 한국노동연구원. 2003: 9-10.

2) 石南國의 韓國의人口增價의分析(勤草書房. 1972.)에 따르면 1942년에 남자 42.81세, 여자 47.07세라고 한다. 신동원의 책에서 개인용.(신동원. 호열자, 조선을 습격하다 -몸과 의학의 한국사. 서울. 역사비평사. 2004: 74.)

열에 오를 것으로 전망하고 있다.³⁾

〈표 1〉 주요 국가 평균수명 전망

	(단위: 세)			
	2000	2010	2020	2030
선진국	75.3	76.9	78.3	79.5
개도국	63.9	66.8	69.9	72.5
미 국	77.1	78.4	79.5	80.4
일 본	80.2	80.9	81.7	82.5
이탈리아	78.5	79.6	80.5	81.3
중 국	70.5	73.0	75.0	76.8
인 도	63.4	66.6	69.6	72.2
한 국	75.9	78.8	80.7	81.5

출처: 장지연, 『고령화시대의 노동시장과 고용정책』, 한국노동연구원. 2003. 9쪽.

자료: UN, *World Population Prospects*, 1998.

고령자로 분류되는 65세 이상 노인인구의 나이에 따라 구성비를 〈표 2〉를 보면서 세부적으로 살펴보면, 2000년 우리나라의 65세 이상 노령인구는 1970년에 비해 3.4배 정도 늘어났으며, 2030년에는 다시 2000년의 3.4배인 11,604천명이 될 것으로 전망되고 있다. 80세 이상 인구는 2030년에는 2000년의 5.3배가 될 전망이다. 점점 노령인구 중에서도 의료의 혜택이 많이 필요한 70~80세 이상

〈표 2〉 연령계층별 노령인구 추이

	(단위: 천명, %, 여자 100명당)						
	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030
65세 이상	991	1,456	2,195	3,395	5,302	7,667	11,604
구성비	3.1	3.8	5.1	7.2	10.7	15.1	23.1
70세 이상	563	832	1,294	2,014	3,514	5,100	7,892
구성비	1.7	2.2	3.0	4.3	7.1	10.1	15.7
80세 이상	101	178	302	483	957	1,805	2,571
구성비	0.3	0.5	0.7	1.0	1.9	3.6	5.1

출처: 장지연, 『고령화시대의 노동시장과 고용정책』, 한국노동연구원, 2003. 11쪽.

〈표 3〉 고령화 진전의 국제비교

	도달년도			증가소요년수	
	7%	14%	20%	7→14%	14→20%
한 국	2000	2019	2026	19	7
일 본	1970	1994	2006	24	12
프랑스	1864	1979	2020	115	41
독 일	1932	1972	2012	40	40
영 국	1929	1976	2021	47	45
이탈리아	1927	1988	2007	61	19
미 국	1942	2013	2028	71	15

출처: 장지연, 『고령화시대의 노동시장과 고용정책』, 한국노동연구원, 2003. 14쪽.

자료: UN, *The Sex and Age Distribution of World Population*, 각년도.

일본 국립사회보장·인구문제연구소, 『인구통계자료집』, 2000.

통계청(2001), 장래인구추계 보도자료에서 재인용.

의 인구가 늘어날 것이므로 이에 한의학계가 해야 할 분야의 일도 늘어날 것이다.

저출산의 결과 전체 인구수는 줄고 평균 수명 연장으로 노인 수는 늘어나지만 노인을 부양해야 할 경제활동 인구수는 줄어들고 있다. 중앙고용정보원이 발표한 ‘고용보험 피보험자 추이’에 따르면 20대와 30대 근로자 비중은 2002년 65.2%, 2003년 65.1%, 2004년 63.3%로 지속적인 하락세를 기록하고 있다. ‘경제활동인구 대비 노인 비율’은 올해 12.6%에서 2010년 14.9%, 2030년 37.3%,

3) 보건복지부 발표자료: 유엔 발간 주요국 평균수명 추이 (한신신문 제1347호, 2005.8.18.)

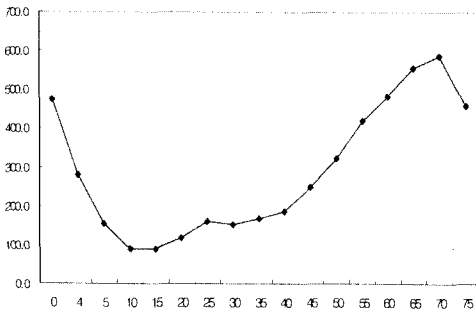
2050년 69.4%로 증가할 전망이다. 즉 경제활동 인구 10명이 노인 7명을 부양해야 하는 상황이 벌어지는 것이다.

또한, 우리나라의 고령화 과정에서 가장 주목해야 할 점은 고령화 진전의 속도가 사상 유래가 없을 정도로 빠르다는 것과 함께 압축적인 고령화 현상을 보이고 있다는 것으로서, 다른 선진국에 비해 빠르게 노인인구가 증가할 것으로 보인다.

2) 생애주기에 따른 의료비 지출

통계청의 고령자통계(2004년)에 따르면 노후생활 중 가장 어려운 점이 건강(41.5%)이고, 그 다음으로 경제적 어려움(33.9%)을 꼽았다. 그러나 자녀들의 도움 없이 노인 스스로 생계를 책임져야 하는 노인 가구도 빠른 속도로 증가하고 있다. 지난해 7

(그림 1) 생애주기에 따른 의료비 지출 변화



출처 : 장지연, 『고령화시대의 노동시장과 고용정책』, 한국노동연구원, 2003. 19쪽.

월 한국보건사회연구원 발표 자료에 따르면 2020년이 되면 1인 가구가 21.5%로 나홀로 가구 중 노인 혼자 사는 가구의 비중은 40.5%가 될 전망이다.

통계청의 올 5월 고령층(55~79세) 조사 결과에 따르면 우리나라 사람들의 평균 근속기간은 20년 10개월(남자 23년3개월, 여자 18년8개월)이다. 퇴직 평균 연령은 53세(남자 55세, 여자 52세)이다. 평균 수명은 78세. 결국 20년간 일하고 퇴직 후 25년간을 소득 없이 살아야 한다는 것을 보여준다. 한국보건사회연구원 조사에 따르면 65세 이상 노인의 23.8%만이 노후생활을 준비했다고 응답했다. 10명 중 8명이 아무런 대비를 하지 못한 것이다.

그림1에 나타난 생애주기에 따른 의료비 지출을 보면 나이가 들수록 지출이 늘어나고 있음을 알 수 있다. 영아기에 이어 70대를 기점으로 많은 의료비를 지출하고 있는 것이다. 이에 따라 우리 한의학계가 편안하고 안락한 노후를 위해 할 수 있는 일도 늘어날 것이다.

3) 고령자 사망률 추이

고령자의 사망 및 사망률 추이를 보면 최근 20년 동안 고령 사망자수는 증가하였는데 1983년 이후 꾸준히 증가하여, 전체 사망자 중 고령자가 차지하는 비중이 2003년 63.8%로 1983년에 비해 20.1% 증가하였다. 그러나 고령자 사망률(고령인구 천명당 고령 사망자수)은 현저히 감소하였다.

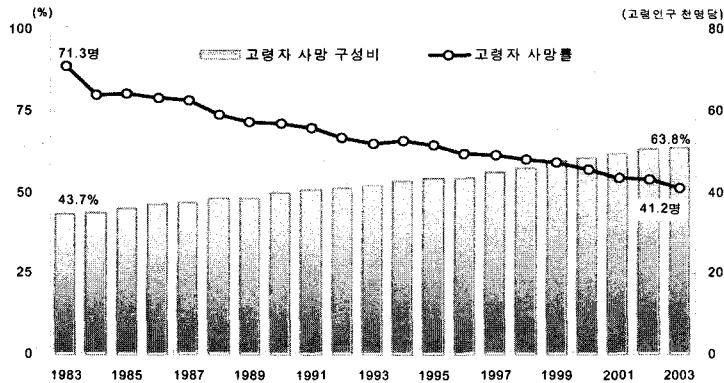
고령자의 건강관심 고조 및 보건의료수준 발전으로 고령자 사망률은 2003년 41.2명으로 1983년에

(표 4) 고령자 사망 및 사망률

	1983	1988	1993	1998	2000	2003	20년 증감
전체 사망자수(천명.a)	263.7	239.9	240.5	248.4	247.3	245.8	-17.9
전체 사망률1	6.6	5.7	5.4	5.3	5.2	5.1	-1.5
고령 사망자수(천명.b)	115.2	115.9	125.9	143.4	150.3	156.9	41.7
고령자 사망률 2	71.3	59.1	52.2	48.5	46.0	41.2	-30.1
구성비(% , b/a)	43.7	48.3	52.3	57.7	60.8	63.8	20.1

표 1. 전체인구 천명당 2. 고령인구 천명당

〈그림 2〉 고령자 사망 구성비 및 사망률 추이



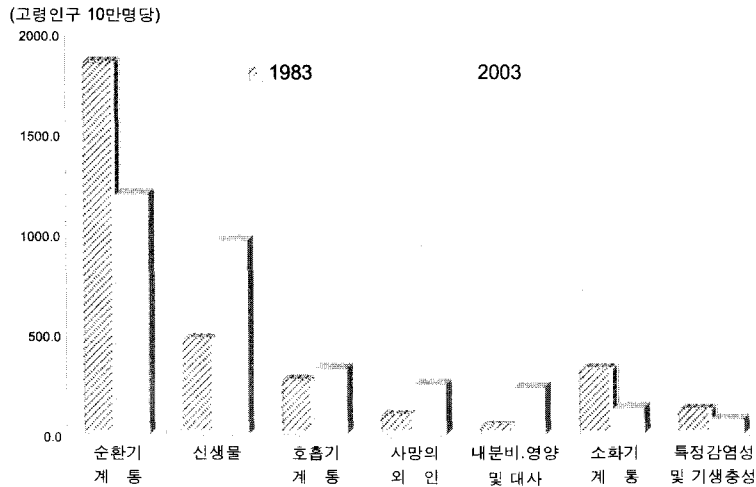
(통계청, 고령자 사망원인 분석결과, 2005: 10.)

〈표 5〉 주요 사망원인별 고령자 사망률(통계청, 고령자 사망원인 분석결과, 2005: 12.)

(고령인구 10만명당)

	1983	1988	1993	1998	2000	2003	20년 증감
특정 감염성 및 기생충성 질환	126.9	107.7	106.8	99.9	108.4	78.9	-48.0
호흡기 결핵	94.0	80.1	78.7	56.7	56.1	51.0	-43.0
신생물	472.9	720.5	894.1	851.1	950.7	971.7	498.8
암(악성신생물)	466.0	720.2	891.9	840.9	935.7	961.2	495.2
내분비, 영양 및 대사 질환	45.6	79.8	190.8	234.0	241.4	234.2	188.6
당뇨병	33.4	70.5	176.8	211.8	219.2	223.7	190.3
순환기계통 질환	1859.2	1951.1	2021.0	1343.3	1280.8	1201.6	-657.6
고혈압성 질환	489.6	481.0	367.6	102.2	107.0	119.0	-370.6
심장질환	448.9	452.8	498.1	370.1	361.6	310.8	-138.1
뇌혈관 질환	883.0	964.3	1098.6	845.6	786.9	744.2	-138.8
호흡기계통 질환	274.4	280.5	357.7	316.9	396.3	329.1	54.7
폐렴	50.5	79.8	54.3	71.1	93.4	63.1	12.6
만성하기도 질환	177.6	152.5	246.5	169.0	209.4	216.5	38.9
소화기계통 질환	328.4	280.7	287.0	196.2	177.0	131.3	-197.1
간 질환	150.6	146.8	146.3	94.4	88.2	72.3	-78.3
사망의 외인	99.7	164.1	202.0	196.0	193.8	251.7	152.0
운수사고	18.4	52.2	86.2	68.7	72.7	60.8	42.4
추락사고	14.7	20.2	17.5	29.2	32.9	49.0	34.3
고의적 자해(자살)	14.3	18.7	21.5	39.5	35.6	72.5	58.2

(그림 3) 주요 사망원인별 고령자 사망률 비교(1983, 2003)



(통계청. 고령자 사망원인 분석결과. 2005: 12.)

「고령자 사망원인통계」에서는 65세 이상의 인구를 대상으로 하였음

사망원인순위는 사인순위 선정을 위한 56항목 분류에 따름

- 주요 선진국에서와 같이 위암, 간암, 폐암 등 장기별 암을 암(악성신생물)로 종합하여 순위를 부여함

비해 30.1명 감소하였다.

4) 사망원인별 고령자 추이

주요 사망원인별 고령인구 10만명 당 사망자수를 20년 전과 비교해보면, 순환기계통, 소화기계통, 특정 감염성, 기생충성 질환 사망률은 감소하고 신생물, 내분비영양대사질환, 사고사, 호흡기계통 질환 사망률은 증가하였다.

최근 20년 동안 순환기계통 질환의 3대 질환인 고혈압성 질환, 심장 질환, 뇌혈관 질환의 고령자 사망률은 크게 감소하였다. 악성신생물은 3대암 중 위암은 1993년부터 감소하였고, 폐암은 지속적으로 증가하였고, 간암은 1990년대 중반을 고비로 감소세를 보이고 있다. 남자는 폐암, 여자는 위암사망률이 가장 높으며, 남자의 폐암사망률은 여자보다 4배 높다. 기타 암으로 남자는 대장암, 췌장암, 전립선암등의 사망률이 증가했고, 여자는 대장암,

췌장암, 유방암 등의 사망률이 증가했다. 소화기계통의 간질환은 최근 20년 동안 남자의 간질환사망률이 크게 감소했으며, 고령남녀의 당뇨병 사망률이 크게 증가하였다. 최근 20년간 고령자의 운수사고 사망률은 감소하고 있으며, 추락사고와 고의적 자해(자살)사망률은 증가하고 있다.⁴⁾

2. 지역사회복지와 한의학

1) 지역사회복지

지역사회에 대한 전통적이고 일반적인 견해는 구역권 및 공동 생활권으로서 지리적 지역사회였다. 그러나 현대로 시간이 넘어올수록 산업화, 도시화에 따라 거주공간의 이동이 증가하고, 사회가 복잡, 다양해지면서 공통의 관심사, 동질적 문화를 강조하는 지역사회의 필요성이 대두하였다. 지역사회는

4) 통계청. 고령자 사망원인 분석결과. 2005: 3-24.

지리적 특성과 사회적 동질성이라는 두 가지 속성의 강조에 따라 다양한 정의를 가지는데, 현대로 들어오면서 사회적 동질성이 강조된 사회 심리적 지역사회의 개념이 강조되고 있다. 이러한 지역사회를 개입대상으로 하여 기능을 향상시킴으로서 지역사회 내의 문제를 예방, 해결하고자 하는 것이 바로 지역사회복지이다. 이는 전문 혹은 비전문 인력이 지역사회 수준에 개입하여 지역사회에 존재하는 각종 제도에 영향을 주며 지역사회의 문제를 예방하고 해결하고자 하는 일체의 사회적 노력을 말한다. 그리하여 지역사회의 주요 현안을 해결하는데 사회적기능이 온전히 수행될 수 있다. 지역사회복지는 사회복지뿐 아니라, 다양한 분야의 전문가들 및 자원봉사자들에 의해 수행되는 자연발생적인 민간 활동, 민간자선활동, 지역개발운동, 전문적 지역사회조직사업을 내포하는 포괄적인 개념이다.⁵⁾

2) 재가복지

지역사회복지를 가장 직접적으로 실현하고 있는 곳이 각 지역의 지역사회복지관이다. 지역사회복지관은 1900년대 인보관, 여자관등으로 시작하여 1983년 사회복지 사업법에 따라 국고보조로 사회복지관이 운영되기 시작하였고, 1989년 주택건설촉진법등에 의해 저소득층 영구임대아파트 건립시 사회복지관 건립을 의무화하여 2004년 전국에 370여개의 복지관에 설치되어 운영되고 있다. 1992년에 사회복지관 부설로 재가봉사센터가 설치되면서 사회복지관의 역할이 커지고 다양화 되었다. 재가복지센터는 가정에서 보호를 요하는 장애인, 노인, 소년소녀가장, 편부, 편모가정 등 가족기능이 취약한 저소득층 및 지역사회 내에서 재가복지서비스를 원하는 사람에게 가사, 간병, 의료, 결연 등의 서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다.⁶⁾

미국은 1945년에 고령화 사회에 진입하여 일찍 노인문제에 대비를 시작하였으며 일본은 1970년에 고령화 사회에 진입하고 1994년에 고령화 사회가 되었다. 이 두 선진국은 우리에게 비해 각각 55년과 20년 빨리 고령화 사회를 경험함으로써 노인부양문제의 심각성에 대해 사회적 국가적인식이 제 때 이루어져 노인복지정책이 일찍 형성되고 재가노인복지정책 또한 일찍 이루어졌다.

미국에서는 노인들을 장기적으로 시설에서 요양 보호하는 정책이었으나 이는 비용의 증가와 허약노인의 급증 등 점점 많은 문제점을 나타냄에 따라 미국정부는 그 대안으로 지역사회보호에 관심을 갖게 되었다. 지역사회보호는 이전에도 지방정부의 사업 또는 자선사업의 형태로 실시되었으나 1965년 TitleXVIII의료보험과 TitleXIX의료부조가 통과된 후 재가복지서비스의 확장이 본격적으로 시작되었다. 특히 미국은 재가노인복지가 의료보전적인 측면을 강조하여 가정건강보호서비스를 병원, 방문간호협회, 민간의 영리, 비영리단체 및 정부기관 등 다양한 조직이 후원하고 있다. 노인들의 의료, 보건의 욕구에 맞추어 대안을 형성한 미국의 예에서 우리 한의학계가 재가복지에 더욱 큰 도움이 될 수 있으리라 본다.

일본은 1963년에 노인복지법이 성립되면서 요보호노인을 대상으로 노인복지서비스를 규정했다. 그런데 고령화 시대에 걸맞은 장수복지사회를 실현하기 위한 고령자보건복지계획이 1989년에 제정되었다. 고령자보건복지계획을 추진하기 위하여 1990년에 개정된 노인복지법에서 지역사회를 중심으로 한 재가복지를 추구하였다. 재가복지를 근거로 한 사회복지실현을 위해서 복지의 다원화, 일반화추구하고 우리의 작은 지역사회인 시정촌 중심으로 복지를 추진하며 행정주도형의 복지에서 다원적인 복지공급체계를 구축하고 보건의료등 관련분야와의 연계강화와 종합화를 도모하고 주민참가로 인한 계획적인 행정추진 등을 규정하고 있다. 이로서 과거

5) 최일섭, 류진석. 지역사회복지론. 서울대학교출판부. 1996: 17-23.

6) 같은 책: 167-181.

저소득층 계층에 중점을 뒀던 구빈정책으로부터 탈피하여 보편주의적인 가치관하에 개정된 노인복지법을 실현하게 되었다.

우리나라는 1992년부터 재가복지사업이 제도화되기 시작되어 재가복지봉사센터설치운영지침이 제정되었다. 1993년에 개정된 노인복지법에 의해 재가노인을 위한 3대 핵심서비스를 가정봉사원 파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업등으로 설정하고 있다.⁷⁾

현재의 정부지원 재가노인복지서비스는 중앙정부와 지방정부의 부담에 의한 무료서비스인데 정부의 재정지원수준이 대단히 낮아 서비스를 제대로 제공할 수가 없다. 앞으로 재가노인복지서비스가 모든 노인에게 공통적으로 필요한 서비스로 인정되고 서비스의 종류도 다양화될 것이므로 재가노인복지서비스중 보편적 이용의 정도가 큰 서비스는 점차 정부지원의 서비스로 확대하되 저소득층에 대하여는 무료서비스를 제공하고 저소득층이상에 대해서는 소득수준에 따른 차등적 서비스요금을 부과하는 것이 바람직하다. 그리고 보다 질 높은 서비스를 원하거나 특수한 서비스를 요하는 중산층 이상에 대해서는 완전히 시장경제체계에서 그러한 서비스를 공급하는 것이 바람직하다.

미국은 의료중심의 재가복지서비스로 이미 공급하고 있으며, 일본은 저소득층만이 아닌 모든 계층의 노인에 대한 재가복지서비스를 제공하고 있다. 우리나라도 늦었지만 모든 고령자들을 위한 재가복지서비스를 지원하고 늘이기 시작했으며 이에 의료에 대한 노인들의 욕구를 충족하기위한 정책과 대안에 한방의 영역은 커질 수밖에 없을 것이다.

3) 주간보호와 단기보호

주간보호는 주간서비스, 주간보호, 주간치료, 주간홈, 주간병원 등 다양하게 불리어진다. 노인을

위한 주간보호는 주로 만성질환이나 기능장애로 거동이 불편한 노인들이 낮시간 동안에 지역사회시설을 이용하여 일상생활에 필요한 서비스를 제공받으며, 동시에 부양가족의 경제적, 신체적 심리적 부담을 경감시켜주는 재가노인서비스이다. 노인주간보호는 지역사회의 수용시설(양로원, 요양원 등)이나 이용시설(노인복지회관, 사회복지관, 교회 등), 병원, 또는 독립시설을 이용하여 요보호대상 노인들에게 보건 의료 재활 및 사회복지서비스등을 제공하는 동시에 부양자와 그 가족들에게 필요한 휴식, 상담, 정서적지원등을 제공하여 노인부양을 계속할 수 있도록 도와주는 프로그램이다.⁸⁾

단기보호는 허약한 노인이나 장애인노인을 모시고 있는 보호자가 휴가, 질병, 해외출장, 출산 등 부득이한 이유로 일시적으로 모시지 못할 경우 노인을 시설에 단기간 입소시켜 침식, 간병, 물리치료 기타 일상생활에 필요한 각종서비스를 제공하는 사업이다. 단기보호는 허약한 노인을 보호할 뿐만 아니라 주부양자의 부양활동에서 오는 신체적, 심리적 피로를 회복하고 탈진을 예방시켜 준다. 즉 단기보호는 주간보호와 마찬가지로 부양자가 부득이한 이유로 노인들을 집에서 돌보지 못할 때 시설에 입소시켜 노인들을 일시적으로 보호할 뿐만 아니라 부양자들의 부양부담을 덜어주고 탈진을 예방함으로써 가정의 노인부양기능을 보완하고 유지하는 재가노인서비스로 볼 수 있다.⁹⁾

4) 지역사회복지에서 한의학의 나아갈 길

지역사회복지의 가장 중추적 역할을 하는 것은 지역사회복지관이다. 국가의 복지정책이 지역사회복지관으로 많이 지원되고 있다. 지역사회복지관과 지역한의학계가 연계하여 복지사업을 한다면 우리나라의 복지뿐만 아니라 의료와 복지면에서 한의학

7) 김옥희. 한국, 일본, 미국의 재가노인복지정책과정 연구. 부산대학교 대학원 박사학위논문. 1998: 188-192.

8) 고양곤. 노인주간보호의 현황과 과제. 한국사회복지(학술지). vol.4. 1999: 500.

9) 고양곤. 노인주간단기보호의 현황과 과제. 노인복지연구. vol.1, no.1. 1998: 38-39.

계의 영역이 늘어날 것을 기대할 수 있다. 현재 지역사회복지관에서 대부분 재가복지센터를 운영하고 주간보호나 단기보호를 추진하고 있다. 그러나 이를 운영하면서 전문인력의 부족과 자원봉사자의 교육의 전문성부족을 호소하고 있다.

첫째, 자원봉사를 하면서 자원봉사자 교육에 지역한의학계가 참여하는 것이다. 지역의 고령자들 특히 저소득층은 많은 면에서 한방의 혜택을 누리 고 싶어 한다. 그러나 그들은 정식 한의학이 아닌 무료진료라는 명목의 지엽적인 사이비 한방치료를 한의학이라 생각하고 이를 선호하고 있다. 지역 한 의학계가 방심하고 있는 사이 수지침, 이침, 뜸사 랑, 경락치료, 보약조제라는 이름을 내걸고 한의학 의 영역에 침투하고 있는 것이다.

자원봉사를 하고 싶어 하는 지역주민들은 단순한 봉사가 아닌 교육을 통한 의학을 습득하고 실천하 기를 원한다. 특히 한방에 대한 그들의 관심은 크 다. 하지만 한의학계에서 그들에게 체계적이고 실 생활에 필요한 교육은 하고 있지 않다. 자원봉사자 들은 지역한의학계가 나서서 그들에게 자원봉사에 필요한 것만 아니라 실생활에 필요한 한의학 교육을 체계적으로 하여 그들이 지역의료봉사에 도움이 될 수 있도록 한다면 인력이 부족한 무료한방진료에도 도움이 되고 한의학의 저변확대도 기대할 수 있을 것이다. 체계적인 교육을 잘 이행하고 자원봉사에 잘 참여한 주민에게 '한방자원봉사자' 같은 민간 자격증을 배부하는 것도 좋은 방향이 될 것이다.

둘째, 주간보호나 단기보호의 프로그램에 지속적 적극적으로 참여하는 것이다. 일주일에 2~3회라든 지 시간을 정해서 지역의 한의사가 돌아가면서 참 여하는 것으로 지속적인 한방치료의 영역을 구축하 는 것이다. 지속적이지 못하고 일회성으로 그치는 의료의 혜택은 큰 영향을 미치지 못한다. 이런 지 속적인 한방치료에 익숙해지면 주간보호나 단기보 호의 기간이 끝난 후 그 지역의 한의원을 다시 찾 는 현상도 보일 것으로 생각된다.

셋째, 지역한의학계의 적극적 참여가 필요하다. 이제는 국가의 정책시행을 지역사회가 따르는 것이 아니라 지역사회에서 필요성이 대두되어 주민의 의 견을 모아 국가의 정책에 영향을 미치는 지방자치 의 시대가 되어 가고 있다. 국가의 정책에 영향을 줄 수 있는 한의협의 역할도 필요하지만, 이에 밀 받침에 될 수 있는 지역한의학계의 활동이 필요하 다. 지역의 복지에 우리 한의학계가 한몫을 하기 위해서는 적극적인 지역한의학계의 활동과 봉사가 필요하다. 이는 우리나라 국민의 대다수가 원하는 풍요로운 삶을 위한 복지사회로 가기 위하여 한방 의 역할이 크게 필요하다는 인식을 시키고 이로써 민족의학을 계승하고 있는 우리 한의학계가 주도적 으로 국민복지에 참여할 수 있는 한 방편이 되리라 생각한다.

3. 정부의 보건정책과 한의학

1) 노인요양보장제도¹⁰⁾

정부는 2007년부터 노인요양보장제도를 도입하 기로 하고 2005년 7월부터 1차 시범사업을 벌이고 있는데 현재 시설과 인프라 등이 턱없이 부족한 것 으로 나타나고 있으며, 2006년 4월부터 실시되는 2차 시범사업이 실시될 경우 재가서비스 수요가 급 증할 것으로 예상되지만 이를 충족할 인프라 부족 으로 정상적인 시범사업 운영에 차질이 우려되며 지자체 부담의 한계로 인하여 국가 보조금을 늘려 야 할 것으로 보고 있다. 2004년 12월 실시된 복 지부의 여론조사에서도 국민의 80% 이상이 노인요 양을 사회적으로 해결해야 할 문제로 인식하고 있 는 것으로 나타났다.

2) 고령화 시대에 따른 노인복지 서비스

10) 보건복지부, 2004보건복지백서, 2005.

보건복지부, 노인요양보장제도 제1차 시범사업 운영실 태 점검 결과보고(요약), 2005.

우리나라는 세계초유의 급속한 속도로 인구고령화가 진행되고 있으며, 동시에 개인주의적 가치관과 정서적 핵가족화, 양성 평등적 사회로의 변화가 이루어지고 있다. 이러한 일련의 변화는 노인복지정책의 강화뿐만 아니라 고령화 사회에 적합한 사회구조로의 변화를 요구하고 있다. 즉 지금까지와 같이 노인을 사회의 비노인 구성원과 구분하고 그들을 위한 정책을 수립하는 것만으로는 고령화 사회에 적절히 대응할 수 없기 때문에, 노인을 사회의 구성원으로 자리매김하고 고령화 사회에서도 우리사회가 발전할 수 있는 정책이 필요하다. 아울러 노인복지정책에서는 노인복지와 노인관련산업을 동시에 추진하는 방향으로 가는 것이 바람직할 것이다.¹¹⁾

다음에 몇 가지 대책을 소개한다.

재가노인의 가정간호사업서비스는 날로 증가하는 고령노인 특히 심신기능의 장애가 있는 허약한 노인들의 장기보호를 위하여 절대 필요한 서비스이다. 의존적인 노인의 장기보호를 위해서는 노인전문병원이나 요양시설에 수용하여 돌보아줄 수도 있지만 시설보호는 개인의 욕구나 특성에 맞는 서비스나 재활능력을 증진시키는 서비스를 제공하기 어렵고, 또한 시설운영에 필요한 경비가 많이 소요되므로 노인자신이나 국가재정에 커다란 부담을 줄 수 있으며 노인성 질환이나 장애가 만성적이고 퇴행적인 특성이 있기 때문에 고령노인의 장기보호문제는 병원이나 요양원 중심의 치료보다는 지역사회와 가정보호가 더 인간적이고 또 경제적으로 효율적인 해결방법이라 생각된다. 우리나라는 개설병원 대부분이 도시에 편중되어 놓여준 재가노인들이 접근하기 힘들고, 산재환자 자동차보험환자는 의료기관에서 실시되고 있는 가정간호사업서비스를 받지 못하게 되어 있으며, 가정간호사업제공자는 가정간

호사의 단독 제공으로만 되어 있어 선진외국에서처럼 재가노인의 특성에 맞는 가정봉사원 파견서비스, 사회서비스, 물리치료서비스, 재활서비스, 작업서비스 등 통합된 서비스를 제공하지 못하고 있는 실정이다. 또한 그로 인해 다양한 인력개발이 미비한 실정이며, 재가노인 가정간호사업서비스를 받는데 있어서 일반국민과 똑같은 의료보험과 의료급여를 받고 있어 정부의 재정지원이 미비한 실정이다.¹²⁾

고령사회에 적합한 개별 정책으로 노인건강보장을 위해서 장기요양 및 재가복지서비스 확충, 건강검진 확대, 통합검진 체계 구축, 치매관리 및 지역 의료 협력체계 구축, 장기 요양비용의 부담경감, 노인 장기요양의 사회적 공동분담방안 도입을 들 수 있다. 주요 내용으로 보건의료서비스와 연계한 통합적 서비스체계 구축, 노인의학전문의 노인전문간호사 신설, 시도별 치매전문병원 및 전문요양시설 건립지원, 노인보건센터운영, 노인요양보험제도 도입검토 등이 있다.¹³⁾

다양한 전문인력 양성을 통한 노인의료시설 및 장기요양시설의 확충 및 전문화, 이를 활용한 재가보호서비스의 기능확대 및 활성화, 다양한 프로그램의 개발을 통한 노인의 건강증진 및 노인에의 활력부여, 장기요양보험도입 및 수가체제개선을 통한 효과적인 의료비관리 등의 개선방안도 역시 필요하다. 특히 지역사회 안에서 연계서비스를 위한 서비스 연계모형개발, 노인의료서비스의 질적 향상을 위한 전문인력 양성, 재가보호서비스의 강화, 장기입원 환자를 위한 제도의 개선 및 노인시설의 확충 등을 해결해야 하며, 앞으로 노인의료서비스는 지역사회와 연계된 의료서비스체계를 구축하는 방향으로 정책방향이 설정되어야 한다.¹⁴⁾

11) 최진식. 초고령사회에 대비한 실버산업 활성화 방안에 관한 연구. 중앙대 산업경영대학원 석사학위논문. 2005: 92-97.

12) 김만희. 우리나라 재가노인가정간호사업 활성화 방안에 관한 연구. 경희대 행정대학원 석사학위논문. 2002: 102-104.

13) 정경희. 인구고령화에 대비한 노인보건복지 종합대책. 보건복지포럼. 한국보건사회연구원. 2003 2월: 70-73.

3) 한방공공보건사업¹⁵⁾

2005년도 한방공공보건사업 추진계획에 따르면 최근 고령화가 급속히 진행되면서 만성·난치성 질환에 비교우위가 있는 한방의료에 대한 관심이 커지고 있어 그간 보건소를 중심으로 한방진료서비스 및 한방건강증진프로그램을 제공하여온 한방지역보건사업을 활성화하고 발전시켜 지역주민의 건강증진에 기여하고, 공공의료로서 한방의 역할을 제고할 필요가 있다고 한다. 그래서 우선 기공체조교실, 증풍예방교실, 가정방문진료, 한방금연교실, 사상체질건강교실, 한방산전산후건강교실, 한방육아교실 등의 8개 프로그램 위주로 지역 보건소를 중심으로 한방지역보건사업을 운영하고 있으며 여기에 국고를 지원하고 있다. 이와 연계하여 2005년부터 한방건강증진 HUB보건소사업¹⁶⁾을 추진하고 있는데, 한방건강증진HUB보건소사업이란 “우리나라의 급속한 인구·사회·경제·문화 및 질병 형태의 변화에 따른 지역주민들의 보건의료서비스에 대한 욕구와 기대의 변화가 건강증진사업에 있어 패러다임의 변화·개별적, 전인적, 차별화된 건강증진서비스-를 요구하고 있는 바, 이에 대한 대응방안의 일환으로서 동양철학을 기반으로 발전한 한방건강증진개념을 지역중심의 공공보건사업에 적용하여 개인뿐만 아니라 지역주민들의 질병예방 및 건강수준의 향상을 도모하기 위한 통합적 지역중심의 사업”을 말한다. 이는 보건소에 파견된 공중보건한의사를 중심으로 고령화시대에 걸맞은 지역보건사업을 추진하기 위한 것이고 시대적인 한방의료의 필요성에 따라 수립된 정책이라고 볼 수 있다.

고령화시대에 가장 국민건강증진에 기여하게 될

14) 정진홍. 우리나라 노인의료서비스정책의 현황과 발전방향에 관한 연구. 단국대 정책경영대학원 석사학위논문. 2004: 104-105.
 15) 보건복지부. 2005년도 한방공공보건사업 추진계획. 2005.
 16) 보건복지부. 2005년도 한방건강증진 HUB보건소 사업안내. 2005.

한방지역보건사업은 한정된 인적자원 및 예산으로 인하여 한계가 있으므로 얼마나 효율적으로 시행하느냐는 것과 더불어 지역 한의사협회의 지원이 절실하다 할 것이다. 한방지역보건사업의 프로그램에 지역 한의사가 적극적으로 참여하여 공중보건의사 및 여타 보건 공무원의 역량이 미치는 못하는 분야의 프로그램을 개발하고 지원하여 지역사회민의 만족도를 높인다면 한방의료에 대한 국민적 관심과 함께 호응도가 높아질 것이고, 이는 한방사업 시행의 성공을 보장하여 향후 국가보건정책에서 한방의 중요성을 더욱 높게 인식할 계기가 될 것이다.

III. 결 론

우리나라는 평균수명이 급격하게 증가하고 있고 고령자의 비율도 높아지고 있는 고령사회로 진입하려고 한다. 너무나도 빠르게 일어나고 있어 이에 대처할 시간적 여유도 부족하다. 그러나 많은 분야에서 이에 대처하기 위한 방향을 제시하고 있다. 노령인구 중 특히 일상생활이 힘들거나 지속적인 의료혜택이 필요한 구성원의 수가 늘어가고 있으며, 그들이 또한 많은 의료비를 지출하고 있다. 이와 더불어서 풍요로운 노후를 위한 한방에 대한 관심도 많이 늘어가고 있으며, 이를 올바르게 이끌어 갈 수 있는 한의학계의 역할이 필요할 것이다.

고령화시대에 걸맞은 한의학의 미래를 위해서 한의사의 사회진출 다변화 및 사회 적응력이 필요하다. 한의과 대학의 교과목 체계를 탄력적으로 운영하여 강의에 지역사회복지, 한방보건사업, 의료경영, 보건정책 등 보건의료관련 과목을 신설하여 한의사로 하여금 다양한 영역을 포괄하는 넓은 시야를 갖게 해주고, 지역사회복지와 지역보건정책에 대해서 잘 이해하도록 하여 결과적으로 국민건강증진에 이바지할 수 있도록 교육하는 것이 바람직하다.

복지의 주체가 국가에서 지역사회로 옮겨지고 시설중심에서 탈시설화로 이루어지고 있다. 지역사회 복지를 이끌고 있는 지역사회복지관과 지역한의학계가 연계하여 재가복지센터의 주간보호나 단기보호에 필요한 한방인력의 지원과 지역자원봉사자의 교육에 참여하는 것이 고령화 사회를 맞이한 한의 학계를 위한 한 방향이 될 수 있을 것이다. 우리지역의 주민에게 도움이 되는 작은 일을 시작함으로써 전체한의학계에 대해 국민의 인식의 변화를 가져올 수 있을 것이며, 진정한 복지국가로 가는 길에 한의학계도 크게 참여할 수 있을 것이다.

참고문헌

1. 오정수, 류진석. 지역사회복지론. 학지사. 2004: 17-23, 167-181.
2. 이운로, 홍영수. 의료사회사업론. 학지사. 2001: 25-48.
3. 김미혜, 서혜경. 노인복지실천론. 도서출판 동인. 2001: 45-71.
4. 김옥희. 한국, 일본, 미국의 재가노인복지정책과 정 연구. 부산대 박사학위논문. 1998: 189-192.
5. 김만희. 우리나라 재가노인가정간호사업 활성화 방안에 관한 연구. 경희대 행정대학원 석사학위 논문. 2002: 1-2, 102-104.
6. 최진식. 초고령사회에 대비한 실버산업 활성화 방안에 관한 연구. 중앙대 산업경영대학원 석사 학위논문. 2005: 92-97.
7. 김연수. 고령화 사회에서 노인건강과 스포츠활동의 관계. 원광대 대학원 박사학위논문. 2004: 10-48.
8. 이정숙. 환경과 건강요인이 노인의 보건복지에 미치는 영향. 한서대 대학원 박사학위논문. 2004: 88-97.
9. 정진홍. 우리나라 노인의료서비스정책의 현황과 발전방향에 관한 연구. 단국대 정책경영대학원 석사학위논문. 2004: 22-31, 66-80, 104-105.
10. 고양곤. 노인주간단기보호의 현황과 과제. 노인 복지연구. vol.1, no.1. 1998: 38-39.
11. 고양곤. 노인주간보호의 현황과 과제. 한국사회 복지. 경남대학교 부설 한국사회복지연구소. Vol.4. 1999: 500.
12. 장지연. 고령화시대의 노동시장과 고용정책. 한국노동연구원. 2003: 9-19.
13. 보건복지부. 2005년도 한방건강증진 HUB보건소 사업안내. 2005.
14. 보건복지부. 한방건강증진 HUB보건소 사업계획서 작성교육 워크샵 자료. 2005.
15. 보건복지부. 2005년도 한방공공보건사업 추진 계획. 2005.
16. 보건복지부. 노인요양보장제도 제1차 시범사업 운영실태 점검 결과보고. 2005.
17. 보건복지부. 2004보건복지백서. 2005: 19-22, 118-121.
18. 통계청. 고령자 사망원인 분석결과. 2005: 3-24.
19. 통계청. 세계인구의 날에 즈음한 세계 및 한국의 인구현황. 2005: 6, 18-24.
20. 통계청. 장래인구 특별추계 결과. 2005: 6-8.
21. 한국보건사회연구원. 2004년도 전국 노인생활 실태 및 복지욕구조사. 2005: 22-25.
22. 한국보건사회연구원. 한국인의 주요 상병 및 건강행태 분석. 2003: 509-531.
23. 김승권, 조애지, 이건우, 박지영. 사회복지관의 기능 및 역할 강화 방안 연구. 한국보건사회연구원 정책보고서. 2005: 35-53.
24. 정경희. 인구고령화에 대비한 노인보건복지 종합대책. 보건복지포럼. 한국보건사회연구원. 2003: 64-74.
25. OECD Health Data 2002(인구통계)
26. OECD Health Data 2004(보건의료비통계)