

# 부산시 독거노인의 빈곤유형별 삶의 질 및 노인복지서비스 인지도에 관한 연구: 맞춤형복지 빈곤유형을 중심으로\*

진재문\*\*  
김수영\*\*\*

## 국문요약

본 연구는 정부가 맞춤형복지제도의 개별급여를 실시함에 따라, 욕구를 기준으로 독거노인의 빈곤을 유형화 한 후, 빈곤유형에 따라 WHO의 건강 개념을 사용한 삶의 질과 노인들에게 필요한 노인복지서비스에 관한 인지도가 어떻게 달라지는지를 탐색적으로 규명하고자 하였다. 분석은 2012년 부산복지개발원에서 구축한 '부산광역시 독거노인생활실태조사' 데이터를 이용하였고 총 사례는 1,023개이다. 독거노인의 빈곤유형을 7개의 빈곤형과 비빈곤형으로 총 8개로 구분하였다.

분석 결과, 첫째로, 독거노인의 빈곤유형에 따라 삶의 질(신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 건강)의 세부 변수에서 차이를 보이는 것으로 확인되었다. 둘째로, 독거노인이 어느 빈곤유형에 속하는가에 따라 노인장기요양보험제도를 제외한 기초노령연금, 노인일자리사업, 노인돌봄서비스에 대한 인지도에서 차이를 보였다. 셋째, 빈곤유형에 따라 삶의 질의 점수가 낮음에도 불구하고 필요한 노인복지서비스의 인지도가 낮게 나타나고 있어, 일종의 정책적 조응의 불일치가 확인되고 있다. 넷째, 이러한 경향은 특히 중복빈곤의 유형에서 상대적으로 높게 나타나고 있다.

주제어: 빈곤유형화, 삶의 질, WHO의 건강, 복지서비스 인지, 중복빈곤유형

## I. 서론

현재 한국사회는 급속한 고령화와 노인빈곤의 심화를 동시에 경험하고 있다. 급속한 고령인구의 증가가 노인 빈곤의 심화와 결합되면서 노령기의 삶을 궁핍으로 몰아갈 위험성을 높이고 있다. 통계청(2013)에 따르면, 2000년에 65세 이상 노인인구는 7.2%의 비율로 고령화 사회(aging society)에 진입하였다. 2014년에 이르러 노인인구의 비율이 전국적으로 12.7%로 높아져 고령사회(aged society) 진입을 목전에 두고 있고, 부산시는 14%로서 이미 고령사회에 진입하였다(동남지방

\* 이 논문은 2015년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2015S1A3A2046745).

\*\* 제1저자

\*\*\* 교신저자

통계청, 2014). 불과 14년 만에 고령화 사회가 고령사회로 빠르게 전환되는 양상을 보이고 있는 것이다.

심각한 것은 이렇게 급속하게 증가하는 노인 집단이 심각한 빈곤에 직면할 가능성이 높다는 점이다. OECD 기준의 상대빈곤율<sup>1)</sup> 본 노인빈곤율은 49.6%에 이르고 있어 OECD 국가 중 최고 수준을 보이고 있다(한국노동연구원, 2015). 노인빈곤율 만이 아니라 노인가구의 소득수준 역시 매우 낮은 상태이다. OECD(2013)에 따르면, 한국의 66~75세 노인의 소득은 전 인구 평균소득의 62.4% 수준을 보이고 있다. 90.1%를 보이고 있는 OECD 평균과 비교하면 심각하게 낮은 수준이다. 절반의 노인들이 이른바 '소득절벽'에 직면할 위험이 있는 것이다. 이승훈(2015)은 인구고령화의 영향으로 60세 이상 가구주 비중이 빠르게 증가하고 있으며, 이들의 명목가계소득이 평균대비 30% 이상 감소하여 소득절벽에 직면했음을 보고하고 있다.<sup>2)</sup>

이러한 상황에서 주목해야 할 또 다른 양상은 가구구조의 변화로 인하여 노인단독가구<sup>3)</sup>가 급속하게 증가하고 있다는 점이다. 전 연령대의 1인가구는 2010년 15.8%에서 2015년 21.3%로 빠르게 증가하고 있다. 2014년 1인 가구 중 노인단독가구는 전국이 26.9%이고 부산시는 29.9%에 이르고 있다(여성가족부, 2015). 이렇게 증가하고 있는 노인단독가구의 최저생계비 기준 절대빈곤율이 2010년 57%로서, 노인단독가구 다음으로 높은 2인 노인가구의 빈곤율 35.0%에 비하여 상당히 높게 나타나고 있다(진재문, 2014: 249). 또한 OECD 기준의 상대빈곤율은 2013년 74%에 이르고 있다(한국노동연구원, 2015: 5). 고령화의 진전과 함께 증가하는 노인빈곤이 혼자 사는 노인단독가구에서 특히 심각하게 나타나고 있는 것이다. 이렇게 노인빈곤은 가구구조의 변화, 즉 가구원수에 따라 규모가 다르게 나타나고 있으며, 노인단독가구의 빈곤이 노인빈곤정책의 핵심적인 대상으로 대두되고 있다.

이러한 시점에서 정부가 2015년부터 추진한 맞춤형복지제도는 노인 단독가구의 빈곤 연구나 정책 개발에서 새로운 접근을 요구하고 있다. 맞춤형복지제도는 기존의 기초생활보장도의 통합급여를 생계, 의료, 주거, 교육의 네 가지 급여로 분리함으로써, 맞춤형으로 수급자의 욕구에 대응하고자 제도를 변화시킨 것이다. 이는 공식적으로 빈곤 집단을 욕구별로 유형화시켰다는 점에서 새로운 접근으로 이해된다. 이러한 정책적 혹은 제도적 변화는 빈곤에 대한 연구자나 정책 개발자에게 중요한 과제를 던지고 있다. 즉, 빈곤 집단을 하나의 단일한 대상으로 다루는 것이 아니라, 빈곤 집단을 유형화시켜 새로운 분석 및 정책개발을 시도할 필요성이 있다는 점이다.

우리나라 기초생활보장제도의 대표적인 수급자 집단이 노인들임을 고려하면 노인들의 빈곤에 대한 새로운 접근이 요구된다. 특히 앞서 언급한 것처럼 고령화 과정에서 대표적인 노인빈곤집단으로 대두되는 노인단독가구의 빈곤 역시 유형화를 통해 세부적으로 접근할 필요성이 있으며 이런 접근이 정책적으로도 유용성이 크다고 판단된다. 맞춤형 복지라는 제도적 측면에서의 판단이

1) 중위소득의 50% 미만을 기준으로 한 상대빈곤율.

2) 이승훈(2015)은 60세 이상 노인가구가 소득절벽에 직면하고 급격한 평균소비성향의 하락을 경험하고 있음을 보여주고 있다.

3) 본 연구에서는 사용한 자료의 명칭을 고려하여 노인1인가구를 노인단독가구로 통일하고자 한다. 노인을 중심으로 할 때는 제목처럼 독거노인을 사용한다.

아니더라도, 기대수명의 연장과 고령화의 진전으로 길어진 노령기 빈곤을 하나의 정책대상 집단으로 접근하는 것은 문제가 있다. 여러 가지 다차원적 기준을 이용하여 세분화된 집단으로 유형화한 후, 유용한 정책적, 이론적 의미들을 발견하려는 노력이 요구되는 시점이다.

그럼에도 불구하고 최근까지 일반 빈곤에 대한 연구는 물론이고 노인 및 독거노인에 대한 연구들은 빈곤집단이 가지는 제반 특성을 다루기는 하지만, 빈곤 집단 자체를 특정한 기준이나 차원을 가지고 유형화하여 접근한 사례는 찾아보기 힘들다. 특히 현재 진행되고 있는 맞춤형복지제도와 연관하여 빈곤을 유형화하여 분석한 연구는 찾아볼 수 없다.

이러한 배경에서 본 연구는 우리나라 공공부조제도의 대표적인 제도인 국민기초생활보장제도가 맞춤형복지를 실시함에 따라 대표적인 수급자 집단인 노인, 그 중에서도 가장 많은 비중을 차지하고 있는 노인단독가구의 독거노인을 연구 대상으로 하여, 독거노인을 빈곤유형별로 분류하고 그에 따라 독거노인의 삶의 질(WHO의 건강), 복지서비스에 대한 인지도에서 차이를 보이는지를 검증하고자 한다. 나아가 빈곤 유형별로 독거노인의 삶의 질과 노인복지서비스에 대한 인지도의 관계를 분석하여, 정책적으로 의미 있게 연계·조용되고 있는지를 확인하는 것이 본 연구의 목적이다. 본 연구는 이러한 목적을 달성하기 위해 2012년에 부산복지개발원이 조사한 '부산광역시 독거노인 생활실태조사 데이터'를 사용하여 분석한다.

이러한 시도를 통하여 독거노인 같은 빈곤집단에 대한 정책의 형성과 집행에서 빈곤을 유형화하는 것이 중요함을 보여줄 수 있을 것으로 기대한다. 특히 공공부조제도인 기초생활보장제도의 기본축이 맞춤형 복지제도로 변화하고 있는 제도적 전환기에 있다. 맞춤형복지의 급여유형을 준거로 하여 빈곤을 유형화하는 접근은 정책적 실용성 측면에서 중요한 의미가 있을 것으로 생각한다.

## II. 이론적 논의 및 선행연구 검토

### 1. 빈곤의 유형화 및 필요성

빈곤의 유형화는 분류 기준이 무수히 존재할 수 있기 때문에 쉽사리 일반화할 수 있는 개념이 아니다. 빈곤 관련 교재들은 빈곤을 측정하고 빈곤선(poverty line)을 설정하는 방법에 따라 절대빈곤, 상대빈곤, 주관적 빈곤, 정책적 빈곤으로 분류한다(김수현·이현주·손병돈, 2009: 21-31). 빈곤을 원인별로 분류할 수도 있다. 예를 들면 빈곤의 원인을 개인이나 가족의 결함에서 찾는 개인결함론에 따라 결함의 범주에 따라 빈곤을 구분할 수도 있고, 오스카 루이스(Oscar Lewis)의 빈곤문화론(culture of poverty)처럼 주류 문화와는 다르게 사회화된 하위문화에서 빈곤의 원인을 찾아 빈곤을 범주화할 수도 있다(노병일, 2013).

실용적 차원에서 빈곤을 서비스 대상자별로 구분하여, 여성빈곤, 노인빈곤, 아동빈곤 등으로 분류하기도 한다. 또한 욕구를 중심으로 주거빈곤, 교육빈곤, 의료빈곤, 정보빈곤 등으로 분류하기도 한다. 이렇게 분류된 빈곤은 다차원적으로 결합되어 더욱 다양한 분류를 할 수 있다. 예를 들면

노인빈곤 집단의 상대빈곤과 절대빈곤, 혹은 아동빈곤 집단을 교육빈곤, 의료빈곤, 주거빈곤으로 구분할 수도 있다.

본 연구에서는 욕구를 기준으로 급여유형을 구분한 맞춤형복지제도의 급여체계 유형을 적용하기로 한다. 2015년 시행된 맞춤형복지제도는 기존 국민기초생활보장제도의 수급자에게 적용되었던 통합급여 체계를 수급자에게 발생한 욕구를 기준으로 생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여로 분리하였다(보건복지부, 2015). 이러한 급여유형은 수급자들이 경험하는 문제나 욕구의 범주를 반영하는 것으로서 각각 생계빈곤, 주거빈곤, 의료빈곤, 교육빈곤으로 빈곤 유형을 나누고 있는 접근이다.

이렇게 빈곤을 유형화할 필요성은 사회보장과 사회복지의 기본 원칙에서 찾을 수 있다. 역사적으로 보면 사회복지의 대상 집단에 대한 유형화는 사회보장 및 사회복지 분야에서 중요한 원칙으로 자리 잡아 왔다. 현대적 사회보장 시스템의 기본틀을 완성한 베버리지(Beveridge)는 1942년 '베버리지 보고서'에서 사회보험에 관한 여섯 개의 원칙을 제시하였다. 그 가운데 하나가 사회보험의 적용에 있어서 피보험자를 세분화(classification)하는 것이었다. 베버리지는 피보험자의 범주를 피고용인, 고용주 및 독립노동자, 무보수 서비스종사자, 비취업자, 15세 미만의 취업연령 미달자, 취업연령을 초과한 퇴직자로 세분하였다(이인재 외, 1999: 86). 피보험자를 사회경제적 지위와 위치에 따른 욕구의 차이를 고려하여 세분화한 것이다.

유형화는 사회보험 같은 거시정책의 영역만이 아니라, 사회복지서비스 실천 영역에서도 중요한 원리로 실현되고 있다. 비스텍(Biestek, 1957)은 케이스워크(casework) 원조관계의 일곱 가지 원리 중 첫 번째로 '개별화(individualization)'를 제시하고 있다. 개별화는 클라이언트의 독특한 자질을 인정하고 이해하는 것으로서, 보다 나은 적응과 문제해결을 위해 개별적인 특성을 기초로 원조관계를 형성하는 것이다(김기태·박병현·최송식, 2009: 159). 개별상담과 같은 미시적 사회복지 실천에서도 개인을 개별적 특성을 고려하여 대응하는 것이 사회복지의 전통적 원리였다.

이러한 사회보장과 사회복지실천의 원칙을 고려하면 맞춤형복지에서 개별급여체제로 전환한 것은 베버리지의 세분화 원칙과 사회복지실천의 개별화 원칙을 확대 적용할 수 있는 여지를 만들었다는 점에서 긍정적이다. 즉, 빈곤 집단을 하나로 획일화하는 것에서 벗어나 생계, 주거, 의료, 교육의 범주 집단에 따라 좀 더 특화된 대응책을 만들 수 있는 틀이 제시되었다고 할 수 있다. 이러한 맥락에서 독거노인의 빈곤 역시 생계, 주거, 의료, 교육이라는 세분화된 유형으로 구분하고, 개별적 집단의 특성을 반영하여 분석을 행하는 것은 사회보장과 사회복지의 전통적 원리에 부합하는 접근법이라고 할 수 있다.

## 2. 독거노인에 대한 선행 연구 동향

독거노인의 연구에서 빈곤은 독립적인 주제로 다루어지기 보다는 독거노인에 대한 실태 연구에서 빈곤을 포함하여 다루는 접근이 주를 이루고 있다. 주요 경향을 살펴보면 다음과 같다.

## 1) 독거노인의 생활 및 빈곤 실태와 정책 과제 연구

독거노인의 규모와 생활실태 전반을 파악하고 개선을 위한 정책 과제를 탐색하는 연구들이다. 석재은(2007)과 정경희(2011)는 독거노인의 실태를 파악하고 사회적 대응과 정책적 과제를 탐색하고 있다. 노재철·고준기(2013)는 독거노인 지원정책을 검토하면서 법제도적 차원에서 개선방안을 모색하고 있다. 바젤과 잭(Bazel and Jack, 2014)은 캐나다 독거노인의 빈곤 문제를 소득불평등 차원에서 분석하고 있다.

이밖에 일반노인의 빈곤을 다루는 연구에서 부수적으로 독거노인의 빈곤 문제를 포함하는 연구들이 있다. 오미애(2013)는 노인빈곤을 완화하기 위한 재정정책에 관심을 두고 노인복지지출과 정책과제를 제시하면서 독거노인에 대한 간접적 지원과제를 다루고 있다. 진재문(2014)은 노인빈곤연구에서 독거노인 빈곤규모를 추정하고 있다.

독거노인의 빈곤을 다루는 경우 이상의 연구들 중 본격적으로 빈곤을 유형화하려는 연구는 없다. 다만, 빈곤의 유형화 연구에 가장 가까운 연구로는 빈곤에 대하여 다차원적(multi-dimension)으로 접근하는 연구들이 존재한다(김경혜, 2011; 김경혜 외, 2011; 이정관·김준현, 2013; 김혜자 외, 2014 등). 김경혜(2011)는 빈곤에 대한 다차원적 접근으로서, 소득차원과 다양한 생활영역에서의 결핍들이 일치하지 않고 있음을 밝히고 있다. 이정관·김준현(2013) 역시 서울시 독거노인을 대상으로 소득빈곤과 다른 차원인 건강, 주거, 사회적 관계에서의 빈곤이 상당부분 일치하지 않는다는 것을 보여주고 있다. 김혜자 외(2014)는 빈곤을 소득, 고용, 주거, 건강, 가족의 다차원성 구조로 접근하고 있으며, 다차원적 빈곤의 영역별로 도·농 간에 빈곤의 격차를 보이고 있음을 밝히고 있다.

주목할 점은 빈곤을 다차원적으로 분석하는 것이 반드시 빈곤을 유형적(typological)으로 접근하는 것을 의미하지 않는다는 것이다. 연구들에 따르면 빈곤의 다차원성이란 결국 빈곤을 단순하게 소득의 부족만으로 접근하는 것이 아니라 교육, 건강, 고용 등 다양한 차원을 포함하여 중층적으로 다루는 것을 의미한다(김경혜 외, 2011, 이정관·김준현, 2013; 김혜자 외, 2014). 하지만 유형화는 다차원적 접근과 성격이 조금 다르다. 빈곤에 대한 유형화 과정에서 특정한 기준을 적용하여 빈곤 혹은 빈곤집단의 유형(type)을 구분하고, 그러한 개별 유형 안에서 다양한 차원의 결핍을 다룰 수 있기 때문이다.

반스 등(Barnes et al., 2012)은 빈곤의 다차원적 영역(domain)으로 재정(finances), 노동과 교육(work and education), 물질적 박탈(material deprivation), 주거(housing), 건강과 안녕(health and wellbeing), 지역사회와 사회적 연계망(local area and social networks), 가족 구조(family structure)를 제시하고 있다. 반면 유형화(typology)의 예를 제시하고 있는데, 생애단계의 빈곤유형(poverty types of life stage)로서 아동 빈곤유형(child poverty types), 무자녀 근로세대 유형(working age without children), 연금생활자 유형(pensioner types)을 보여주고 있다. 이러한 접근은 빈곤의 다차원성이 빈곤의 유형화를 위한 과정적 수단이 될 수 있음을 보여준다. 물론 유형화를 위한 기준에서 빈곤의 다차원적 요소와 중복될 수도 있을 것으로 생각된다.

## 2) 독거노인의 삶의 질에 관련된 사회·심리적 연구

독거노인의 삶의 질에 대한 사회적·심리적 건강의 실태 및 관련 요인들 사이의 이론적 연관성을 규명하려는 연구들이 있다. 이현주·안기덕(2013)은 심층면접을 통해 쪽방에 거주하는 여성독거노인의 삶에 공존하는 긍정적 관계망을 발견하고 있다. 배숙경·엄태영·이은진(2012)은 독거노인의 일상생활수행능력과 삶의 질의 관계에서 우울증이 매개변수로 작용하고 있음을 규명하고 있다. 최영(2008)은 독거노인의 경우 근로능력이 있을수록, 경제력이 있을수록, 신체적으로 건강할수록, 가족지지가 강할수록 우울이 감소한다는 결과를 제시하고 있다. 신근화(2013)는 독거노인에 대한 연구에서 사회적 배제의 특성을 연쇄성, 동시성, 순환성, 인과성으로 정리하고 있다.

이들 접근에서 가장 자주 등장하는 개념 중 하나가 삶의 질이다. 삶의 질에 대한 개념은 후생경제학자인 피구(Pigou, 1929) 이후 국내·외적으로 너무도 다양하게 정의되어 왔다(한 준 외, 2011; 배숙경·엄태영·이은진, 2012). 특히 포함하는 개념적 하위 영역들이 연구자들마다 다르고 내포하는 철학과 가치가 달라 일관되고 모두가 합의할 수 있는 정의를 내리기 힘들다.

민성길 외(2002)는 WHO의 삶의 질 정의에 기초하여 한국판 삶의 질 측정도구를 제시하였고, 이후 이를 적용한 삶의 질 연구가 등장하고 있다. WHO는 삶의 질을 '개인이 생활하고 있는 문화와 가치 속에서 자신의 목표 및 기대와 관련하여 가지는 개인의 현재 상태에 대한 지각'으로 정의하고 있다(민성길 외, 2002). 배숙경·엄태영·이은진(2012)은 민성길 외(2002)의 한국판 WHOQOL-BREF를 활용하여 삶의 질을 측정하고 있다. 이들은 독거노인의 일반적 삶의 질, 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 관계, 생활환경으로 구성된 척도를 사용하였다. WHOQOL-BREF는 WHO의 건강 개념인 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 건강을 포함하고 있다.

본 연구는 부산복지개발원이 독거노인의 생활실태를 조사하기 위해 구축해 놓은 이차 데이터를 사용하기 때문에, WHOQOL-BREF의 모든 측정 도구를 반영하지 못한다. 그리하여 차선택으로 WHO의 건강 개념을 기초로 삶의 질을 분석한다. 즉, 부산복지개발원의 데이터로부터 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 건강에 해당하는 설문을 선정하여 건강 중심으로 삶의 질을 분석할 것이다.<sup>4)</sup>

## Ⅲ. 연구방법

### 1. 분석 자료

본 연구의 분석 자료로서 2012년 부산복지개발원에서 실시한 '부산광역시 독거노인생활실태조사' 데이터를 이용하였다. 2012년 6월 25일부터 7월 31일 사이에 조사가 이루어졌다. 조사대상은 부산광역시에 거주하는 65세 이상 노인으로서 주민등록등본 상 독거노인으로 확인된 노인을 조사 대상으로 하였다. 부산광역시의 16개 구·군에서 400명씩 추출하여 총 6,400 명으로 조사명부를

4) 척도에 대해서는 연구방법 참고.

구성하였다. 이들을 대상으로 조사를 실시하여 최종적으로 1,023 케이스의 데이터를 구축하였다.

시간적으로 보면 2012년의 데이터로서, 현재 시점에서 오래되었다는 평가도 가능할 것이다. 하지만, 광역시 단위에서 독거노인을 대상으로 이 정도 규모의 조사와 1,023 케이스의 데이터를 구축하기 쉽지 않다. 그러한 이유로 이러한 데이터를 구하는 것은 최근까지도 쉽지 않은 상황이다. 더구나, 16개 기초자치단체에서 400 명씩 추출하였기 때문에 지역성을 끌고루 반영한다는 장점이 있다. 또한 본 연구의 목적이 독거노인의 빈곤 유형에 따른 삶의 질과 복지서비스 인식의 차이를 분석하는 것인데, 이러한 연구 목적을 달성하는 차원에서 조사 시기는 큰 문제가 되지 않을 것으로 판단되어 본 연구의 분석 자료로 활용하였다.

다만, 소득 계층의 측면에서 보면 데이터의 대표성에 한계가 있음을 고려해야 한다. 부산복지개발원에서 조사를 수행할 당시 부산시와 구청의 행정 조직을 통해 확보한 조사대상 명부가 주로 저소득층 독거노인 중심으로 표집되었다는 점이다. 구청에서는 사회복지행정 과정에서 관리대상자로 축적된 독거노인을 추출하였는데, 구청에서 관리대상으로 확보한 독거노인의 상당수가 저소득층에 해당한다. 따라서 본 연구의 분석 결과에 대한 해석 과정에서 이러한 특성과 한계를 충분히 고려해야 할 것으로 보인다.<sup>5)</sup>

## 2. 맞춤형 복지에 따른 독거노인 빈곤의 유형화

본 연구의 핵심인 빈곤의 유형은 정부의 맞춤형 복지의 개별급여 유형을 기초로 재정의 하였다. 맞춤형 복지의 급여에서 제시한 생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여로부터 7개의 노인단독가구의 빈곤유형과 1개의 비빈곤 유형을 도출하여 총 8개의 분석 유형으로 구분하였다. 이런 의미에서 일종의 '맞춤형복지 빈곤유형' 이라고 할 수 있다.

빈곤유형화의 1단계로 생계급여, 의료급여, 주거급여로부터 생계빈곤, 의료빈곤, 주거빈곤의 세 유형을 도출하였다. 이 과정에서 교육급여에 기초한 독거노인 교육빈곤 유형은 제외하였다. 그 이유는 65세 이상의 독거노인들에게 학용품 지원 같은 교육급여가 적용될 가능성이 매우 낮아서 실질적으로 빈곤유형으로서의 의미가 없기 때문이다.

### 1) 생계빈곤

정부가 맞춤형 복지에서 제시한 생계급여의 대상자 선정기준은 2015년 중위소득 28%<sup>6)</sup>이다. 통계청(2013)의 '가계금융·복지조사' 가구소득자료<sup>7)</sup>에 따르면, 2012년 1인가구의 중위소득은 연

5) 데이터의 이러한 특성은 실제 조사에 참여한 연구원과의 면접으로 이를 확인하였다. 그럼에도 불구하고 구청에서 어떤 기준을 가지고 '저소득 독거노인'으로 구분하고 있지 않았기 때문에, 본 연구의 대상을 명확하게 저소득 독거노인으로 규정하는 것도 무리가 따르다. 면접과정에서 부산시 독거노인에 대한 대표성을 확보한 데이터는 공공행정 영역에서도 2013년 이후부터 접근이 가능했다는 사실도 확인할 수 있었다.

6) 2017년까지 30%로 상향 조정

7) '가계금융·복지조사'의 가구소득은 근로소득, 사업소득, 재산소득, 공적이전소득, 사적이전소득의 합으로

1,120만원이며 월 93만원이다. 93만원의 28%에 해당하는 월 소득은 261,333원으로 산출되었다. 문제는 부산시의 독거노인생활실태조사에서 가구소득을 10만원 단위의 10개 급간으로 측정하고 있다는 점이다. 따라서 정확하게 중위소득 28% 기준의 생계빈곤 집단을 확정할 수 없는 상태이다. 본 연구는 차선책으로 261,333원을 포함한 30만 원 이하 급간의 응답자를 생계빈곤자로 판단하였다.

## 2) 의료빈곤

맞춤형복지의 의료급여 선정기준은 중위소득의 40% 기준과 의료욕구를 추가적으로 요구하고 있다. 본 연구의 경우 조사표의 질문 내용으로 볼 때, 소득기준과 의료욕구를 명확하게 결합할 수 없기 때문에 맞춤형 복지 의료급여 선정기준을 그대로 적용하기 곤란하다. 그리하여 조사표의 질문(F3과 F3\_1)을 적용하였다. 조사표의 질문에서 '의료욕구가 발생했음에도 불구하고 병원을 이용하지 못하고 있는 경우'를 의료빈곤으로 정의하였다. 이러한 정의는 맞춤형 복지의 기준인 소득기준과 의료욕구 기준이 동시에 반영된 개념으로 이해할 수 있다.

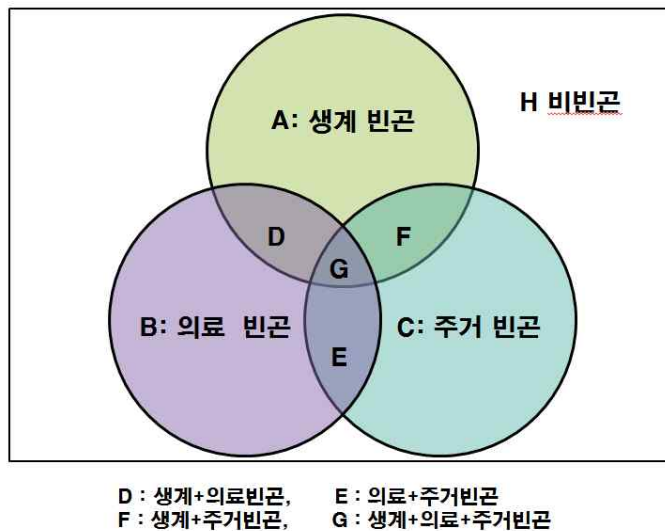
## 3) 주거빈곤

맞춤형복지의 주거급여 선정기준은 중위소득의 43%와 추가적으로 확인된 주거욕구를 결합하여 판단한다. 본 연구의 경우 의료빈곤과 동일한 이유로 차선의 방법을 사용하여 주거빈곤을 정의하였다. 조사표(질문 H3)는 기본적인 상하수도, 전용화장실 및 목욕시설, 전용부엌의 설치 유무를 묻고 있다. 본 연구는 이 중 하나라도 '없다'고 응답한 경우 주거빈곤으로 판단하였다.

빈곤유형의 2단계는 단일빈곤유형인 생계빈곤, 의료빈곤, 주거빈곤을 조합하여 중복빈곤유형을 도출하는 것이다. <그림 1>에서 보는 것처럼 두 가지 유형이 중복된 빈곤 유형(D, E, F)과 생계빈곤, 의료빈곤, 주거빈곤에 모두 해당하는 중복빈곤 유형(G)으로 구분하였다. 그리고 어느 빈곤에도 해당하지 않는 비빈곤 유형(H)을 추가 하였다. 따라서 본 연구의 대상인 독거노인가구는 7개의 빈곤유형과 1개의 비빈곤유형 중 어느 하나에 포함된다. 이러한 맥락에서 볼 때, 본 연구의 빈곤유형은 맞춤형복지제도의 욕구에 따른 급여체계에 대응한 것으로서, 빈곤의 단일성과 중복성을 반영하여 유형화한 것으로 볼 수 있다. 여기에 비빈곤유형은 순수한 빈곤유형은 아니지만 비교의 유용성을 위해서 추가하였다.



〈그림 1〉 독거노인가구의 빈곤유형



## 2. 주요 변수의 개념과 측정

### 1) 삶의 질(WHO 건강)의 정의 및 측정

삶의 질의 정의가 광범위하고 명확하게 정의되기 힘들기 때문에 본 연구에서는 삶의 질을 대리하여 세계보건기구(WHO)의 건강에 대한 정의를 사용한다. WHO는 1946년 건강에 대하여 정의를 내리고, 1948년 발효한 이후 지금까지 수정 없이 지켜오고 있다. WHO는 건강을 '단순히 질병(disease)에 걸리지 않고 병약(infirmity)하지 않은 상태가 아니라, 육체적(physical), 정신적(mental), 사회적(social)으로 안녕(well-being)한 상태'로 정의하고 있다(WHO, 2016). WHO의 정의에 따르면 건강이란 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 건강을 모두 의미한다. 삶의 질의 중요한 하위 범주인 물질적 풍요, 쾌적한 환경 등이 제외되었지만 안녕 혹은 복지를 의미하는 'well-being'을 사용함으로써 삶의 질의 중요한 범주들을 반영하고 있다.

본 연구에서 신체적 건강은 '건강상태'를 묻는 5점 척도 한 질문과 '만성질환 유무'를 묻는 2점 척도 한 질문으로 측정한다. 정신적 건강은 노인들을 대상으로 하는 연구에서 자주 사용하는 '우울증'을 측정한다. 우울증 척도는 셰이크와 예사베이지(Sheikh and Yesavage, 1986)의 GDS-15(Geriatric Depression Scale-15)를 사용한다. 2점 척도 이루어진 총 15개의 질문으로 구성되었다. 0에서 15점의 점수 분포를 보이며 우울정도의 판단은 정상이 0-4점, 경증 우울증이 5-9점, 중증 우울증은 10점 이상으로 한다.

사회적 건강은 '사회참여'와 '취미활동'으로 측정한다. 사회참여는 사회적 친교를 위해 다양한 조직 및 단체의 모임에 참여하는 것으로서, 참여점수가 높은 노인일수록 사회적 건강이 높은 상태로 정의한다. 사회참여의 모임(혹은 조직)은 7개 범주로 노인정, 복지관·노인교실·노인대학, 자원

봉사활동기관, 종교단체, 친구모임, 시민단체 및 사회단체를 포함한다. 취미활동의 범주는 13개로 TV 및 라디오, 사교, 등산 및 산책, 낚시, 미술, 음악, 원예, 여행, 집안 꾸미기, 잡기, 컴퓨터, 학습 및 독서, 자원봉사활동을 포함한다. 사회참여와 취미활동 모두 6점 척도로 이루어졌으며 합산 점수를 사용한다. 점수는 '전혀 안 함', '1년 1-2회', '몇 달에 1회', '월 1-2회', '거의 매일'의 6점 척도로서 1에서 6점이 부여된다.

## 2) 노인복지서비스 인지도의 개념과 측정

노인복지서비스 인지도는 독거노인가구 노인들이 자신들에게 현재 혹은 미래에 필요한 중앙정부 및 지방정부의 노인복지서비스에 대하여 인지하고 있는가를 의미한다. 노인복지서비스를 인지하고 있다는 것은 개인에게는 자신에게 필요한 욕구 및 문제의 해결 수단을 알고 있고 개인적 대응책을 찾을 가능성이 있음을 의미한다. 노인복지서비스를 공급하는 정책 당국의 측면에서는 자신들이 제공하는 노인복지서비스가 얼마나 홍보가 되어 있고, 얼마나 많은 사람들이 복지서비스 제도에 연계되어 있는가를 알 수 있는 도구가 될 수 있다. 적용한 노인복지서비스는 노인들에게 특화된 사회복지제도와 사회서비스로서 기초노령연금, 노인일자리사업, 노인장기요양보험, 노인돌봄서비스이다. 측정은 인지여부를 가변수(dummy variable)로 사용한다. 해당 노인복지서비스에 대해 '모른다'고 응답하면 0, '알고 있다'고 응답하면 1로 코딩하였다.

## 3) 삶의 질과 노인복지서비스 인지의 관계

본 연구의 세 번째 분석은 독거노인의 삶의 질과 노인복지서비스 인지여부 사이의 관계를 살펴보는 것이다. 특히 그러한 관계가 빈곤의 유형별로 달라지는지를 분석하는 것이다. 이를 통해 독거노인의 삶의 질과 그에 대응할 수 있는 노인복지서비스의 인지도가 적절하게 조응·연계되는지를 검토하고자 한다. 만일 두 변수 사이에 관계가 없을 경우, 모든 독거노인이 관련 서비스를 인지하고 있다면 현실적인 정책에서는 문제가 안 될 수 있다. 하지만, 욕구나 문제가 존재함에도 불구하고 대다수가 인지를 못하고 있는 상태에서 상관관계가 없다면, 이는 행정적 차원에서 홍보나 전달체계의 문제가 있을 수 있다. 만일 통계적으로 유의미한 상관관계가 있을 경우, 상관관계의 방향에 따라 정책적 의미에 대한 평가가 달라질 수 있다. 나아가 이러한 관계가 빈곤의 유형별로의 미 있게 차이가 난다면 정책적 차원에서 새로운 대안적 논의가 가능할 것이다.

## 3. 분석방법

본 연구는 목적과 성격이 인과성을 검증하는 이론연구라기 보다는 정책적 유용성을 위한 실천적 차원의 연구이다. 즉, 빈곤유형화가 실제 정책에서 독거노인들의 삶의 질과 복지서비스 인지도에 어떤 영향을 줄 수 있는가를 탐색적으로 분석하는 수준에 있다. 따라서 인과관계를 가설로 제시하여 검토하기 보다는 빈곤유형에 따른 삶의 질 및 노인복지서비스의 인지도 차이와 변수간의

관련성 정도를 확인한다. 분석결과의 해석 역시 인과성보다는 상관성에 무게를 두고 진행한다.

빈곤유형별로 명목변수들의 독립성 및 차이를 알아보는 기술통계 부분과 신체적 건강 부분은 교차분석의  $\chi^2$  검증을 실시하고, 우울증, 사회참여, 취미활동처럼 연속변수의 차이를 알아보는 분석은 일원변량분석(One-way ANOVA)을 시행한다. 특히, 독거노인의 빈곤유형에 따라 삶의 질과 노인복지서비스의 인지도 사이에 상관관계를 알아보기 위해 양류상관관계(point biserial correlation)를 적용한다. 양류상관관계는 연속변수와 이분변수간의 상관관계를 파악하기 위한 분석 방법이다. 이 경우 이분변수를 가변수 형태인 0과 1로 코딩하는 것이 핵심이다. 본 연구에서는 노인복지서비스에 대해 ‘모른다’는 0으로, ‘알고 있다’는 1로 코딩하였다. 이분의 명목변수를 X, 연속변수를 Y라고 할 때, 양류상관계수를 구하는 수학적 논리는 다음과 같다(곽재민, 2013; Brown, 2001).

$$r_{pb} = \frac{\bar{Y}_1 - \bar{Y}_0}{S_y} \sqrt{pq}$$

$\bar{Y}_1$  : 이분변수가 1인 대상자들의 평균점수  
 $\bar{Y}_0$  : 이분변수가 0인 대상자들의 평균점수  
 $p$  : 이분변수가 1인 대상자들의 비율  
 $q$  : 이분변수가 0인 대상자들의 비율  
 $S_y$  : Y변수의 표준편차

## IV. 분석결과

### 1. 독거노인의 빈곤유형별 인구학적 특성

본 연구의 표본에 포함된 부산시 독거노인은 여성이 82.8%로서 남성의 4배 정도 비율을 보이고 있다. 연령은 65세 이상의 노인을 대상으로 하였기 때문에 60대 보다는 70대 51.9%, 80대 42.4%로서 노인 중에서도 고령자가 다수를 차지하고 있다. 이러한 연령을 통해 유추할 수 있는 것처럼 저학력이 절대 다수를 차지하고 있다. 무학이 48.7%이고 초등학교 졸업이 33.5%로서 초등학교 졸업 이하가 전체의 82.2%에 이르고 있다. 아동청소년기에 일제식민시대와 한국전쟁을 경험하면서 배움의 기회가 박탈된 세대라고 할 수 있다.

자녀수는 평균적으로 3.06 명을 두고 있어 자녀들의 경제적 능력이 있을 경우 부양 받을 가능성이 어느 정도 존재할 것으로 추정된다. 독거노인의 월평균소득을 보면 조사대상의 90% 이상이 월 50만원 미만 상태에 있다. 2012년 맞춤형복지 생계빈곤선이 중위소득 28% 수준인 261,333원 이었음을 고려하면, 부산시 독거노인 중에서 약 2명 중 1명은 생계빈곤 상태에 해당하는 것으로 추정된다.

독거노인의 삶의 질을 WHO의 건강을 기초로 보면, 신체적 건강을 대리하는 주관적 건강상태는 '나쁘다'고 답한 독거노인이 48.2%, '매우 나쁜 편'이라고 답한 비율이 15.3%로서 부정적 답변이 63.5%에 이르고 있다. 만성질환을 가지고 있다고 응답한 비율은 무려 92.0%에 이르고 있다. 이처럼 신체적 건강에 대한 부정적 인식은 독거노인들의 연령분포를 고려하면 충분히 예상할 수 있는 것이다. 정신적 건강을 대리하는 우울증을 보면 평균 9.31로 나타나, 부산시 독거노인들이 경증의 우울증 상태에 있는 것으로 보인다. 표준편차(SD=3.816)를 고려할 때 10점 이상의 중증 우울증 상태에 있는 독거노인도 상당수 존재할 것으로 판단된다. 평균적인 정신적 건강 측면에서 심각한 문제를 안고 있음을 알 수 있다.

사회적 건강을 보면, 사회(모임)참여 점수는 평균 12.54로 개별 모임에 대하여 1년에 한 두 번의 참여하는 것으로 판단된다. 적극적인 사회참여를 한다고 보기 힘들며, 연령과 건강을 고려하면 사회참여에 많은 제약을 가지고 있을 것으로 추정된다. 취미활동은 평균 22.47로 제한된 취미활동 정도를 보이고 있다. 13개 취미를 조사했음을 고려하면 텔레비전 시청이나 라디오 청취를 제외하면, 다른 취미들은 상당히 제한된 취미활동 정도를 보이고 있다.

〈표 1〉 독거노인의 인구학적 특성과 신체적·정신적·사회적 건강

변수		% (N=1,023)
성별	남	17.2
	여	82.8
연령대	60대	5.7
	70대	51.9
	80대 이상	42.4
교육수준	무학	48.7
	국졸(초등학교졸)	33.5
	중졸	9.7
	고졸	6.9
	대졸이상	1.2
월평균소득	10만원 미만	12.6
	10만원 ~ 20만원 미만	16.7
	20만원 ~ 30만원 미만	27.8
	30만원 ~ 40만원 미만	25.5
	40만원 ~ 50만원 미만	12.3
	50만원 이상	5.1
주관적 건강상태	매우 건강	0.9
	건강한 편	6.5
	보통	29.1
	나쁜 편	48.2
	매우 나쁜 편	15.3
만성질환유무	있다.	92.0
	없고 건강하다	8.0
자녀 수(명)	평균 3.06 (SD=1.594)	
우울증(0~15점)	평균 9.31 (SD=3.816)	
사회참여(7~42점)	평균 12.54 (SD=2.893)	
취미활동(13~78점)	평균 22.47 (SD=4.837)	

〈표 2〉는 독거노인의 사회참여와 취미활동에 대한 빈도이다. 신체적 건강이나 정신적 건강에 비하여, 사회적 건강을 대리하는 사회참여나 취미활동은 두 개념을 구성하는 세부항목들에 대하여 응답자들이 선택적으로 참여하거나 활동하기 때문에 좀 더 자세한 빈도분포를 제시하였다. 이러한 상세 정보가 이후 본 연구가 제시하는 분석 결과를 해석하는데 도움이 될 수 있기 때문이다.

우선, 사회참여를 보면, 가장 두드러진 특징이 종교단체 활동을 제외하면 전혀 활동을 하지 않는다는 응답이 약 70%를 넘고 있다. 시민단체나 사회단체에 참여에 대해선 전혀 안한다는 비율이 거의 100%에 육박하고 있을 정도로 사회적 연대에 기초한 제3섹터에서의 시민운동과는 너무도 큰 단절을 보이고 있다. 응답자가 전체 응답자 1,023 명 중 513명에 불과하다는 점을 고려하면, 독거노인들의 사회참여는 표에서 보여주는 수치보다 훨씬 심각한 상태에 있을 가능성이 높다.

항목별로 보면, 종교단체 모임에 참여하고 있다는 비율은 정도의 차이에도 불구하고 거의 60%의 응답을 보이고 있고, 약 42%의 응답 독거노인들은 주 1~2회 종교단체의 모임에 나가고 있다. 독거노인들에게 있어 종교생활이 다른 어떤 모임에 참여하는 것보다 중요하다는 것을 알 수 있다. 종교를 제외하면 경로당이나 노인정에 참여하는 비율이 높게 나타나고 있다. 거의 매일 나가는 비율은 16.4%로 세부항목 중 가장 높게 나타나고 있다. 이는 경로당이나 노인정이 독거노인의 일상 생활에 중요한 기능을 하고 있음을 보여준다. 하지만 전혀 참여 안한다는 비율이 약 70%에 이르고 있음을 보면, 경로당이나 노인정이 아직은 일부 독거노인들에게만 접근이 가능하다는 한계를 보여주는 것이기도 하다. 또한 복지관·노인교실·노인대학에 참여하는 경우도 노인정이나 경로당 정도의 비율을 보이고 있고, 주 혹은 월 1~2회의 비율이 상대적으로 높게 나타나고 있어, 이들 기관들에 대한 정책적 지원이 효과적일 가능성을 보여주고 있다. 이밖에 친구모임의 비율이 약 25%의 응답 독거노인들에게 상대적으로 높게 나타나고 있다.

전체적으로 독거노인들의 사회참여는 종교활동 중심으로 이루어지는 비율이 상대적으로 높다. 종교 활동을 제외하면, 약 25~30%의 독거노인들만 사회참여를 하고 있는 수준이다. 이러한 한계 속에서도 생활밀착형으로는 경로당이나 노인정 그리고 친구모임이 중요하고, 노인복지서비스 측면에서는 복지관·노인교실·노인대학이 중요한 역할을 하고 있다. 반면, 자기 개발을 위한 취미 모임, 공적인 사회적 연대를 위한 시민단체 활동 및 자원봉사 활동은 극히 부족한 상태이다.

다음으로 취미활동을 보면, 독거노인들의 경우 TV시청·라디오청취 등 가장 접근이 용이한 일상적 미디어에 의존하는 경향이 뚜렷하다. 거의 매일한다고 응답한 비율이 91.8%에 이르고 있어 절대적 수준에 이르고 있다. 다음으로 약 44%의 독거노인 응답자들은 사교활동에 참여하고 있다. 사교활동의 내용에 대한 구체적인 확인이 필요하지만, 주로 이웃이나 친구들과 일상적 교류가 중심이 될 것으로 생각된다. 세 번째로 취미활동 비율이 높은 것은 등산과 산책이다. 약 30%의 독거노인들의 주된 취미활동으로 등산이나 산책 같이 경제적 비용이 적으면서 심신의 건강에 도움을 주는 활동이 차지하고 있다.

이 세 가지 활동을 제외하면, 다른 취미활동에 대하여 약 90% 전후의 독거노인들이 전혀 하지 않는 것으로 나타났다. 특히, 일정한 경제력과 전문적 훈련이 요구되는 미술, 음악, 여행 같은 취미활동은 극히 일부의 독거노인들만 수행하고 있다. 사회적 연대 같은 계몽적 시민의식이나 정보기술에 대한

훈련이 요구되는 컴퓨터 활동 역시 극소수 독거노인들에게만 해당하는 취미활동임이 확인되고 있다.

〈표 2〉 독거노인의 사회참여와 취미활동 빈도(%)

항목		전혀 안함	1년에 1-2회	몇달에 1회	월 1-2회	주 1-2회	거의 매일
사회참여 (모임) (N=513)1)	노인정(경로당)	69.8	1.2	1.6	3.2	7.8	16.4
	복지관·노인교실·노인대학	72.9	1.8	1.3	4.1	15.0	4.9
	자원봉사활동기관 모임	97.7	0.4	0.0	0.5	1.2	0.2
	취미활동모임	94.9	0.6	0.4	0.4	2.5	1.2
	종교단체 모임	40.5	4.9	3.5	4.7	41.7	4.7
	친구모임	75.2	1.0	2.1	12.9	5.3	3.5
	시민단체·사회단체	99.6	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0
취미활동 (N=1,023)	TV시청, 라디오 청취	2.0	0.0	0.3	0.5	5.4	91.8
	사교활동	56.1	2.5	1.4	5.6	20.2	14.2
	등산, 산책	69.0	0.7	1.5	3.1	13.3	12.4
	낚시	99.4	0.2	0.0	0.3	0.1	0.0
	미술활동	99.0	0.2	0.0	0.1	0.2	0.5
	음악활동	95.4	0.5	0.3	0.4	1.3	2.1
	원예활동	92.8	0.2	0.2	0.4	3.6	2.8
	여행	96.8	1.7	0.6	0.7	0.2	0.0
	집안 꾸미기	93.8	2.2	1.7	0.8	0.9	0.6
	화투, 장기, 바둑	89.9	0.6	0.6	1.1	3.9	3.9
	컴퓨터	98.8	0.3	0.1	0.0	0.4	0.4
	학습, 독서	89.9	0.6	0.8	1.5	2.4	4.8
	자원봉사활동	98.6	0.4	0.2	0.3	0.4	0.1

1) 무응답을 결측값으로 처리.  
%는 세부 항목을 100%로 제시한 것임.

〈그림 2〉는 빈곤유형별 분포를 나타낸 것이다. 생계빈곤, 의료빈곤, 주거빈곤 중 하나에 속하거나 중복적으로 속하는 빈곤한 독거노인은 약 77.4%에 이르고 있다. 비빈곤에 속하는 독거노인은 32.6%로 나타났다. 독거노인 10명 중 7명 정도가 빈곤한 상태에 있다고 할 수 있다. 이러한 분포는 2010년 독거노인의 절대빈곤율을 57%로 추정한 진재문(2014) 연구 결과보다는 약 20% 포인트 높고, 2013년 독거노인의 73%가 빈곤상태에 있다고 추정한 한국노동연구원(2015)의 연구결과보다 4.4% 포인트 높다. 따라서 본 연구의 방법으로 분류한 독거노인의 빈곤율은 독거노인의 상대빈곤율로 이해하는 것이 타당할 것으로 생각된다.

유형별로 보면 순수한 생계빈곤이 33.0%로서 가장 많은 비중을 차지하고 있다. 순수한 의료빈곤은 5.5%, 순수한 주거빈곤은 4.9%로서 생계빈곤의 약 1/7에서 1/6 정도의 분포를 보이고 있다. 중복빈곤을 보면 생계+의료빈곤형이 8.5%, 생계+주거빈곤형이 10.5%, 의료+주거빈곤형이 1.2%, 생계+의료+주거빈곤형이 3.8%로 나타났다. 의료+주거빈곤형에 비하여 생계+의료빈곤형과 생계+주거빈곤형이 높은 분포를 보이고 있다는 것은 중복빈곤에서 경제적 문제가 상대적으로 중요하게 작동하고 있음을 보여준다고 하겠다.







## 2) 정신적 건강: 우울증

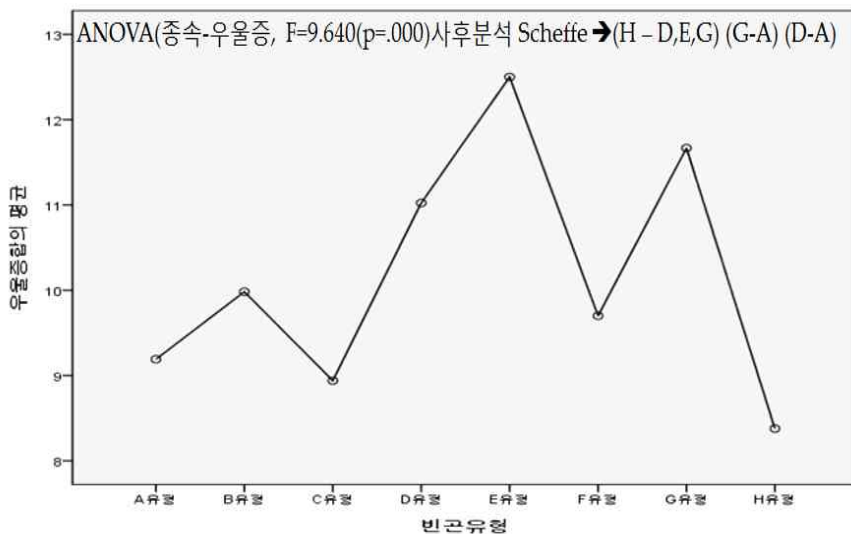
빈곤유형에 따라 독거노인의 정신적 건강의 차이가 있는지를 보기 위해 우울증에 대한 ANOVA를 실시한 결과가 <그림 3>이다. F 값이 9.640으로 95% 신뢰수준에서 빈곤유형에 따라 우울증에 차이가 있었다. Scheffe 분석을 통한 사후분석 결과를 보면 예상할 수 있는 것처럼 비빈곤형(H)과 중복빈곤유형인 생계+의료빈곤형(D), 의료+주거빈곤형(E), 생계+의료+주거빈곤형(G)과 유의미한 차이가 있었고, 순수한 생계빈곤형(A), 의료빈곤형(B), 주거빈곤형(C)과 차이가 없었다.

통계적으로 유의미한 차이는 비빈곤형(H)을 제외한 빈곤유형들 간에도 나타났다. Scheffe 분석 결과 순수 생계빈곤형(A)과 생계+의료+주거빈곤형(G), 생계빈곤형(A)과 생계+의료빈곤형(D) 간에 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 독거노인의 우울증은 특히 중복빈곤 유형에서 심각하다는 사실을 보여준다. 특히, 의료빈곤과 중복된 빈곤 유형에서 우울증이 높게 나타나고 있다.

주목할 점은 빈곤유형에 따라 중증의 우울증 상태도 나타난다는 것이다. 앞서 제시한 기술통계에서 전체 독거노인 집단은 평균적으로 경증의 우울증 상태에 있음을 확인했다. 하지만, 빈곤유형별로 분석하면 중복 빈곤의 경우 생계+주거빈곤형(F)을 제외하면 중증의 우울증을 보이고 있다. 특히, 의료+주거빈곤형(E)은 15점 상한에서 12점을 넘는 상태에 있을 정도로 우울증이 심한 상태에 있다.

요컨대, 신체적 건강과 마찬가지로 정신적 건강(우울증) 역시 중복빈곤 유형들에서 특히 문제가 되고 있으며 유형별로 차이가 있다. 하지만 더욱 중요한 점은 이러한 차이 이전에 독거노인 전체가 이미 중증에 가까운 우울증을 보일 정도로 정신적 건강의 측면에서 위험성이 존재한다는 점을 인지하는 것이라고 할 수 있다.

<그림 3> 빈곤유형에 따른 우울증의 차이(ANOVA)



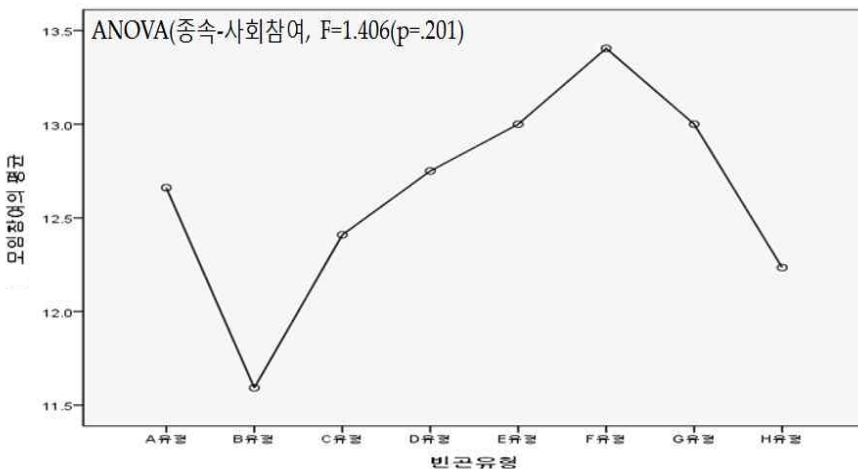
## 3) 사회적 건강

빈곤유형별로 사회적 건강의 차이를 알아보기 위해 사회(모임)참여와 취미활동을 투입하여 ANOVA를 실시하였다. <그림 4>와 <그림 5>는 각각의 ANOVA 결과를 요약한 것이다. 우선, 사회참여, 즉 각종 모임에 대한 참여는 빈곤유형별로 통계적으로 유의미한 차이가 없었고 비빈곤유형(H형)과도 차이가 없었다. 앞서 기술통계에서 언급한 것처럼 전체적으로 사회참여가 미약한 수치들을 보이고 있다.

다만, 조사 데이터가 사회참여 범주로 설정한 노인정, 복지관·노인교실·노인대학, 자원봉사활동기관, 종교단체, 친구모임, 시민단체 및 사회단체의 모임이 각각 성격이 상당히 다른 것들이어서 개별적인 참여 정도를 분석하는 것이 타당할 것으로 보인다. 모든 독거노인이 모든 모임에 참여하는 것이 아님에도 불구하고 합산하여 평가하는 것은 분명 한계라고 보인다. 추후 조사 데이터를 참여 조직별로 구분하여 미세한 분석을 수행해야 할 것으로 보인다.

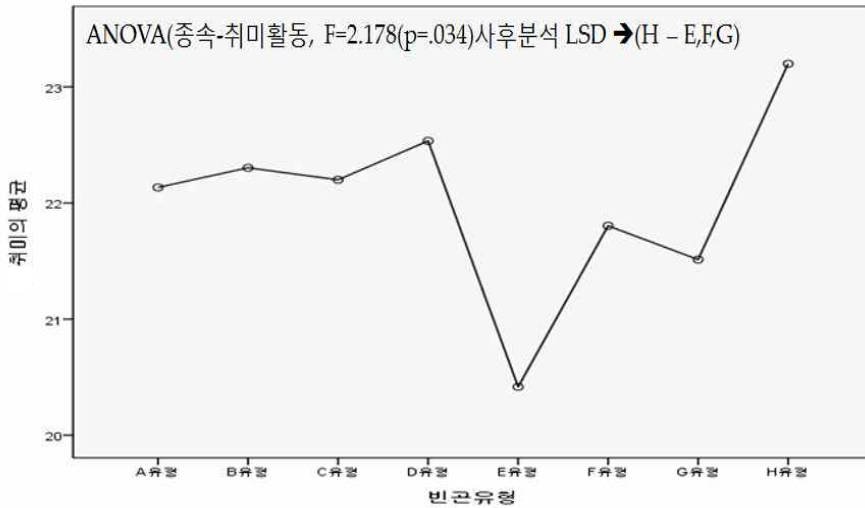
빈곤유형에 따른 취미활동의 차이에 대한 ANOVA 결과는 F값이 2.178( $p=0.34$ )로 95% 신뢰수준에서 유의미한 차이를 보여주었다. 사후분석 결과를 보면 주된 차이는 비빈곤형(H)과 의료+주거빈곤형(E), 비빈곤형(H)과 생계+주거빈곤형(F), 비빈곤형(H)과 중복빈곤인 생계+의료+주거빈곤형(G)에서 나타났다. 특히 중복빈곤 중 의료빈곤이 중복된 유형에서 낮은 수치들을 보이고 있어, 취미활동에서 건강요인이 중요한 제한 요인으로 작동하는 것으로 추정된다. 추후 정밀한 연구가 요구되는 부분이다. 빈곤유형들 사이의 차이는 나타나지 않았다.<sup>8)</sup>

〈그림 4〉 빈곤유형에 따른 사회참여의 차이(ANOVA)



8) 이러한 해석 역시 조심스럽게 접근할 필요가 있다. 사회참여 분석에서 언급한 것처럼 취미활동의 범주는 13개(TV 및 라디오, 사교, 등산 및 산책, 낚시, 미술, 음악, 원예, 여행, 집안 꾸미기, 잡기, 컴퓨터, 학습 및 독서, 자원봉사활동)를 하나로 합산하여 분석하는 데, 이 과정에서 분석 결과의 차이가 있을 수 있다. 다만, 본 연구의 목적이 조직별 혹은 취미활동별 차이를 분석하는 것이 아니기 때문에 추가 분석을 하지 않았다.

〈그림 5〉 빈곤유형에 따른 취미활동 차이(ANOVA)



### 3. 빈곤유형과 복지서비스 인지도

독거노인의 빈곤유형에 따라 노인관련 복지서비스에 대한 인지여부가 차이가 나는가를  $\chi^2$ 검증을 통해 분석한 결과가 <표 5>이다. 빈곤유형별로 복지서비스 인지에 대하여 교차분석을 실시한 결과 노인장기요양보험은 95% 신뢰수준에서 통계적 유의성이 없는 것으로 나타났다. 하지만 기초노령연금, 노인일자리사업, 노인돌봄서비스는 통계적으로 유의미한 관계가 있는 것으로 나타났다. 이는 독거노인의 빈곤유형에 따라 노인 당사자들에게 필요한 사회복지서비스의 인지여부가 달라질 수 있음을 보여주는 것이다.

〈표 5〉 빈곤유형과 복지서비스 인지

서비스 인지여부		빈곤유형(%)								전체	$\chi^2$
		A	B	C	D	E	F	G	H		
기초노령 연금	알고 있다	86.9	85.7	70.0	82.6	75.0	59.8	84.6	83.4	81.4	46.046 p=.000
	모른다	13.1	14.3	30.0	17.4	25.0	40.2	15.4	16.6	18.6	
노인일자리사업	알고 있다	28.7	33.9	44.0	36.0	25.0	23.4	23.1	39.9	33.2	19.575 p=.007
	모른다	71.3	66.1	56.0	64.0	75.0	76.6	76.9	60.1	66.8	
노인장기요양 보험제도	알고 있다	9.6	12.7	8.0	14.0	8.3	7.5	7.7	16.6	12.0	12.351 p=.090
	모른다	90.4	87.3	92.0	86.0	91.7	92.5	92.3	83.4	88.0	
노인돌봄서비스	알고 있다	48.3	57.1	40.0	45.9	33.3	30.8	56.4	58.9	50.0	32.283 p=.000
	모른다	51.7	42.9	60.0	54.1	66.7	69.2	43.6	41.1	50.0	
전체		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

전체적인 인지도를 보면 기초노령연금의 인지도가 81.4%로서 가장 높다. 이는 현재 65세 이상

노인 중 소득수준 하위 70%에게 지급되기 때문에 경험에 의한 인지 가능성이 높으며, 독거노인의 빈곤율을 감안하면 80% 이상의 인지도는 자연스런 결과라고 할 수 있다. 반면, 노인일자리사업, 장기요양보험제도, 노인돌봄서비스는 ‘모른다’는 응답이 각각 66.8%, 88.0%, 50.0%로 매우 낮은 상태를 보이고 있다. 특히, 장기요양보험제도는 현재의 독거노인들에게는 거의 알려져 있지 않은 상태로 판단하는 것이 타당할 것으로 보인다.

기초노령연금은 생계+주거빈곤형(F)에서 모른다는 수치가 40%에 달하고 있어 상대적으로 인지도가 낮았다. 반면, 생계빈곤형(A), 의료빈곤형(B), 의료+생계형(D)에서 80%이상의 인지도로서 상대적으로 높게 나타나고 있고, 비빈곤형(H)과 큰 차이가 없었다. 하지만 왜 이러한 양상이 나타나는지는 알기 어려우며, 좀 더 정밀한 연구가 필요할 것 같다.

노인일자리 사업은 주거빈곤형(C)의 인지도가 상대적으로 높았고, 중복빈곤 유형인 의료+주거빈곤형(E), 생계+주거빈곤형(F), 생계+의료+주거빈곤형(G)에서 인지도가 낮았다. 이 유형에 속하는 독거노인은 주거빈곤에 해당하지만 의료나 생계(소득) 측면에서는 어렵지 않은 독거노인일 가능성이 높다. 이들이 생계 측면에서 어렵지 않을 수 있는 하나의 개연성으로, 이들이 원래부터 소득에 여유가 있기 때문이 아니라, 노인일자리사업에 참여하여 일정한 소득을 획득하고 그 과정에서 노인일자리사업에 대하여 자연스럽게 인지하게 되는 것으로 추정할 수 있을 것이다.

노인돌봄서비스의 인지도는 의료빈곤형(B)과 생계+의료+주거빈곤형(G)에서 인지도가 상대적으로 높다. 이 두 빈곤유형에 속하는 독거노인은 신체적, 정신적인 의료욕구가 상대적으로 크기 때문에 돌봄서비스와의 연계가능성이 높을 수 있고 인지도 역시 상대적으로 높아지는 것으로 판단된다. 비빈곤형(H)도 유사한 수준을 보이고 있는 것이 특이하지만 원인은 좀 더 세밀한 분석이 필요할 것 같다.

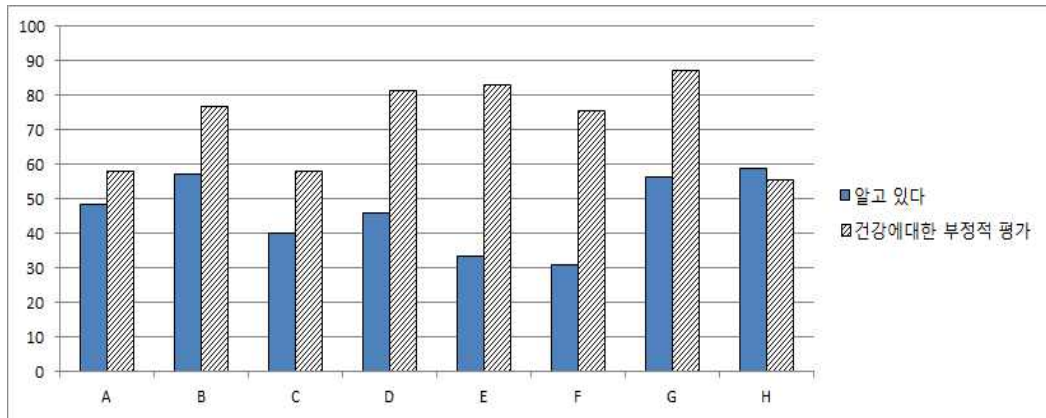
#### 4. 빈곤유형별 삶의 질과 노인복지서비스 인지도의 관계

사회복지정책의 성패를 좌우하는 요인은 다양할 수 있지만, 가장 기본적인 것 중 하나는 정책 대상자들의 욕구나 문제를 정확하게 파악하고 욕구나 문제로 고생하는 대상자들에게 적합한 정책이나 프로그램을 대응시키는 것이다. 이러한 맥락에서 본 연구의 독거노인이 경험하는 삶의 질의 수준에 따라 현실적으로 존재하는 노인복지서비스가 적절하게 대응하는지를 인지도 차원에서 확인하는 것은 의미 있는 작업이다. 특히, 독거노인의 빈곤유형별로 그들이 처한 삶의 질의 조건과 그에 대응하는 복지서비스에 대한 인지도가 적절하게 조응하는 지를 알아보는 것은 충분한 정책적 의의가 있다고 생각한다.

〈그림 6〉은 하나의 예로서 노인돌봄서비스에 대한 인지도와 신체적 건강의 대리변수로 사용한 주관적인 건강의 관계를 해석할 수 있는 단서를 제공해 준다. 즉, 노인돌봄서비스에 대한 인지도와 주관적인 건강의 관계의 부정적 조응 상태를 보여주고 있다. 그림에서 보는 것처럼 생계, 의료, 주거 빈곤이 중복된 빈곤유형일수록 건강에 대한 부정적평가가 높는데 반하여, 노인돌봄서비스를 인지하는 정도는 오히려 낮은 경우가 많다. 건강이 나쁘다고 생각하는 독거노인일수록 노인돌봄

서비스에 대한 필요성이 증가할 것으로 보는 것이 합리적 예상일 것이다. 하지만 실제 돌봄에 대한 욕구가 큰 빈곤유형의 독거노인들이 오히려 노인돌봄서비스를 잘 모르고 있다는 것은 정책의 집행과정 차원에서 매우 중요한 문제이다.<sup>9)</sup>

〈그림 6〉 건강에 대한 부정적(나쁨+매우 나쁨) 평가와 노인돌봄서비스 인지도 비교



〈표 6〉은 양류상관관계 분석을 활용하여 정신건강 대리변수인 우울증, 사회적 건강변수인 사회참여 및 취미활동과 노인복지서비스 인지여부의 상관관계 결과를 요약한 것이다.

우선, 독거노인을 빈곤유형별로 구분하지 않을 경우(전체), 우울증은 장기요양보험 및 노인돌봄서비스의 인지여부와 부(-)의 상관관계를 보이고 있고 다른 서비스에서는 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타나고 있다. 여기서 부(-) 상관관계를 보인다고 함은 우울정도가 높을수록 장기요양보험 및 노인돌봄서비스를 모른다는 것을 의미한다. 이는 우울증 서비스가 더욱 필요한 노인이 돌봄서비스나 장기요양보험을 모를 가능성이 있다는 점에서 정책적 차원에서 문제가 될 수 있다. 기초노령연금과 노인일자리사업의 경우, 서비스 속성이 경제적 보장과 관련된 것으로서 우울증과는 무관하게 나올 가능성도 있다고 해석된다.

취미활동은 네 가지 노인복지서비스 모두에서 통계적으로 유의미한 정(+)의 상관관계를 보이고 있다. 취미활동이 활발한 독거노인이 네 가지 노인복지서비스 모두에서 인지도가 높다는 관계를 보이고 있다. 반면 사회적 건강 중 사회참여(모임참여)는 노인돌봄서비스에 대하여 정(+)의 관계를 보였을 뿐 다른 노인복지서비스에 대해서는 통계적으로 무의미하게 나타났다. 취미활동이 활발하여 사회적 교류가 증가할수록 노인복지서비스에 대한 정보에 노출될 가능성이 증가할 수 있다는 점에서 노인들의 취미활동 같은 사회활동을 적극적으로 지원할 필요가 있다.

다음으로 빈곤유형별로 우울증, 사회참여, 취미활동과 네 가지 노인복지서비스 인지여부에 대하여 양류상관관계 분석한 결과, 생계빈곤형(A)에서 취미활동이 소득보장과 관련이 있는 기초노령연금과 노인일자리사업에 정(+) 상관관계를 보이고 있고, 우울증은 의료빈곤형(B)이 장기요양

9) 만성질환여부는 앞서 카이 검정 결과 통계적으로 의미가 없는 것으로 나타나 이 분석에서는 제외였다.

〈표 6〉 독거노인의 정신적·사회적 건강과 노인복지서비스 인지여부(양류상관관계)

노인복지서비스	건강	정신건강	사회적 건강	
		우울증 <sup>c)</sup>	사회참여 <sup>c)</sup>	취미활동 <sup>c)</sup>
기초노령연금인지여부 <sup>b)</sup>	전체	-.047	.058	.130**
	A형	.052	.093	.177**
	B형	-.208	-.035	.202
	C형	-.170	-.073	.253
	D형	-.167	-.029	-.050
	E형	-.250	·a)	.363
	F형	.083	.306*	-.002
	G형	-.084	.137	.059
	H형	-.085	.038	.140*
노인일자리사업인지여부 <sup>b)</sup>	전체	-.060	.085	.019*
	A형	-.072	.196**	.122**
	B형	-.200	.044	.102
	C형	-.102	-.010	.205
	D형	-.088	-.032	.066
	E형	-.465	.990**	.188
	F형	.064	-.137	.034
	G형	-.024	.158	.072
	H형	.003	.133	.204**
장기요양보험인지여부 <sup>b)</sup>	전체	-.077*	.076	.106**
	A형	-.071	.098	.078
	B형	-.282**	.393**	.220
	C형	.159	-.056	-.195
	D형	-.053	-.206	.079
	E형	.280	·a)	-.111
	F형	.139	.172	.114
	G형	-.265	.410	.376*
	H형	-.077	.155*	.111*
노인돌봄서비스인지여부 <sup>b)</sup>	전체	-.083**	.113*	.118**
	A형	-.068	-.130	.099
	B형	-.266**	-.286	-.102
	C형	.045	-.079	.211
	D형	-.005	.219	.158
	E형	-.197	-.514	.153
	F형	.045	.095	.172
	G형	-.196	.346	.136
	H형	-.084	.174*	.075

\* p<.05, \*\* p<.01

a) 사례 수 부족으로 유의미한 통계치가 제시되지 않음

b) 노인복지서비스 인지여부: 모른다(0), 알고 있다(1)

c) 연속변수로 측정됨

보험 및 노인돌봄서비스에 대하여 부(-)의 상관관계를 보이고 있다. 여기서 생계빈곤형의 결과는 정책적으로 노인들의 취미를 활성화 시켜주면 노인복지서비스 인지도를 높일 수 있다는 점에서 긍정적이다. 반면, 우울증이 높을 경우 오히려 노인복지서비스에 대한 인지도가 오히려 낮아지는 상관관계를 보인다는 점에서 행정·정책적 차원의 문제점이 일부 확인되고 있다. 다른 빈곤 유형에서는 부분적으로 통계적 유의성을 보이기도 하지만 전체적으로는 유의미하게 해석할 만한 통계적 상관관계가 나타나고 있지 않다.

또한 빈곤유형별로 양류상관관계가 통계적으로 무의미한 결과가 다수를 차지하고 있어 독거노인의 빈곤유형에 따른 삶의 질과 노인복지서비스 인지도의 상관관계를 명확하게 확인할 수 없다. 다만, <표 5>에서 확인한 것처럼, 기초노령연금을 제외한 다른 서비스에 대하여 절대 다수가 모른다고 응답하는 상황에서는 빈곤 유형별 상관관계를 확인하는데 한계가 있을 것으로 판단된다. 이에 대해서는 좀 더 정밀한 후속 연구가 필요할 것으로 보인다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 국민기초생활보장제도의 기본 정책방향으로 제시한 맞춤형복지제도의 분리급여에서 빈곤을 유형화할 필요성을 찾았다. 즉, 기존의 통합급여체계가 생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여로 분리되면서 해당 욕구에 따른 구분되는 빈곤 혹은 빈곤집단에 대한 이해를 심화시켜야 하는 정책적 필요성이 증가하였고 이에 대응하는 시의성 있는 연구가 필요하다고 판단하였다.

이러한 필요성에 대응하기 위하여 최근 급속하게 진행되는 고령화와 노인빈곤의 심화라는 시대적 흐름을 반영하고, 실제 공공부조 대상자의 대부분이 노인, 그중에서도 독거노인이 많다는 사실을 고려하여 2012년 부산복지개발원이 구축한 ‘부산광역시 독거노인생활실태조사’ 데이터를 이용하여 연구를 수행하였다. 우선, 독거노인을 생계빈곤, 의료빈곤, 주거빈곤을 기초로 비빈곤을 포함한 8개의 빈곤집단으로 유형화하였다. 그리고 빈곤유형에 따른 삶의 질(WHO위 건강)과 노인복지서비스(기초노령연금, 노인일자리사업, 노인장기요양보험, 노인돌봄서비스)에 대한 인지도 차이를 ANOVA 및 교차분석의  $X^2$  검증을 사용해 분석하였다. 또한 삶의 질과 노인복지서비스의 인지여부의 상관성을 파악하기 위해 양류상관관계를 분석하였다.

부산시 독거노인에 대한 빈곤유형별 분석결과, 생계빈곤, 의료빈곤, 주거빈곤의 조합 유형에 따라 인구사회학적 측면, WHO의 건강 개념으로 살펴본 삶의 질 측면에서 유의미한 차이가 나타나고 있다.

우선, 독거노인의 인구사회학적 측면에서는 생계빈곤, 의료빈곤, 주거빈곤이 중복될수록 교육수준이 낮았는데, 특히 무학의 비율이 상대적으로 높았다. 주거빈곤에서 남성 독거노인이 상대적으로 높았지만 연령은 독거노인의 빈곤유형과는 관련이 없었다.

다음으로 삶의 질 역시 변수에 따라 빈곤유형별로 차이가 나는 것을 확인할 수 있었다. 첫째, 신체적 건강 중 만성질환 유무는 빈곤유형별로 차이가 없었지만, 주관적 건강상태에 대한 평가는 중복빈

곤유형에서 상대적으로 높게 나타났다. 둘째, 정신적 건강 변수인 우울증 역시 중복빈곤일 경우 상대적으로 높은 중증 우울증을 보이고 있고, 다른 빈곤 유형은 경증 우울증을 보이고 있다. 하지만 빈곤형 독거노인도 경증 우울증을 보이는 등 전체 독거노인의 정신적 건강에 우려할만한 징후가 있는 것으로 보인다. 셋째, 사회적 건강의 경우 사회참여는 빈곤유형 별 차이가 없었고, 취미활동은 유의미한 차이가 있었다. 취미활동 역시 중복빈곤에 처한 독거노인에서 낮게 나타나고 있다.

또한 노인복지서비스 인지여부는 역시 독거노인의 빈곤유형에 따라 영향을 받는 것으로 나타났다. 하지만 모든 복지서비스에서 차이를 보이지는 않았다. 기초노령연금, 노인일자리사업, 노인돌봄서비스에서는 독거노인이 어떤 빈곤유형에 속하느냐에 따라 영향을 받는 것으로 보이지만 노인장기요양제도에서는 유의미한 영향을 받지 않았다.

마지막으로 독거노인들의 삶의 질과 노인복지서비스 인지도의 상관관계를 보면 통계적으로 관계가 없거나 부(-)의 상관관계가 나타나기도 한다. 특히 빈곤유형별로 분석한 경우도 취미활동의 경우 생계빈곤형에서 일부 긍정적인 관계가 나타나기도 한다. 하지만, 우울증의 경우 의료빈곤형에서는 우울증이 높을수록 서비스 인지도가 낮아지고 있어 정책적 관점에서 욕구와 해결수단의 연계 차원에서 문제점을 보이는 등 빈곤유형별로 서로 다른 관계를 보이고 있음이 일부 확인되었다.

맞춤형 복지에서 제시한 빈곤개념을 기초로, 부산시 독거노인에 대한 빈곤유형화를 시도하여 분석한 본 연구의 분석결과로부터 크게 두 가지 중요한 결론을 도출할 수 있다.

첫째, 독거노인의 빈곤유형에 따라 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적 건강이 차이가 날 수 있다는 점이다. 모든 변수에서 차이가 나는 것은 아니지만 생계빈곤, 의료빈곤, 주거빈곤이 중복되는 빈곤유형에의 독거노인들이 좀 더 어려움에 처해 있음을 보여주었다. 특히 의료빈곤이 중복되는 빈곤 유형에서 영향을 많이 받는 것으로 판단된다. 이는 빈곤 혹은 빈곤 집단을 하나로 다루기보다는 유의미한 기준으로 유형화하여 유형별로 대응할 필요가 있음을 보여주는 것이다.

둘째, 빈곤유형에 따라 그들이 처한 삶의 질의 문제가 차이가 나고, 그들이 처한 문제를 해결할 수 있는 복지서비스에 대한 인지도 역시 차이를 보이는데, 이 둘 사이에 정책적 차원에서 적절하고 일관된 조정이 이루어지지 않고 있다는 점이다. 예를 들어 건강이 나쁘다고 인식하고 있어 노인돌봄서비스에 대한 필요성이 높을 것으로 생각되는 빈곤유형에서 노인돌봄서비스에 대해서는 모른다고 답한 비율이 오히려 높게 나타나는 모순이 드러나고 있다. 이런 현상은 우울증과 장기요양보험 및 노인돌봄서비스에서도 확인되고 있다.

이러한 결론으로부터 맞춤형복지로 방향을 전환한 국민기초생활보장제도의 발전을 위해 정책적 차원에서 다음과 같은 제언을 할 수 있다.

첫째, 맞춤형복지의 대상자인 수급자, 좀 더 확장하면 중위소득 50% 이하의 빈곤집단에 대하여 좀 더 정밀한 유형화를 시도할 필요가 있다. 현재 맞춤형복지처럼 욕구 중심으로 생계, 의료, 주거, 교육으로 접근하여 선정기준을 만들어 접근하는 것은 일정 정도 진일보 한 것으로 평가할 수 있다. 하지만 네 가지 급여 유형은 수급자의 선정기준으로 작동하는 것으로 역할이 끝난다. 맞춤형 복지에서는 네 가지 분리급여 형태에 기초하여 빈곤집단을 유형화하고 각 빈곤 유형에 따른 다양한 삶의 조건과 요구들을 구분해 낼 필요가 있다.



특히, 생계, 의료, 주거, 교육 등 단일차원의 빈곤유형의 구분도 중요하지만 의료와 생계, 의료와 주거 같은 중복빈곤에 대하여 새로운 욕구사정(needs assessment)의 도구를 만들 필요가 있다. 본 연구에서 일부 확인된 것처럼 중복빈곤은 단순히 단일빈곤의 결합이 아니라 그 이상의 특성을 드러내고 있다. 어떤 유형의 빈곤이 결합되어 중복빈곤이 되는가에 따라 삶의 질과 관련 노인복지서비스의 인지도에서 차이가 날 수 있음이 일부 확인 되었다. 이처럼, 국민기초생활보장제도의 맞춤형 급여체계에서 적어도 단일빈곤과 중복빈곤을 구분할 필요가 있다. 이러한 빈곤집단별로 서로 다른 문제 및 욕구를 파악할 수 있는 사정도구가 개발되어야 하며, 이에 따라 빈곤유형별 특성이 구체적으로 파악되어야 한다. 이런 작업이 진행될 때, 진정한 의미의 맞춤형복지가 실현될 수 있을 것이다.

둘째, 노인복지서비스 행정의 전달체계 구조와 기능을 개혁하여, 정책, 제도, 프로그램, 서비스에 대한 내용과 특성을 국민들에게, 정확하게는 서비스의 표적 집단(target group)에게 홍보하고 설명할 수 있어야 한다. 본 연구에서 확인된 것처럼 독거노인의 빈곤유형에 따라 삶의 질과 노인복지서비스 인지도가 차이가 나기도 하고, 삶의 질과 노인복지서비스 인지도의 관계가 일부 집단에서 왜곡되기도 한다.

이는 이른바 사회복지의 사각지대와는 조금 다른 문제이다. 사각지대는 신청자격이 됨에도 불구하고 선정에서 누락되거나, 서비스나 급여의 선정 대상자임에도 불구하고 급여에서 누락되는 사례를 지칭한다. 이에 반하여, 본 연구에서 문제가 되는 것은 사각지대 논의 이전에 자신들의 삶의 질을 저해하는 문제나 욕구의 해결을 위한 정책 수단들에 대하여 안내를 받거나 설명을 듣는 홍보 단계에서의 배제를 의미한다.

구체적인 홍보수단으로는 방송이나 유인물 같은 대중매체를 이용한 것도 중요하지만, 직접 찾아가는 홍보 및 교육 기회가 더욱 효과적일 것으로 판단된다. 학교, 복지관 등 각종 공간을 이용하여 최소한 1년에 1~2회는 대상 주민들을 찾아가 집단적인 홍보와 교육기회를 제공해야 한다. 단순히 홍보만 하는 것이 아니라 그들의 애로점과 희망사항을 수집하는 기회로 활용할 수 있도록 하는 것이 중요하다. 여력이 있다면 대상 집단을 잠재적인 빈곤유형별로 분류하여 특성화된 교육을 실시하는 것도 고민할 수 있을 것이다.

셋째, 삶의 질의 문제점을 가진 대상자를 적극적으로 사회복지서비스에 연계시키기 위해서는 대상자 선정의 직권주의를 강화시켜야 한다. 특히, 노인복지서비스 정책 집행과정에서 공무원들의 직권주의를 강화하는 것이 필요하다. 이는 공공부문의 빈곤 담당자인 사회복지전담공무원의 적극적인 역할과 태도가 필요함을 의미한다.

기초생활보장제도는 분명히 수급자 선정을 위한 절차로 신청주의와 직권주의 모두를 인정하고 있다. 신청주의가 잠재적 대상자들의 능동적 행동을 전제로 한다면, 직권주의는 제도를 인지하고 있지 못하거나 신청능력이 제한된 대상자에 대하여, 사회복지전담공무원의 찾아가는(out-reach) 역할처럼 적극적이고 능동적인 태도를 요구한다. 특히 독거노인들의 경우 저학력과 사회활동 및 교류의 부족으로 고립 상태에 있는 경우가 많기 때문에, 형식적으로 이루어지는 미디어와 정보기기를 이용한 홍보는 효과성에서 제한될 가능성이 높다. 따라서 행정인력이 직접적으로 찾아가는

적극적인 행정행위가 요구된다. 이를 위해서는 공공인력은 물론 자원봉사자 등의 필요한 인력 확보를 위해 정부나 지방자치단체가 책임성을 발휘해야 한다.

이러한 과제가 적절하게 이루어지지 않을 경우, 본 연구에서 일부 확인한 것처럼 문제 해결 수단이 필요한 빈곤유형의 대상자들에게 적절하게 연결되지 않는 문제가 지속될 수 있다. 따라서 정부가 강조하는 서비스의 중복을 개선하여 효율성을 높이는 것 못지않게, 누락과 배제로 인한 노인 복지서비스의 비용 대비 효과성 저하를 막고 일종의 지속적 매몰 비용(sunk-cost)으로 인한 비효율성을 방지하는 것이 매우 중요하다.

끝으로, 본 연구의 경우 부산시의 독거노인을 대상으로 빈곤유형화를 시도했지만, 차후에는 공공부조 대상자가 될 수 있는 잠재적 빈곤자를 대상으로 빈곤유형화 연구를 확대할 필요가 있다. 특히, 순수한 연구 차원에서 공공부조와 관련하여 빈곤의 유형화에 대한 이론적 논의를 활발하게 진행해야 한다. 본 연구의 경우 기초생활보장제도의 맞춤형복지에 기대어 유형화의 논거를 마련하고 있지만, 순수한 이론적 차원에서 빈곤유형화 및 그와 연관된 의미 있는 변수들의 연관성을 다양하게 밝히는 데는 한계가 있었다. 이러한 한계를 극복하기 위해 관련 연구자들의 활발한 도전이 필요할 것으로 보인다.

## 참고문헌

- 곽재민(2013). 「리서치와 통계분석: SPSS & AMOS 활용」. 인포마
- 김경혜(2011). 빈곤문제를 보는 새로운 시각-소득빈곤에서 다차원적 빈곤으로. 「SDI 정책 리포트」, 100(단일호): 1-21.
- 김경혜·김준현·박은철(2011). 「다차원적 빈곤관점에서의 서울시 빈곤실태와 정책 과제」. 서울시 정책개발연구원.
- 김기태·박병현·최송식(2009). 「사회복지의 이해」. 박영사.
- 김수현·이현주·손병돈(2009). 「한국의 가난」. 한울.
- 김혜자 외(2014). 한국복지패널(2005-2011)의 다차원적 빈곤개념을 활용한 도시·농촌 간 빈곤격차에 관한 연구. 「보건사회연구」, 34(1): 5-51.
- 노병일(2013). 「빈곤론」. 양서원.
- 노재철·고준기(2013). 독거노인에 대한 지원정책의 현황과 문제점과 법제도적 개선방안. 「한국콘텐츠학회논문집」 13(1):257-268.
- 동남지방통계청(2014). 「2014년 부산광역시 고령자통계」. 10월 2일 보도자료.
- 민성길·김광일·박일호(2002). 「한국판 세계보건기구 삶의 질 척도 지침서」. 하나의학사.
- 배숙경·엄태영·이은진(2012). 독거노인의 삶의 질에 대한 일상생활수행능력의 영향 및 우울의 매개효과 검증. 「보건사회연구」, 33(4): 5-30.
- 석재은(2007). 독거노인의 실태와 정책과제. 「월간복지동향」, 102: 37-40.
- 신근화(2013). 독거노인의 사회적 배제 인식유형에 관한 연구. 「인문과학연구」 39: 647-676. 강원

대학교 인문과학연구소.

여성가족부(2015). 「2015 가족실태조사」

오미애(2013). 노인빈곤을 완화를 위한 노인복지지출과 정책과제. 「보건복지포럼」 2월호: 25-35.

이승훈(2015). 2015년 가계 소비지출 구조변화: 고령가구 증가에 따른 경제적 영향을 중심으로. 「KB지식 비타민」, 15-97호.

이인재 외(1999). 「사회보장론」. 나남.

이정관·김준현(2013). 서울시 독거노인 실태에 관한 연구. 「서울도시연구」 14(3): 191-211.

이현주·안기덕(2013). 쪽방에 거주하는 여성 독거노인의 삶에 관한 연구. 「보건사회연구」, 33(2). pp. 33-62.

정경희(2011). 독거노인의 생활실태 및 정책과제. 「Issues & Focus」, 72. pp.1-8.

진재문(2014). 노인빈곤가구의 빈곤 실태와 소득이전 효과에 관한 연구: 빈곤율, 빈곤갭, 소득이전을 중심으로. 「사회복지정책」, 41(3): 239-258.

최 영(2008). 독거노인의 경제수준, 건강상태, 사회적 지지가 우울에 미치는 영향. 「사회과학연구」 24(4): 103-123. 경성대학교 사회과학연구소.

통계청(2013). 「2013년 가계금융·복지조사 결과」. 11월 19일 보도자료.

한국노동연구원(2015). 노인(65세 이상 인구)의 빈곤과 연금의 소득대체율 국제비교. 「노동리뷰」 3월호: 100-102.

한 준 외(2011). 「국민 삶의 질 측정을 위한 분석틀」. 한국사회학회.

Barnes, Matt et al.(2012). Multi-Dimensional Poverty. The research paper of NatCen Social Research and Quant.

Bazel, Philip and Mintz, Jack(2014). Income adequacy among canadian seniors: helping singles most. School of Public Policy, 7(4). SPP research papers.

Brown, J. D.(2001). Point-Biserial correlation coefficients. JLT Testing & Newsletter, 5(3): 13-17.

OECD. 2013. Old-age Income Poverty. in Pension at a Glance 2013: OECD and G20 Indicators.

Sheikh, J. H., & Yesavage, J. A.(1986). Geriatric Depression Scale(GDS) recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink(ed.), Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention(pp. 165-173). New York: Haworth Press.

WHO(2016). WHO definition of Health. (<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>). 2016. 2. 2. 접속

진재문(陳在文): 서울대학교 대학원에서 문학박사(사회복지정책) 학위를 취득하고, 현재 경성대학교 법정대학 사회복지학과 교수로 재직 중이다. 관심분야는 지방정부 복지예산, 빈곤정책, 기초생활보장제도 및 자활사업, 사회적 자본 및 공동체 만들기, 사회적 기업, 협동조합 등이다(jmj@ks.ac.kr).

김수영(金秀英): 부산대학교 대학원에서 행정학박사(노인복지정책) 학위를 취득하고, 현재 경성대학교 법정대학 사회복지학과 교수로 재직 중이다. 관심분야는 노인장기요양보호, 가족부양자 부양부담, 지역사회복지 등이다(sykim@ks.ac.kr).

### Abstract

## A Study on the Influence of Poverty-types on the Quality of Life and the Recognition of Welfare Services among Older Adults Living Alone in Busan, Korea: Focusing on Poverty-types of Customized Welfare Support

Jin, Jae-Moon  
Kim, Soo-Young

This study aimed at the influence of poverty-types on the Quality of Life(QOL) and the recognition of welfare services among older adults living alone in Busan, Korea, and focused on poverty-types of Korean customized welfare support. QOL was redefined by the health concept of WHO, which means physical health, mental health, and social health. We used the data which BSWDI constructed in 2012. Data were obtained through face-to-face interview responses of 1,203 older adults living alone. ANOVA and Crosstabs were conducted to identify the influence of poverty-types on QOL and the recognition of welfare services.

The results is as follows. First, depending on poverty types, QOL of older adults living alone were partially influenced. Second, depending on poverty types, older adults living alone showed the different recognition of welfare services such as Basic Pension Support, Employment Program for the Aged, Long-term Care Insurance, and Care services for the Aged. Third, our study identified the mismatch between needs and recognition for each group of older adults living alone. Fourth, these influences were relatively strong at the group of overlapped poverty type.

Key Words: Poverty-types, Quality of Life, Health of WHO, Recognition of Welfare Services, Overlapped Poverty Type