

생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

이선희
김세진·박주혜·이주민·정연

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

연구책임자	이선희	한국보건사회연구원 부연구위원
공동연구진	김세진	한국보건사회연구원 부연구위원
	박주혜	호남대학교 사회복지학과 교수
	이주민	한국보건사회연구원 연구원
	정 연	한국보건사회연구원 연구위원

연구보고서 2023-36

생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

발행일	2023년 12월
발행인	이태수
발행처	한국보건사회연구원
주소	[30147]세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화	대표전화: 044)287-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일(제8-142호)
인쇄처	(주)에이치에이엔컴퍼니

© 한국보건사회연구원 2023
ISBN 978-89-6827-990-4 [93330]
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2023.36>

발|간|사

우리나라 기대수명은 2010년 80.2세에서 2020년 83.5세로 증가하였으며, 건강수명 역시도 2000년 67.4세에서 2019년 73.1세로 반등하는 등 사회경제적 수준 향상 및 보건의료 기술의 발달은 우리 사회 전반의 건강 수준 향상에 일조하였다.

다만 건강의 절대적인 수준 향상 및 건강증진에 대한 사회적 관심의 확대에도 불구하고, 건강증진에 대한 효과는 사회구성원 간에 고르게 나타나지 않고 오히려 그 격차가 벌어지는 등 건강 불평등 문제가 사회적으로 대두되고 있다.

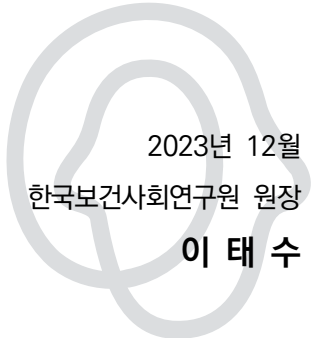
이 같은 건강 불평등에 대한 문제의식을 바탕으로 WHO를 비롯하여 범국가적 차원에서 보편적인 건강권에 대한 논의를 주요한 정책 아젠다로 선정하는 등의 노력을 펼치고 있다. 우리나라 역시도 제2차 국민건강증진종합계획 수립을 필두로 건강 격차를 줄이기 위한 정책적 노력을 강화하는 추세이다.

그러나 사회적 관심이 높아짐에도 불구하고 주요한 지표들에서 우리 사회의 건강 불평등은 오히려 심화되고 있는 것으로 나타났으며, 향후 적절한 사회적 개입이 없다면 이 같은 격차는 더욱 크게 벌어질 것으로 예견되고 있다. 건강 불평등은 전 생애과정에서 제기될 수 있으나, 특히 노년기에 주목할 필요가 있다. 노년기의 경우, 생애주기적 특성에 따라 다양한 자원의 결핍이 결부될 수 있고 이 같은 경험이 누적될 때 개인 또는 집단 간 건강 격차 역시 극대화될 여지가 있다. 나아가 건강 불평등은 노인 본인뿐 아니라 수발(예상)자의 삶과 우리 사회 전반에도 장기적으로 영향을 미칠 수 있다는 점에서 정책적 관심을 높여야 할 필요성이 제기된다.

따라서 노년기 건강 불평등에 대한 심도 있는 논의를 위해 이들의 건강에 대한 다차원적인 이해와 우리나라 노인의 삶의 조건을 구성하는 다양한 사회적 불평등 요인 및 이들이 현재의 건강 수준의 격차를 유발하는 기제가 무엇인지를 명확히 규명하는 작업이 중요하다.

이에 본 연구는 노년기의 다차원적 건강을 불평등 측면에서 조망하고, 이를 바탕으로 현 단계에서 노인을 대상으로 강화해야 할 정책과 생애주기적 관점에서 인구 고령화를 반영하여 지속적으로 관심을 기울여야 할 정책은 무엇인지 등에 대한 방향성을 제시하고자 한다. 지속적으로 길어지는 노년기의 삶에서 매우 중요한 역할을 하는 건강 수준에 대한 정책적 관심을 집중시키고, 누적된 생애 불평등을 건강 측면에서 분석한다는 점에서 연구의 의의를 지닐 것으로 사료된다.

본 연구는 이선희 부연구위원의 책임하에 원내의 김세진 부연구위원, 정연 연구위원, 이주민 연구원과 함께 원외의 호남대학교 박주혜 교수가 수행하였다. 연구진은 본 연구에 대해 귀중한 조언을 아끼지 않으신 원내의 강은나 연구위원, 원외의 가천대학교 유재언 교수에게 감사의 뜻을 표한다.



2023년 12월
한국보건사회연구원 원장
이 태 수



Abstract	1
요약	3
제1장 서론	11
제1절 연구의 필요성 및 목적	13
제2절 연구 내용 및 방법	17
제2장 선행연구 고찰	21
제1절 건강 및 건강 불평등 개념	23
제2절 노년기 건강 불평등에 대한 이론적 고찰	26
제3장 건강 및 보건의료정책(서비스) 분석	41
제1절 건강 및 보건의료정책(서비스) 동향	43
제2절 건강 및 보건의료정책(서비스) 이용 실태	66
제3절 소결	77
제4장 양적연구를 통한 노년기 건강 불평등 양상 분석	83
제1절 노년기 건강 불평등 분석 과정	85
제2절 노년기 건강 불평등의 시계열적 변화	93
제3절 노년기 건강궤적을 통한 불평등 양상 분석	105
제4절 소결	159



제5장 사례연구를 통한 노년기 건강 불평등 양상 분석	167
제1절 사례연구 개요	169
제2절 사례 내 분석을 통한 노년기 건강 불평등 양상	173
제3절 사례 간 분석을 통한 노년기 건강 불평등 양상	186
제4절 소결	196
제6장 결론	201
제1절 종합적 논의	203
제2절 노후 건강보장 강화를 위한 정책 방안	208
제3절 연구의 시사점 및 한계	225
참고문헌	227
부록	243

표 목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 2-1〉 생애주기적 관점에 기반한 노년기 건강 불평등 이론 모형	32
〈표 2-2〉 노년기 건강 불평등 영향요인	37
〈표 3-1〉 건강 및 보건의료 관련 기본계획	45
〈표 3-2〉 국민건강증진종합계획 변화	48
〈표 3-3〉 제5차 국민건강증진종합계획 중점 과제	51
〈표 3-4〉 제5차 국민건강증진종합계획 내 건강 형평성 제고를 위한 사업	52
〈표 3-5〉 보건의료기본법 제2조와 제10조	54
〈표 3-6〉 노인 건강 및 보건의료정책 구분	55
〈표 3-7〉 건강보험 보장성 강화 정책별 사업 내용 및 대상자 기준	58
〈표 3-8〉 질병예방 및 검진 정책별 사업 내용 및 대상자 기준	61
〈표 3-9〉 질병관리 및 치료 지원 정책별 사업 내용 및 대상자 기준	64
〈표 3-10〉 건강보험 보장성 강화: 의료급여 이용 실태	66
〈표 3-11〉 건강보험 보장성 강화: 틀니, 임플란트 본인부담률 인하 이용 실태	67
〈표 3-12〉 건강보험 보장성 강화: 중증치매 본인부담률 인하 이용 실태	67
〈표 3-13〉 질병관리 및 치료 지원 정책별 이용 실태: 치매치료관리비지원사업	68
〈표 3-14〉 질병관리 및 치료 지원 정책별 이용 실태: 암환자의료비지원사업	68
〈표 3-15〉 질병예방 및 검진 정책: 건강백세운동 이용 실태	69
〈표 3-16〉 질병예방 및 검진 정책: 예방접종 현황	70
〈표 3-17〉 질병예방 및 검진 정책: 일반건강검진 이용 실태	70
〈표 3-18〉 질병예방 및 검진 정책: 암검진 이용 실태	71
〈표 3-19〉 질병예방 및 검진 정책: 인지기능장애검사 이용 실태	71
〈표 3-20〉 질병관리 및 치료 지원 정책별 이용 실태: 노인성 질환 예방 및 관리	72
〈표 3-21〉 질병예방 및 검진 정책: 치매관리사업 이용 실태	73
〈표 3-22〉 질병예방 및 검진 정책: 관련 인프라 수(2021년)	74
〈표 3-23〉 질병관리 및 치료 지원 정책별 이용 실태: 고혈압·당뇨병등록관리사업	75
〈표 3-24〉 시도별 의료기관 분포	76
〈표 3-25〉 건강 및 보건의료 관련 주요 기본계획별 중점 사항	77

〈표 3-26〉 건강 및 보건의료정책 현황 및 실적	80
〈표 4-1〉 노년기 건강 불평등 분석 과정	87
〈표 4-2〉 전문가 조사 개요	87
〈표 4-3〉 전문가 조사 응답 결과(우선순위 선정)	89
〈표 4-4〉 전문가 조사 결과 및 가용성을 고려한 최종 변수 선정	92
〈표 4-5〉 노년기 건강 불평등 시계열 분석 주요 내용	93
〈표 4-6〉 출생코호트별 건강실천행위 및 건강검진율 변화	95
〈표 4-7〉 출생코호트별 주요 만성질환 유병률 변화	96
〈표 4-8〉 출생코호트별 건강 수준 변화	97
〈표 4-9〉 출생코호트별 우울수준 및 주관적 건강상태 변화	98
〈표 4-10〉 거주지역별 의료기관 및 의료인력 시계열 변화	99
〈표 4-11〉 거주지역별 미충족 의료율	100
〈표 4-12〉 거주지역별 건강행위 실천율	102
〈표 4-13〉 거주지역별 주요 만성질환 교육 및 진단 경험률	104
〈표 4-14〉 최종 분석대상	107
〈표 4-15〉 건강궤적에 포함된 변수 측정 방법	109
〈표 4-16〉 건강궤적 일반 특성 및 영향요인 변수 측정 방법	110
〈표 4-17〉 전체 분석대상의 일반 특성	114
〈표 4-18〉 전체 분석대상의 건강 특성	115
〈표 4-19〉 해방 이전 코호트(1935~1944년)의 건강 특성	116
〈표 4-20〉 해방 이후 코호트(1945~1954년)의 건강 특성	117
〈표 4-21〉 베이비부머 코호트(1955~1963년)의 건강 특성	118
〈표 4-22〉 해방 이전 코호트의 다중궤적 유형화 검증	119
〈표 4-23〉 해방 이전 코호트의 다중궤적 유형별 사후 배정 확률	119
〈표 4-24〉 해방 이전 코호트의 건강궤적 유형별 일반적 특성	125
〈표 4-25〉 해방 이전 코호트의 건강궤적 유형별 건강실천행위 특성	127
〈표 4-26〉 해방 이전 코호트의 건강궤적 유형별 보건의료자원 특성	128



〈표 4-27〉 해방 이후 코호트의 다중계적 유형화 검증	129
〈표 4-28〉 해방 이후 코호트의 다중계적 유형별 사후 배정 확률	130
〈표 4-29〉 해방 이후 코호트의 건강계적 유형별 일반적 특성	135
〈표 4-30〉 해방 이후 코호트의 건강계적 유형별 건강실천행위 특성	137
〈표 4-31〉 해방 이후 코호트의 건강계적 유형별 보건의료자원 특성	138
〈표 4-32〉 베이비부머 코호트의 다중계적 유형화 검증	139
〈표 4-33〉 베이비부머 코호트의 다중계적 유형 분류율	140
〈표 4-34〉 베이비부머 코호트의 다중계적 유형별 사후 배정 확률	140
〈표 4-35〉 베이비부머 코호트의 건강계적 유형별 일반적 특성	144
〈표 4-36〉 베이비부머 코호트의 건강계적 유형별 건강실천행위 특성	146
〈표 4-37〉 베이비부머 코호트의 건강계적 유형별 보건의료자원 특성	148
〈표 4-38〉 해방 이전 코호트의 건강계적 영향요인(종합)	151
〈표 4-39〉 해방 이전 코호트의 건강계적 유형 영향요인(기준집단: 집단5(건강악화군)) ·	151
〈표 4-40〉 해방 이후 코호트의 건강계적 영향요인(종합)	154
〈표 4-41〉 해방 이후 코호트의 건강계적 유형 영향요인(기준집단: 집단5(건강악화군)) ·	155
〈표 4-42〉 베이비부머 코호트의 건강계적 영향요인(종합)	157
〈표 4-43〉 베이비부머 코호트의 건강계적 유형 영향요인(기준집단: 집단4(건강쇠퇴군))	158
〈표 4-44〉 시계열 분석 결과 요약	160
〈표 4-45〉 건강계적 유형화 분석 결과 요약	162
〈표 4-46〉 건강악화군(쇠퇴군)의 주요 특성 및 영향요인 비교	163
〈표 4-47〉 건강보장정책의 주요 변화 및 출생코호트 특성	165
〈표 5-1〉 연구참여자 일반적 특성	172
〈표 5-2〉 사례연구 결과(종합)	199
〈표 6-1〉 주요 연구 결과 및 시사점	207
〈표 6-2〉 정책제언: 주요 정책 대상 및 개입 방점(종합)	224
〈부표 1〉 해방 이전 코호트의 건강계적 유형별 건강실천행위 특성	243
〈부표 2〉 해방 이전 코호트의 건강계적 유형별 평균 입원횟수	244

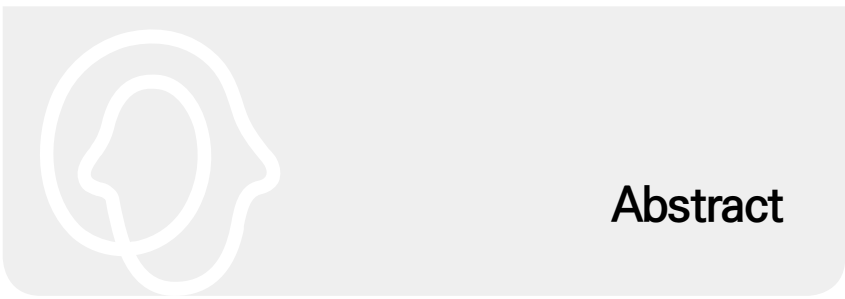
〈부표 3〉 해방 이전 코호트의 건강궤적 유형별 건강검진(무료 및 자비) 여부 및 미검진 이유	244
〈부표 4〉 해방 이후 코호트의 건강궤적 유형별 건강실천행위 특성	245
〈부표 5〉 해방 이후 코호트의 건강궤적 유형별 평균 입원횟수	245
〈부표 6〉 해방 이후 코호트의 건강궤적 유형별 건강검진(무료 및 자비) 여부 및 미검진 이유	246
〈부표 7〉 베이비부머 코호트의 건강궤적 유형별 건강실천행위 특성	247
〈부표 8〉 베이비부머 코호트의 건강궤적 유형별 평균 입원횟수	247
〈부표 9〉 베이비부머 코호트의 건강궤적 유형별 건강검진(무료 및 자비) 여부 및 미검진 이유	248

그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1] 연구체계도	19
[그림 2-1] 불건강의 압축 시나리오	27
[그림 2-2] 건강노화의 핵심 요소	28
[그림 2-3] WHO가 제시한 건강 불평등 발생기전	38
[그림 2-4] 노인의 건강 불평등 발생기전	40
[그림 4-1] 해방 이전 코호트의 건강궤적	122
[그림 4-2] 해방 이후 코호트의 건강궤적	132
[그림 4-3] 베이비부머 코호트의 건강궤적	142
[그림 6-1] 건강영향 피라미드 및 본 연구의 결과를 바탕으로 한 개선 방향	211
[그림 6-2] 생애주기별 건강관리 핵심 목표 및 개입 방안(안)	214



Abstract

Old-Age Health Inequality as Seen from a Lifecycle Perspective and Strategies for Ensuring Later-Life Health

Project Head: Lee, Sunhee

The study was conducted to understand multidimensional health inequalities in old age and propose measures for ensuring health security in later life. The study delved into discussions on health disparities in old age and explored potential institutional improvements for alleviating health inequality. In addition, we identified institutional aspects that should be addressed with long-term policy approaches. The study employed a comprehensive approach, including policy analysis, quantitative analysis through secondary data, and in-depth case studies through interviews.

Despite the existing national basic plans that emphasize health equity, economic and regional disparities in access to health care resources have remained or widened. Furthermore, some policies were found to lack a lifecycle approach.

Our analysis of health inequality patterns based on secondary data indicated that, over time, the health levels of birth cohorts improved, but with limited fairness in access to health resources at the regional level. Health trajectories varied across birth cohorts, but in all cohorts, there was a group with deteri-

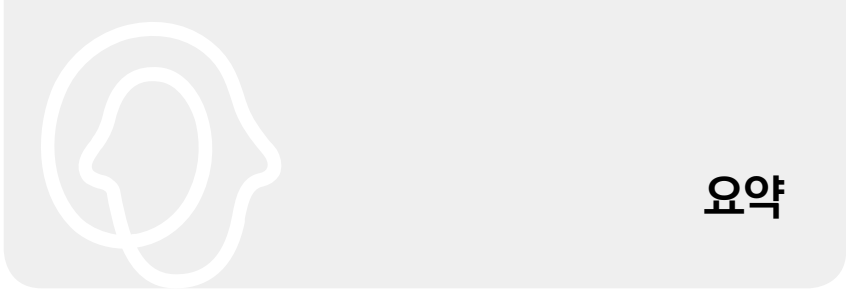
2 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

orating health status, characterized by pronounced socioeconomic vulnerability and regional disparities in health care access.

Our qualitative analysis of health inequality generally supported the results of our quantitative research, highlighting the mediating role of relational resources in health inequality.

This study proposes policy directions focusing on setting lifecycle-specific policy goals, a comprehensive approach among stakeholders, creating environments that promote individual health-promoting behaviors, and prioritizing social and economic vulnerable groups. Specifically, the study recommends establishing core goals and practical foundations for lifecycle health management, constructing a management system for individuals with complex chronic conditions, diversifying approaches to address regional disparities in healthcare utilization, planning and infrastructure development for enhancing regional health promotion capabilities, and enhancing accessibility to services and information.

Key words: health inequality, lifecycle perspective, group-based trajectory model, case study



요약

1. 연구의 배경 및 목적

건강 수준의 절대적 향상 및 건강증진에 대한 사회적 관심의 확대에도 불구하고, 사회구성원 간 건강 수준 차이는 물론 건강증진 혜택이 고르게 나타나지 않는 등 건강 불평등 문제가 사회적으로 부각되고 있다. 이는 곧 건강상의 차이를 개인적 차원의 논의에 국한하는 것이 아닌 사회적 차원에서 살펴보고 해결해야 함을 시사한다.

이를 위해 국가 주도의 기본계획 수립을 통해 사회경제적 차원에서 불거지는 건강 격차 해결을 위한 정책적 노력이 강화되고 있으며, 그에 따라 관련 제도 역시 확대되고 있는 추세이다. 다만 이 같은 노력에도 불구하고 건강 불평등은 여전히 산재해 있으며, 특히 노년기의 경우 이 같은 문제가 더욱 심각한 것으로 나타난다.

이에 본 연구는 노년기의 다차원적 건강을 불평등 측면에서 조망하고자 한다. 그간의 삶의 경험에 따라 누적적으로 나타나는 노년기의 건강 격차에 대한 논의를 바탕으로, 현 수준에서 노년기 건강 불평등 완화를 위해 시행할 수 있는 제도 개선 방안과 장기적 측면에서 접근해야 할 제도 개선 방안은 무엇인가에 대해 살펴볼 것이다.

2. 주요 연구 결과

가. 건강 및 보건의료정책(서비스) 분석

현시점에서 건강 불평등 완화를 위한 정책적 접근 수준을 진단하고자 건강 및 보건의료 관련 주요 기본계획과 이를 바탕으로 운영되는 주요 정

4 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

책을 중심으로 동향 및 실태 등을 파악하였다. 그 결과, 2011년 이후 정부 차원에서 '건강 형평성'을 강조한 기본계획이 다수 수립된 것으로 나타났다으며, 전 생애를 포괄하는 건강 관련 정책과 함께 인구집단별 특성에 따른 정책들이 포괄적으로 추진된 것으로 분석되었다.

나아가 보건의료기본법의 기본 이념을 근간으로 한 노년기 건강 및 보건의료 관련 주요 정책을 ① 보장성 강화, ② 질병예방 및 검진, ③ 질병관리 및 치료지원 분야로 구분하여 살펴본 결과, 기본 정책의 방향과 같이 건강권 보장 및 의료적 접근성을 강화하는 방향에서 대다수의 정책이 수행되었다. 단, 정책적 노력에도 불구하고 저소득층의 의료 이용 제한, 거주지역에 따른 (상급)종합병원 접근성 제한 등과 같은 경제적, 지역적 격차는 유지 또는 심화된다는 한계가 드러났다. 또한 질병의 사전적 예방을 목표로 하는 사업들의 경우 대다수가 영유아 또는 노년기 이후에 집중하여 운영되고 있다. 즉, 영유아기 이후부터 65세(또는 60세)에 도래하기 전까지는 정책의 사각지대에 머무는 경우가 다수로 전 생애주기적 차원에서의 접근은 미흡한 것으로 평가된다.

나. 양적연구를 통한 노년기 건강 불평등 양상 분석

1) 노년기 건강 불평등의 시계열 변화(2010~2020년)

노년기 건강 불평등에 대한 시계열 변화를 관측하고자 출생코호트(1919년 이전~1950년대 이후) 간 건강행위 및 건강결과에 있어서의 차이, 지역별(17개 시도의 동/읍면부) 의료 접근성 및 질병의 예방적, 관리적 차원에서의 결과를 중심으로 비교하였다.

그 결과, 최근 출생코호트일수록 전반적 건강 수준 및 예방적 관리가 양호하게 나타났다. 이는 사회 전반의 여건 개선과 보건의료 기술의 발달, 건강보장 관련 제도의 확대 등의 영향을 시사하는 결과로 간주된다. 다시 말해 노년층 내에서도 사회구조적 취약성과 제도적 수혜경험이 부족한 집단을 정책적 우선순위 대상으로 선정해야 할 필요성이 있음을 내포한다고 할 수 있다.

지역적 차원과 관련해서 절대적 수준에서의 공급량(병상 수, 의료인력 수)은 시계열적으로 증가하였으나, 고령인구의 자연증가분을 감당할 수 있는 수준까지는 이르지 못한 것으로 나타났다. 도(道)지역의 읍면부를 중심으로 이 같은 경향이 두드러지며, 특히 (상급)종합병원과 같은 2·3차 병원의 이용률 차이가 크게 나타나 의료 접근성의 제약이 높다. 미충족 의료율은 전반적으로 낮아졌는데, 1차 의료기관인 병(의)원 확대 등에 따른 결과로 간주된다.

2) 노년기 건강궤적을 통한 불평등 양상 분석(2008~2020년)

본 분석을 위해 해방 전 코호트(1944년 이전), 해방 후 코호트(1945~1954년), 베이비붐 세대(1955~1963년)로 대상을 구분하여, 출생코호트별로 노년기로 이행하는 12년간의 다차원적 건강(신체, 인지, 정신) 변화궤적을 도출하였다. 나아가 가장 이질적인 변화궤적 유형을 중심으로 그 차이를 유발하는 영향요인을 사회구조적 측면과 중개적 측면(개인적 차원, 지역적 차원)에서 파악하였다.

그 결과, 첫째, 동일한 출생코호트 내에서도 노년기로 이행하는 과정에서 건강 수준의 이질적 변화, 즉 노화과정의 격차가 두드러지게 나타났다. 전 출생코호트에서 다음 생애단계로 이동하는 약 10년간의 과정에서

급격한 건강 수준의 악화 또는 쇠퇴를 경험하는 집단과 비교적 양호한 건강 수준을 유지하는 집단이 반복적으로 출현하였다. 노년기의 건강악화는 모든 노인에게 동등 또는 유사하게 발생하는 자연적 현상이나, 구조적 차원에서 야기된 건강 변화 또는 노화과정의 격차는 시대를 거듭하여 지속적으로 발생한다는 점에 주목할 필요가 있으며 이 같은 격차를 줄이기 위한 노력이 선제적으로 이루어져야 함을 시사한다.

둘째, 건강 수준 변화가 가시화된 해방 이전 이후 코호트를 중심으로 볼 때, 건강악화군의 비중은 해방 이전 코호트에서 높게 제시되었다. 일정 부문 연령효과를 배제할 수 없으나, 이들이 경험한 사회경제적 환경과 제도적 혜택 등의 영향 역시 작용했을 것으로 해석된다.

셋째, 건강노화군 대비 건강악화군의 일반적 특성을 파악한 결과, 기존 선행연구와 같이 건강악화군의 사회경제적 취약성이 두드러지게 나타났다. 개인의 예방적 관리나 지역의 보건의료자원 및 그 접근성에 있어서도 건강악화군은 건강노화군에 비해 열악한 수준이었다. 해방 이전 코호트 일수록 이 같은 특성은 두드러져, 생애과정 동안의 누적된 불이익이 가시화된다는 것을 알 수 있다.

넷째, 건강 격차를 유발하는 요인(건강 불평등 발생기전) 역시 일반적 특성과 결을 같이하여, 사회구조적 요인에 따른 차이가 결정적이며 중개 요인, 특히 지역적 요인에 따른 차이가 두드러졌다. 지역적 특성에 있어서는 의료기관, 특히 종합병원의 접근성이 전체 출생코호트에서 공통적 요인으로 나타났다. 나아가 사회구조적 요인 중 생애기간 동안 거처온 직업의 수나 최장기 직종 역시 건강 격차를 유발하는 요인으로 밝혀져, 근로의 안정성 및 근로환경 등이 건강 격차에 장기적으로 영향을 미친다는 것을 알 수 있다.

다. 사례연구를 통한 노년기 건강 불평등 양상 분석

양적연구에서 도출된 다수 유형 중 전 출생코호트에 공통적으로 포함 된 건강노화군, 복합이환군, 건강악화군을 중심으로 총 12명(건강노화군 및 복합이환군 각각 3명, 건강악화군 6명) 대상의 심층인터뷰를 바탕으로 사례연구를 실시하였다.

주요 결과는 다음과 같다. 첫째, 양적연구와 마찬가지로 노년기까지의 주요한 생애사건을 사회구조적인 영향하에서 어떻게 경험하였는가가 현재의 건강 수준에 다각도로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 보건의료적 차원의 접근만으로는 사회구조적 요인과 건강 간 상호 영향력을 약화시킬 수 없다는 점에서, 생애주기적으로 사회적 안전망이 확대 및 개선될 필요가 있으며 그 안에서 건강권 확보에 대한 논의가 이루어질 필요성이 제기된다. 둘째, 건강행태의 양면성을 맥락 속에서 이해할 필요성이 드러났다. 건강노화군에 속한 사례들은 노후준비의 일환으로서 건강증진행위를 행하였던 반면 이 외의 사례들은 건강악화를 지연시키기 위한 목적 또는 현재의 건강상태에 대한 결과적 측면에서 더 이상 건강저해행위를 하지 않는 모습으로 나타나, 양적연구에서 제시되었던 건강상태-건강행태 간 역의 인과성이 재현되었다. 특히 복합이환군, 건강악화군에 속한 사례 중에서도 건강증진행위를 실천하고자 하는 욕구는 있으나 제반 환경이 갖추어지지 않아 행하지 못하는 경우 역시 존재하였다. 따라서 단순한 행위 여부를 판별하는 것에서 벗어나, 건강증진행위를 행할 수 있는 물리적 여건을 조성하는 노력이 선행될 필요가 있다. 셋째, 대처자원으로서 공식적·비공식적 관계망에 대한 고려가 요구된다. 특히 지지체계가 부재한 일부 복합이환군 및 건강악화군 사례의 경우, 치료 및 돌봄의 공백으로 이어질 우려가 있다는 점에서 공적 서비스의 접근이 보다 강화될 필요가 있

다. 넷째, 의료자원 이용의 격차는 건강 수준 여하와 관계없이 거주지역에 따라 모두 경험된 것이었으며, 마지막으로 노년기 의료비 부담에 대한 논의 또한 지속적으로 제기되었다. 즉, 질병과 빈곤의 악순환이 되풀이되고 있다는 점에서 취약계층의 건강위험요인에 대한 노출을 줄이는 것과 함께 이들의 삶의 조건을 향상시키기 위한 노력이 병행될 필요가 있다는 것이다.

3. 결론 및 시사점

노년기 건강 불평등 완화를 위한 정책적 기본 방향은 크게 세 가지로 첫째, 생애주기별 정책 개입 목표를 설정하고 그에 따른 주체(제도 및 정책-지역-개인) 간 포괄적 접근이 이루어져야 한다. 다음으로, 개인의 건강권이 확보되어야 하고 건강증진행위가 용이한 여건(환경) 조성이 우선시 되어야 한다. 개인의 건강증진행위 제고를 위해서는 이를 행할 수 있는 환경 조성이 선행될 필요가 있기 때문이다. 마지막으로, 정책적 우선순위에 인 사회경제적 취약층에 대한 집중적 관심이 지속되어야 할 것이다. 특히 현세대 노인의 경우, 건강뿐 아니라 삶 전반의 여건이 취약하다는 점에서 현재의 생활여건을 높일 수 있는 접근과 관심이 강화될 필요가 있다. 아울러 이후 세대에서도 같은 문제가 되풀이될 수 있다는 점에서 일찍이 소득 및 주거보장, 안정적 근로여건 마련 등과 같은 사회안전망 강화 노력은 지속되어야 할 것이다.

이 같은 정책적 방향성을 바탕으로 사회경제적 취약층에 대한 의료안전망 강화, 개인의 건강권을 확보하는 데 필요한 환경 구축을 위해 생애주기별 건강관리에 대한 핵심 목표 설정 및 실천 기반 마련, 지역별 의료 이용 격차 방안 다각화, 지역별 건강증진 역량 제고를 위한 기반 구축 등을 제안

하였다. 마지막으로 예방 및 보호적 개입 강화와 관련하여 복합만성질환자에 대한 관리체계 구축, 서비스 및 정보 접근성 강화 등이 이루어져야 할 것이다.

주요 용어: 생애주기적 관점, 건강 불평등, 노후 건강보장, 집단중심다중궤적, 사례연구

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구의 필요성

우리나라 기대수명은 2010년 80.2세에서 2020년 83.5세로 꾸준히 증가하였으며, OECD 회원국과 비교 시 2020년 기준 남자 80.5세, 여자 86.5세로 남자는 2.6년, 여자는 3.3년 높은 수준이다(통계청 사회통계국 인구동향과, 2021.12.1.). 유병기간을 제외한 기대수명(건강수명) 역시도 2000년 67.4세에서 2019년 73.1세로 반등하는 등(국가지표체계, 2021) 사회경제적 수준의 향상과 보건의료 기술 발달이 우리 사회 전반의 건강 수준 향상에 일조하였다.

다만 건강의 절대적인 수준 향상 및 건강증진에 대한 사회적 관심의 확대에도 불구하고, 건강 수준과 건강증진 혜택이 사회구성원 간에 고르게 나타나지 않고 오히려 그 격차가 벌어지는 등 건강 불평등 문제가 사회적으로 대두되고 있다.

WHO에서는 이 같은 문제의식에 따라서 ‘모든 이에게 건강을(Health for all)’이라는 선언을 필두로 범국가적 차원에서 보편적인 건강권에 대한 논의를 주요한 정책 아젠다로 다룰 필요가 있음을 주지한 바 있으며, 우리나라 역시도 제2차 국민건강증진종합계획을 시작으로 건강 격차를 최소화하기 위한 정책적 노력이 지속되고 있다. 이는 곧 사회적 불평등이 개인의 삶의 질, 나아가 개인 간 건강 격차를 야기한다는 것을 사회적으로 인정하게 된 것으로(장수지, 김수영, 2016) 건강을 개인적 차원만이

아닌 사회적 차원에서 바라보아야 한다는 시각이 강조되고 있다. 사회경제적 조건에 따른 건강 격차는 보건의료 및 사회복지정책이 해결하고자 하는 주요 과제로, 최소한의 인간다운 삶을 보장하기 위해 선결될 필요가 있다.

그러나 높아진 사회적 관심과 정책적 노력에도 불구하고, 만성질환 유병률, 건강행태 이행률 등 주요 지표에서 우리 사회의 건강 불평등은 오히려 심화되는 것으로 나타나고 있다. 제4차 국민건강증진종합계획(HP2020)의 성과 분석 결과, 건강 형평성 모니터링 지표 20개 중 고혈압 유병률, 남녀 비만 유병률, 남녀 고위험 음주율 등 12개 지표에서 2008년 대비 2018년 건강 불평등이 심화된 것으로 나타났으며, 노인의 일상생활수행능력 제한율(ADL 제한율)에 있어서도 기준기간(2008년 대비 2017년) 대비 소득수준에 따른 격차가 보고되고 있다(한국건강증진개발원, 2023). 적절한 정책적, 사회적 개입이 없다면 사회적 자원의 불균형과 함께 건강 불평등은 앞으로 더욱 심화될 전망임을 시사하는 결과이다.

건강 불평등은 전 생애과정에서 발생하지만, 생애주기적 특성을 고려할 때 특히 노년기 건강 불평등에 주목할 필요가 있다. 노년기는 노화과정에 따른 건강약화와 더불어 그간의 생애단계를 거쳐오면서 누적된 자원 및 경험의 차이가 극대화되어 나타나는 시기로(박경숙, 2001), 노인집단에서 발견되는 건강 불평등이 개인적, 사회적 차원에 미치는 영향이 매우 크다. 나아가 노년기의 건강은 상대적으로 불가역성이 높고, 자신의 삶뿐 아니라 수발(예상)자의 삶, 나아가 사회 전반에도 다각적으로 영향을 미칠 수 있다.

따라서 노년기 건강 불평등에 대한 논의를 확장하기 위해서는 건강에 대한 다차원적 이해와 함께 우리나라 노인의 삶의 조건을 구성하는 다양한 사회적 불평등 요인 및 현재 건강 수준의 격차를 유발시키는 기제가

무엇인지를 명확히 규명하는 작업이 중요하다. 관련하여 노년기 사회경제적 지위에 따른 건강 불평등을 조망하고자 하는 노력이 학술적 차원에서 2010년 이후 축적되고 있다(김영선, 2012; 김진구, 2012; 김진현, 한지나, 2014; 장수지, 김수영, 2016; Fan, Ouyang, Tian, Song, & Miao, 2019). 관련 논의들에서 사회경제적 지위와 건강 간 직접적 인과 관계를 다루고 있으나, 노년기 건강상의 격차가 사회경제적 지위와 더불어 어떠한 메커니즘을 통해 나타나는가에 대한 논의는 상대적으로 부족하다. 나아가 다수의 연구가 사망률 연구에 집중하거나 단일 차원의 건강 결과에 주목하고 있어(이미숙, 2001; 손미아, 2002; 강영호, 2004; 김영선, 2012; 김진구, 2012) 현존하는 사회구성원으로서 노인의 건강상태를 다차원적으로 조망하는 것에는 한계가 있다.

급격한 인구 고령화로 인해 노인인구 규모 및 비중의 증가는 지속될 것이며, 노인집단 내부의 이질성, 다양성 증대에 따라 건강 격차를 경험하는 노인인구 또한 늘어날 것으로 예견된다. 더불어 높은 수준의 노인빈곤율, 전 생애주기에 걸친 1인가구 비중 증가 등의 사회적 지표들은 장기적 측면에서 현재 및 미래 노인의 건강과 돌봄에 영향을 미칠 것으로 보인다.

베이비부머의 등장과 함께 건강하고 활동적인 노인의 이미지가 부각되고 있으나, 전반적인 노년기 건강증진 이면에 놓인 전 생애주기에 걸친 불평등과 노년기 건강악화의 영향 아래에 있는 인구집단 관련 정책적 관심이 필요한 때이다.

이에 본 연구는 노년기의 다차원적 건강을 불평등 측면에서 조망하고, 이를 바탕으로 현 단계에서 노인을 대상으로 강화해야 할 정책과 생애주기적 관점에서 인구 고령화를 반영하여 지속적으로 관심을 기울여야 할 정책은 무엇인지 등에 대한 방향성을 제시하고자 한다. 지속적으로 길어지는 노년기의 삶에서 매우 중요한 역할을 하는 건강 수준에 대한 정책적

관심을 집중시키고, 누적된 생애의 불평등을 건강 측면에서 분석한다는 데에 연구의 의의를 지닐 것으로 사료된다.

2. 연구의 목적

본 연구는 노년기의 다차원적 건강 불평등 양상에 대한 심층 분석과 이를 바탕으로 향후 노년기 건강 불평등 완화를 위한 정책 대안을 모색하는 것을 그 목적으로 한다. 이를 위해 본 연구에서 정의하는 건강 불평등이란 사회구조적 측면과 이를 중재하는 중개적 요인에 의해 야기되는 개인 또는 인구집단 간 건강 수준의 차이를 의미한다.

연구 수행을 위해 구체적으로 노년기 건강 불평등 양상이 어떻게 변화하고 있는가를 파악하고, 이 같은 양상이 개인의 생애과정 속에서 어떻게 다르게 나타나고 있는가 등을 통해 건강 격차를 유발하는 요인을 파악하고자 한다. 즉, 노년기 건강 불평등이 발생하는 기전을 개인적, 지역적 수준에서 파악하고 이를 통해 정책 개입의 우선순위 설정 및 형평성 제고를 위해 고려해야 할 정책적 시사점을 도출하는 것에 주안점을 두었다.

건강 불평등 완화는 노인 개인의 건강한 노후 지원뿐 아니라 우리 사회의 불균형 해소 측면에 있어서도 중요한 사안이라는 데에 연구가 지니는 시의성이 있다고 판단된다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

본 연구의 주요 내용은 다음과 같다. 첫째, 건강 불평등에 대한 개념 및 관련 이론, 건강 불평등 영향요인 등을 검토하고자 한다. 이는 본 연구의 분석틀을 마련하기 위한 기초작업 중 하나로, 건강 불평등과 유사 개념으로 논의되고 있는 건강 형평성, 건강 격차 등의 개념을 살피고 이를 통해 본 연구에서 파악하려는 건강 불평등에 대한 조작적 정의를 명확히 하고자 한다. 나아가 건강 불평등과 관련하여 현재까지 제기된 다양한 이론(모형)과 발생기전, 영향요인 등을 개괄적으로 살펴봄으로써, 본 연구에서 주목하는 노년기 건강 불평등 발생기전 모형을 제시하고자 한다.

둘째, 건강 및 보건의료정책(서비스)에 대한 동향 및 이용 실태를 파악하였다. 앞서 언급한 바와 같이 제2차 국민건강증진종합계획을 시작으로 건강 불평등을 완화하기 위한 정책적 노력이 강화되고 있다는 점에서, 그것이 과정적·결과적 측면에서도 나타나고 있는가에 대해 살펴보고자 한다. 건강 수준 제고를 위해서는 예방-관리-치료 차원에서 개입이 필요하며, 정책적 지원 역시 이 같은 방향성에서 이루어져야 한다. 따라서 예방-관리-치료 차원에서 정책적으로 적절한 개입이 이루어지고 있는가를 파악하고자, 건강 및 보건 관련 주요 기본계획과 그 안에서 다루어진 정책(서비스)을 중심으로 내용 분석 및 이용 실태 등을 점검하였다.

셋째, 노년기 건강 불평등에 대한 양상을 생애주기적 관점에서 조망하는 작업을 실시하였다. 양적분석을 통해서는 사회구조적 요인 및 증개요인에 따른 건강 격차를 파악하고자 시계열 분석과 개인의 노년기 이행과정 중 이 같은 차이가 어떻게 나타나는가를 중단 분석을 통해 살펴보았

다. 특히 건강 격차를 유발하는 발생요인을 사회구조적 측면, 생애단계적 측면, 중개적 측면에서 파악하고, 그것이 노년집단 내에서 어떠한 차이가 있는지에 유념하였다. 나아가 개개인의 삶의 맥락이 건강 격차에 미친 영향을 심층적·보완적으로 파악하고자 질적분석을 함께 실시하였다.

마지막으로 상기 연구 내용을 종합하여 노년기 건강 불평등을 완화하기 위한 정책적 우선순위 설정 및 개선 방안을 도출하였다.

2. 연구 방법

첫째, 문헌연구를 실시하였다. 건강 불평등의 유사 개념 및 관련 이론(모형), 영향요인 등을 파악하기 위해 국내외 관련 자료를 검토하였다.

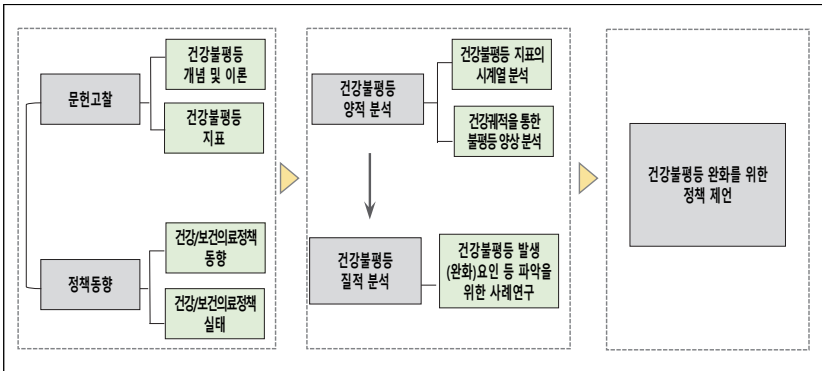
둘째, 주요 건강 및 보건의료정책(서비스)을 중심으로 정책 분석을 실시하였다. 현재 시행 중인 건강 및 보건의료정책을 건강 불평등 관점에서 논의하기 위해, 관련된 주요 기본계획을 살펴보고 이 중 노인을 중심으로 한 건강 및 보건의료정책을 검토하였다. 이들의 목표 및 대상, 내용 등에 대한 종합적 검토와 이용 실태 파악을 통해 현재 우리 사회의 건강 불평등 수준을 진단하였다.

셋째, 노년기 건강 불평등 양상을 파악하기 위한 2차 자료 분석이 이루어졌다. 2차 자료 분석의 목적은 크게 두 가지로 출생코호트 및 지역에 따른 건강 격차 추이를 파악하기 위한 시계열 분석(2010~2020년)과 노년기 이행과정에서 나타난 건강 격차 및 그 요인을 탐색하기 위한 집단중심 다중궤적(2008~2020년) 분석과 다항 로지스틱 회귀분석을 진행하였다. 가용자료원으로는 노인실태조사, 고령화연구패널(원자료 및 직업력 자료), 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스, 교통접근성지표 등을 활용하였다.

넷째, 일대일 심층면접을 통한 사례연구를 실시하였다. 양적분석을 통해 담아낼 수 없는 노년기 건강 불평등에 대한 종합적 이해를 위해, 양적 분석 결과에 기초하여 인터뷰 대상자를 선별하고 생애주기별 주요 경험, 보건의료서비스 및 간병서비스 이용, 사회적 관계망, 건강행태, 건강 변화 등에 대한 심층면접을 진행하였다.

마지막으로 전문가 조사 및 서면의견 수렴을 실시하였다. 분석틀 설정 및 건강 불평등 분석을 위한 변수를 선정하고자 전문가 조사를 1회 실시하였으며, 이후 정책 동향 및 자료 분석 결과, 정책적 시사점 논의 등을 위한 전문가 서면의견 수렴을 실시하였다.

[그림 1-1] 연구체계도

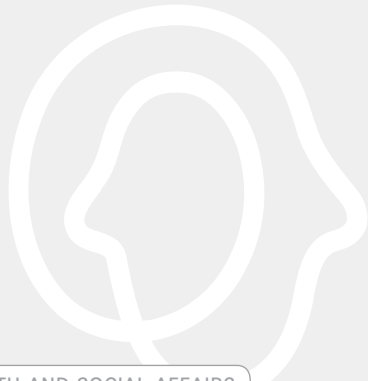


주: 연구자 작성.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

선행연구 고찰

제1절 건강 및 건강 불평등 개념

제2절 노년기 건강 불평등에 대한 이론적 고찰

제 2 장 선행연구 고찰

제1절 건강 및 건강 불평등 개념

단일한 차원에서 건강을 간주하는 것에 대한 비판적 논의에 따라 WHO(1947)에서는 건강을 신체적, 정신적, 영적 및 사회적 차원 전반에 걸쳐 안녕한 상태로 정의하는 등 다차원적 건강에 대한 논의가 보편적이다. 다만 건강을 구성하는 하위차원을 어디까지 포함시킬 것인가에 대해서는 이견이 존재하며(Boddington & Raisanen, 2009; 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인, 2015, p.12), 특히 영적 및 사회적 차원과 관련하여 이들을 건강의 한 축으로 볼 것인지 혹은 건강에 영향을 미치는 요인으로 볼 것인지에 대한 논의가 뒤따른다. 본 연구에서는 다수의 연구에서 건강의 고유한 차원으로 논의되는 신체적, 정신적 건강을 중심으로 다루되, WHO가 강조하는 총체적인 안녕 측면에서 건강을 살펴보기 위해 신체적 건강을 의료적, 기능적, 주관적 차원으로 세분화하여 다루고자 한다.

이 같은 다차원적 건강과 관련하여 최근 학술적, 정책적 차원의 관심이 고조되고 있으며, 기대수명의 연장과 더불어 전반적 건강 수준 향상이라는 소기의 정책적 성과 역시 일정 부문 달성한 것으로 평가된다. 그러나 정책적 효과가 모든 인구집단 및 사회계층에서 동일하게 나타나지 않는다는 점에서, 사회구조적 문제의 하나로 건강 불평등에 대한 논의가 점화되고 있다.

즉, 건강 불평등은 사회구조적 불평등과 건강 수준의 차이에 주목한 것으로(House, 2002) 건강을 통해 나타나는 개인들 또는 집단들 사이의 차이(difference), 변이(variation), 격차(disparities)를 지칭한다(한국

건강형평성학회, 2007; 김동진 외, 2013, p.13).

최근 정책 집행 단계에서 건강 불평등의 대척점으로 건강 형평성이라는 용어 역시 자주 사용되고 있다. 학자마다 이견이 있긴 하나, 건강 불평등(또는 건강 차이나 격차)이 차이를 의미하는 산술적 개념이라면, 건강 형평성은 윤리적, 가치적 측면을 덧붙인 개념으로 ‘불필요하고 피할 수 있는 차이’를 넘어서 ‘부당하고 불공정한 것’으로 이해해야 하는 개념(김창엽 외, 2015, p.66)으로 논의된다. 다시 말해 건강 불평등이 건강 측면에서 존재하는 개인 또는 집단 간 차이에 주목한 것이라면, 건강 형평성은 이 같은 불평등 지점이 해소된 결과적 측면이라 하겠다.

유념해야 할 것은 건강 불평등이 단순한 건강상의 차이를 나열하는 것에 그치지 않는다는 것이며, 어떠한 과정과 맥락 속에서 현재와 같은 건강상 차이(또는 건강 양상의 분포)가 나타났는지에 더 주목한다는 것이다. 따라서 건강 불평등은 개인 또는 집단에서 제기된 건강상 차이를 이해하기 위한 과정적 접근을 필요로 하며, 이를 위해 현재의 건강 수준을 결정하는 요인들의 분포와 이들이 건강에 미치는 영향을 이해하는 작업이 무엇보다 중요하다.

그간 건강결정요인을 이해하기 위한 노력은 시기에 따라 논의의 흐름을 달리한다. 미국에서는 환경보건 영역을 중심으로 한 위생 개선에 초점을 두고 국가 차원의 규제 및 관리가 강화되던 1950년대를 거쳐, 1970년대까지 의료서비스 역할에 대한 중요성이 강조되었다. 주요 만성질환에 의한 사망 비중이 늘어남에 따라 질병 치료 중심의 보건의료서비스가 강조되었고, 이후에는 발병 후 사후적인 치료보다 질병의 원인을 줄이거나 제거하기 위한 노력이 강화되었다. 의료서비스만으로는 다수의 건강을 향상시키는 것이 불충분하다는 인식(오유미, 주민희, 박순우, 장숙량, 정영호, 2018)에 기인한 것이며, 개인의 행태로서 건강 향상을 위한 노력의

중요성이 대두된 시기와 맞물린다. 이후 현재에 이르기까지 건강을 결정함에 있어서 질병 위험을 높이는 직접적 요인뿐 아니라 개인의 건강행태, 사회 및 경제적 결정요인 등이 종합적 차원에서 영향을 미친다는 논의가 주류를 이룬다. 건강을 결정하는 요인을 무엇으로 간주할 것인가는 정책적 방점을 어디에 둘 것인가와 직결된다는 점에서, 국가 차원의 건강 수준 향상을 위한 노력 역시 건강결정요인의 무게중심을 어디에 둘 것인가에 따라 달라졌다. 국제사회 전반을 비롯하여 우리 사회 역시 이 같은 인식하에서 논의가 이어지고 있는데, 인구집단 간 건강 격차를 야기하는 요인이 무엇인지를 파악하고 그에 따른 파급효과를 줄여나가는 것이 건강 불평등 완화의 첫걸음이라 할 수 있다.

본 연구에서 이야기하는 노년기의 건강 불평등 역시 이와 같은 맥락이다. 생애주기적으로 누적되어 발현된 노년기의 건강상 차이를 이해하는 것을 전제로, 현재의 차이를 유발하는 원인, 다시 말해 발생기전이 무엇인지를 파악하고 그 차이를 어떻게 줄여나갈 수 있을 것인가에 대해 초점을 두고자 한다. 나아가 생애주기별 개입의 단초를 마련하기 위해 노년기의 생애단계를 세분화하여 이를 파악할 것이다.

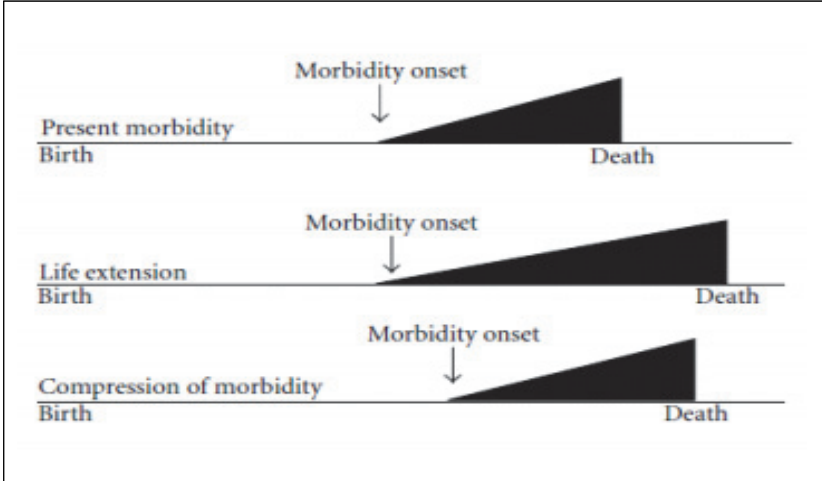
제2절 노년기 건강 불평등에 대한 이론적 고찰

1. 노년기 건강목표로서의 건강노화

경제수준 및 과학기술의 발전에 따른 평균수명 증가 및 전반적 건강 수준 향상은 부인할 수 없는 사실이나, 여전히 논쟁적인 부분이 존재한다. 수명이 증가하면서 만성질환이나 장애를 가지고 살아가는 기간 또한 증가하여 노년기의 전반적 건강 수준이 낮아졌다고 보는 시각도 존재하는 한편, 심각한 질병이나 장애의 발생시기가 점차 늦어지고 있다는 소위 ‘불건강의 압축(compression of morbidity)’을 지지하는 관점도 존재한다(정연, 조영태, 오주환, 2007, p.381). 현상에 대한 진단이 어떻든 간에, Fries(1980)가 언급한 불건강의 압축은 노년기 건강정책이 실천하고 달성해야 할 중요 목표로서 의미가 있다.

불건강의 압축과 관련해 또 한 가지 고려해야 할 점은 노년기 건강을 단순히 질병의 유무만으로 평가하기 어렵다는 점이다. 사람은 누구나 나이가 들면서 생물학적 노화를 겪게 되며, 이러한 노화로 인한 기능적 능력의 감소 역시 노인의 웰빙에 중요하게 영향을 미치기 때문이다. 이에 WHO는 고령화에 대한 건강정책의 목표로서 건강노화(healthy ageing)라는 개념을 제시하였다. 건강노화란 ‘노인의 웰빙을 가능하게 하는 기능적 능력을 개발하고 보존하는 과정’으로 정의된다(WHO, 2015). 즉, 질병 상태뿐 아니라 건강노화를 통해 기능상태장애 발생을 후기노년기로 연기시킴으로써 진정한 불건강 압축 달성이 필요함을 강조한 것으로도 해석할 수 있다.

[그림 2-1] 불건강의 압축 시나리오



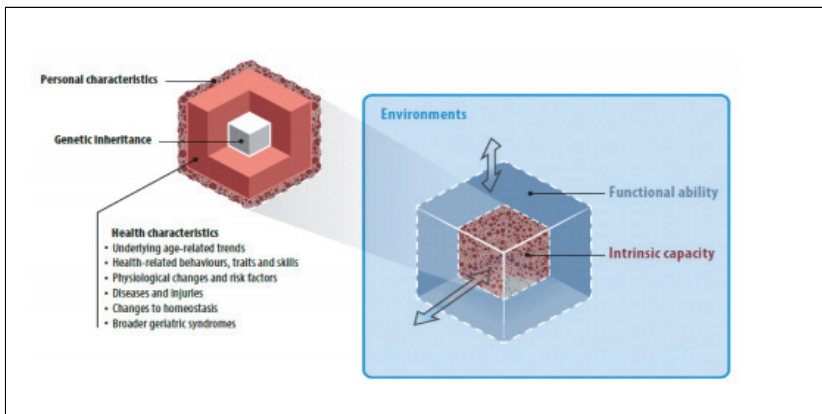
자료: Fries, J. F., Bruce, B., & Chakravarty, E.(2011). Compression of morbidity 1980-2011: a focused review of paradigms and progress. *Journal of aging research*. 2011, 1-10. p.2. 재인용.

건강노화는 단순히 노인의 건강이나 삶에 개입하는 것만으로 달성될 수 없으며, 생애과정과 건강의 사회적 결정요인에 대한 고려가 필수적으로 요구된다(김창엽 외, 2015, p.7). 개인의 기능적 능력은 유전적 소인이나 건강 관련 습관, 질병, 손상과 같은 건강 특성뿐 아니라 사회적 관계 형성과 유지, 기본적 욕구 충족 등 개인의 삶에 영향을 미치는 모든 외적 요인들에 의해 영향을 받기 때문이다(김남순 외, 2016, p.18). 따라서 개인의 특성과 그들이 속한 환경과의 상호작용에 따라 개인의 노화과정은 상이한 궤적을 그릴 것으로 예상해볼 수 있다(김남순 외, 2016, p.20). 관련하여 국외에서 수행된 최근 연구를 살펴보면 Hsu & Jones(2012)에서는 다차원적 건강을 신체 및 인지 분야를 뛰어넘어 사회적, 경제적 측면까지 고려하였다. 출생코호트를 두 집단으로 분류하여 만성질환, 기능제한, 우울, 사회적 관계망, 사회참여, 경제적 만족도 측면에서 종단궤적

28 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

분석을 실시한 결과 공통적으로 성공적 노화형, 건강악화형, 돌봄요구형이 도출되었으며, 이전 출생코호트에서는 평균 노화형이, 최근 출생코호트에서는 불확실 노화형이 도출되는 등 코호트에 따라 차별화된 변화궤적을 나타냈다. Ferraro, Guaita, & Villani의 연구에서는 건강의 주요 측면으로 인지기능, 보행속도, 일상생활기능제함에 따른 분석을 실시하였다. 그 결과 건강형(70.2%), 인지기능 및 보행속도 저하형(25.5%), 건강저하형(4.3%)이 도출되었고 인구사회학적 특성에 따른 차이를 보였다. Hsu, Luh, Chang, & Pan(2013)에서는 건강행동을 중심으로 분석을 실시하였으며 성별에 따른 차이가 발견되었다. 남성 노인은 흡연군, 비운동군, 건강생활군, 흡연·음주군, 건강생활이동군으로, 여성 노인은 흡연군, 비운동군, 건강생활군으로 분류되고 있어 성별에 따른 생활양식 차이가 축적되어 나타난 결과로 볼 수 있다. 일련의 결과는 앞서 언급한 바와 같이 개개인의 삶의 특성이 축적되어 나타난 양상으로 생애과정을 반영한 논의가 필요함을 재차 시사한다.

[그림 2-2] 건강노화의 핵심 요소



자료: WHO. (2015). World report on ageing and health. p.28. [그림 2-1] 재인용.

2. 노년기 건강 불평등에 대한 생애과정 접근¹⁾

가. 노년기 건강 불평등에 대한 이해

House(2002)는 앞서 언급한 불건강의 압축이 사회계층에 따라 차등적으로 이루어진다고 하였다. 즉, 사회경제적으로 유리한 위치에 있는 사람은 만성질환이나 기능장애의 발생이 늦춰져서 결과적으로 불건강의 압축을 달성하지만, 사회경제적 위치가 낮은 사람은 이에 실패하고 있다고 본 것이다. 관련하여 많은 선행연구에서는 연령에 따라 사회경제적 건강 불평등의 크기에서 차이가 있음을 보이고 있는데, 불평등의 크기가 성인 초기에는 작다가 중장년기 및 노년 초기에는 크고 노년 말기에는 다시 줄어든다고 보고한다. 노년 말기에 건강 불평등의 크기가 줄어드는 현상은 생애 말기로 감에 따라 사회경제적 위치와 관계없이 대부분 노쇠한 생물학적 건강상태를 갖게 되면서 건강 격차가 줄어들기 때문에 생기는 것으로 이해할 수 있다(정연 외, 2007, p.382). 노년기 건강 불평등은 결국 불건강의 압축이 사회경제적 위치에 따라 차등적으로 이루어짐을 드러내는 것이라 볼 수 있을 것이다.

비슷한 맥락에서 Elder, Johnson, & Crosnoe(2003)도 노년기 건강 불평등의 발생을 노화과정에서의 사회계층효과로 설명한다. 사회경제적 위치가 낮은 사람들은 평균적인 노화 수준 이상의 노화속도나 정도를 보인다는 것이다. 하지만 이들은 이 외에도 생애과정에 따라 경험하는 건강

1) 생애주기적 관점과 생애과정 관점을 엄밀한 의미에서 분리하여 설명하는 학자도 있으나, 두 관점(이론)은 서로 다른 삶의 궤적 및 경로를 가진 노화과정과 삶의 진행 방향을 설명한다는 점에서 공통점을 지니며 상호보완적으로 활용됨(장숙량, 2013). 아울러 생애과정 관점이 생애주기(life cycle) 또는 생애단계(life stage)를 기반으로 한 개인의 삶의 궤적을 논의한다는 점에서, 본 연구에서는 생애주기적 관점의 큰 틀 내에서 생애과정 접근을 주축으로 한 건강 불평등에 관한 이론적 논의를 살펴봄.

문제의 분포와 종류, 그리고 노년기에 형성되어 있는 사회적 관계망 역시 사회경제적 위치에 따른 차이가 있고, 이러한 요인들이 결과적으로 노년기 건강 불평등을 유발할 수 있다. 즉, 이상의 요인들, 노년기 사회계층효과나 생애과정의 건강문제, 노년기 사회적 관계망의 효과 등은 서로 배타적이라기보다 중복적으로 노년기 건강 불평등에 작용할 수 있다(장숙량, 2013, p.112). 특히 이 같은 요인들의 영향은 단순히 우연하게 발생하지 않으며 특정 경로 또는 맥락에 따라 가증될 수 있다. 따라서 건강 불평등을 발생시키는 메커니즘을 밝히는 작업이 무엇보다 중요하다.

나. 노년기 건강 불평등에 대한 이론적 모형

노년기 건강 불평등에 대한 이해는 생애과정 접근을 기초로 한다. 생애과정 접근은 개인이 겪어온 다양한 생애 경로를 인정하고, 경로를 통한 다각적인 영향을 고려하는 관점을 의미한다(장숙량, 2013, p.111).

생애과정 관점이 비단 건강에서만 중요한 것은 아니다. 노년기 사회경제적 불평등을 이해하는 틀로서도 생애과정 관점은 중요하게 활용되며, 생애과정 관점의 불평등 가설은 크게 지위 균등화 가설, 지위 유지 가설, 누적 이익(불리) 가설로 구분된다. 지위 균등화 가설(status leveling hypothesis)은 노년기가 되면 이전 시기에 비해 사회적 지위의 영향력과 소득 격차 등이 감소하고, 저소득층에 상대적으로 관대한 공적 이전 프로그램 등을 통해 불평등이 감소한다고 주장하는 가설이다. 이에 반해 지위 유지 가설(status maintenance hypothesis)은 계층화된 사회체계 안에서 개인의 사회적 지위나 중년기에 확립된 소득 및 자산의 불균등한 분포가 바뀌지 않는다고 가정하는 가설이다. 마지막으로 누적 이익(불리) 가설(cumulative advantage/disadvantage hypothesis)은 생애과정

전체에 걸쳐 이익과 불리함이 누적된다고 보는 것으로, 노년기의 변화들이 생애과정 전체를 함축하고 있다는 관점이다(김창엽 외, 2015, p.190). 사회경제적 위치에 따른 노년기의 건강 차이가 생애 초기부터 시작되는 사회경제적 요인들의 지속적이고 누적적인 영향에 의해 발생하는 것으로 설명되며(이현주, 정은희, 2016, p.56), 노년기 건강 불평등을 설명하는 유용한 틀로 활용된다.

누적 이익(불리) 가설에 근거한 노년기 건강 불평등 설명 모형은 생애 초기 조건이 이후 사회적 환경 속에서 어떻게 건강에 영향을 주는가에 따라 네 가지 모형으로 구분된다.

첫째, 민감 시기 모형(sensitive periods model) 혹은 결정적 시기 모형(critical periods model)은 다른 시기보다 특정 시기에 노출되는 것이 건강에 결정적인 영향을 준다고 설명하는 모형이다. 다른 시기에도 노출이 존재하지만 그 효과가 없고 특정 시기에 노출될 경우에만 그 효과가 커지는 것을 의미한다. 예를 들어, 특정 임신시기에 복용한 약물에 의해 태아 기형이 유발되는 것, 사춘기 굶주림 경험이 노년기 당뇨 발병 가능성을 높이는 것 등이 여기에 해당한다(장숙량, 2013, pp.112-114).

둘째, 위험 축적 모형(accumulation of risk model)은 질병의 위험 요인이나 보호요인이 생애과정에 걸쳐 축적되며 이러한 요인들이 건강에 독립적인 영향을 줄 뿐 아니라 서로 연결되어 장기적이고 점진적인 영향을 줄 수 있다고 설명한다.

셋째, 사회적 경로 모형(social pathway model)은 생애 초기 사회경제적 지위가 성인기 이후의 사회경제적 지위에 영향을 주고 이것이 성인기 이후의 건강에 영향을 준다고 보는 모형이다. 단, 생애 초기 조건이 성인기 이후 건강에 직접적인 영향을 미치는 것은 아닌 것으로 해석한다.

마지막으로, 사회적 이동 모형(social mobility model)은 사회경제적

지위의 이동을 통해 생애 초기 사회경제적 조건의 영향력이 바뀔 수 있다고 하는 모형이다(이현주, 정은희, 2016, p.56).

이상의 모형들은 서로 배타적이라기보다 오히려 동시에 발생한다고 보는 것이 타당하다. 생애 초기를 비롯한 각 시기의 위험요인은 추후 질환의 위험요인으로 작용하여 생리적 손상을 증가시킬 수 있다. 나아가 유년기의 사회경제적 위치는 성년기와 중장년기의 사회경제적 지위를 결정하는 선행요인으로 작용하여 노년기 건강에 직·간접적인 영향을 행사할 수 있기 때문이다(장숙량, 2013, p.113).

따라서 이러한 생애주기적 관점에 기반한 노년기 건강 불평등에 대한 이해는 개개인의 결정적 발달시기의 고려와 누적되어온 사회적, 환경적 노출요인의 영향을 고려하는 것에서부터 출발한다. 특히 노년기에 발생하는 변화·생물학적 노화뿐 아니라 개인적, 사회적 자원(기능) 감소에 따른 변화 등은 이전 생애주기에서 경험하지 못하였을 가능성이 높다. 그러므로 노년기의 특수성뿐 아니라 생애과정 동안 누적되어온 사회구조적 측면을 동시에 이해하는 것이 중요하다. 나아가 정책이 건강에 미치는 영향이 정책 시행의 시기, 빈도, 강도 등에 따라 즉각적이지 않고 지연될 수 있다는 점, 또한 사회정책의 건강에 미치는 영향이 인구집단에 따라 차등적일 수 있다는 점에 대한 고려 역시 노년기 건강 불평등을 이해함에 있어 중요한 부분이다(Nancy et al., 2019, p.51).

〈표 2-1〉 생애주기적 관점에 기반한 노년기 건강 불평등 이론 모형

모형	주요 내용
민감 시기 모형	<ul style="list-style-type: none"> • 생애주기 중 특정 시기의 노출이 이후의 건강 수준에 결정적인 영향을 준다는 관점 • 생애 초기 건강위험요인 노출에 따른 생물학적 반응에 주목 • 생애 초기 사회경제적 불평등과 부정적인 노출의 최소화가 중요
위험 축적 모형	<ul style="list-style-type: none"> • 생애과정에 걸친 지속적인 불이익이 건강에 부정적인 영향을 미친다는 관점. 즉, 각 시기의 위험요인이 추후 질환의 위험요인으로

모형	주요 내용
	작용 • 전 생애에 걸친 사회 구조적 불평등에 대한 개입이 중요
사회적 경로 모형	• 생애 초기 사회경제적 지위가 성인기 이후의 사회경제적 지위에 영향을 미침으로써 성인기 이후의 건강에 영향을 준다는 관점 • 생애 초기의 부정적 노출보다는 성인기의 부정적 노출이 건강에 영향을 미친다고 봄
사회적 이동 모형	• 사회경제적 지위의 이동을 통해 생애 초기 사회경제적 조건의 영향력이 바뀔 수 있다는 관점 • 이전의 궤적보다는 사회경제적 위치의 변화 정도와 그 방향성이 중요하다고 봄

주: 이현주, 정은희. (2016). pp.55-57. 장숙량. (2013). pp.112-113을 참고하여 연구자 작성.
 자료: 1) 이현주, 정은희. (2016). 생애과정의 사회경제적 지위와 노년기 건강: 초기 성인기 및 중년기 사회경제적 지위의 다중매개효과. 보건사회연구, 36(3). pp.53-84.
 2) 장숙량. (2013). 노년기 건강 불평등의 생애과정 접근. Annals of geriatric medicine and research, 17(3). pp.111-117.

다. 노년기 건강 불평등 발생기전

1) 노년기 건강 불평등 영향요인

노년기 건강 불평등에 대한 논의는 개인의 특성과 불평등을 초래하는 사회구조적 요인 간 상호작용을 이해하는 작업으로부터 출발한다(지은정, 2011; 김창엽 외, 2015).

따라서 노년기 건강 불평등과 관련한 다수의 연구 결과는 사회구조적 요인, 즉 사회경제적 위치에 따른 건강 수준의 차이를 일관되게 보고한다. 타 연령계층과 마찬가지로 노년기 역시 사회경제적으로 불리한 조건에 처해 있을수록 만성질환 및 기능장애 유병률 등과 같은 객관적 건강지표뿐 아니라 자기보고 건강상태와 같은 주관적 건강지표 모두 열악한 상태로 보고되며, 나아가 사망률 역시 높은 것으로 나타난다(김창엽 외, 2015; 정최경희, 김명희, 하랑경, 김미란, 2018).

구체적으로 건강 불평등을 야기하는 구조적 요인으로 결부되는 사회적

제적 특성은 대체로 소득, 교육, 직업 등이며, 이 외 개인적 특성인 성별, 연령, 지역 등의 인구사회학적 요인, 가족 및 사회적 관계, 건강행태 등과 관련한 것들 역시 영향요인으로서 간주되고 있다(김진구, 2011; 김영선, 2012; 김동진 외, 2013; 장수지, 김수영, 2016; 임현지, 황인혜, 이철승, 2021; 김새봄, 최송식, 2022; Lallo & Raitano, 2018; Riumallo-herl, Canning, & Kabudula, 2019; Dannefer, Han, & Yu, 2021).

우선 성별은 많은 연구에서 노인 건강의 결정요인이자 다른 요인들의 건강 영향을 조절하는 변수로 다루어졌다. 성별에 따라 노인의 신체활동 수준, 건강행태, 인지기능, 우울수준 등에서 차이를 보였으며(이현주, 강상경, 2011; 이영희, 2011; 오두남, 김선호, 정미영, 2012), 신체건강 및 정신건강, 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인들도 성별에 따라 차이를 보였다(강혜원, 조영태, 2007; 전경숙, 2008; 이승희, 2013; 조정민, 2019).

또한 연령이 높아질수록 노화로 인해 대체로 신체적, 정신적 건강 수준이 낮고 자신의 건강상태를 부정적으로 평가하는 비율이 높다고 알려져 있다(이현주, 2013). 나이가 교육수준이 높을수록 건강정보이해능력, 주관적 건강 수준, 건강 관련 삶의 질, 규칙적 운동과 같은 좋은 건강행태의 비율은 높았고, 활동제한이나 우울수준은 낮게 나타나는 경향을 보였다(허재현, 조영태, 2008; 손신영, 2009; 강상경, 부가청, 2010; 염지혜, 박준식, 김동현, 2012; 김영선, 박병현, 이희운, 2014; 임현지 외, 2021; 김새봄 외, 2022).

소득수준은 사회경제적 위치를 반영하는 대표적 지표로서 여러 연구에서 활용된다. 노후빈곤이 단순히 개인의 경제적 상태를 의미한다는 것에서 벗어나, 주관적 건강상태, 정신건강, 건강증진행위에 부정적인 영향을 미친다는 점에서 건강 불평등과 관련한 다수의 연구를 통해 논의되고 있

다(김진현, 원서진, 2011; 김자영, 2014; 김태완, 이주미, 정진욱, 2015; 김형관, 이상록, 2021; Pirani, Salvini, 2012; Arcaya, Arcaya, & Subramanian, 2015; Dannefer et al., 2021).

직업의 경우, 경제활동 유무뿐 아니라 노동 경력(노동시장에서의 안정성, 종사상 지위, 근로기간 등)에 따른 건강 수준 및 건강행태의 차이가 있음이 보고되었다(김영아, 곽은혜, 2021; Devillanova, Raitano, & Struffolino, 2019; Giudici & Davide, 2019). 노동 경력은 앞서 살펴본 소득수준에도 영향을 미치는 요인으로 건강 불평등을 살펴봄에 있어 다수의 연구에서 주요하게 다루어지고 있다.

거주지역과 노인의 건강 수준 간 관련성을 탐색한 연구의 경우, 도시와 농촌 간 건강 격차뿐 아니라 수도권과 비수도권 간 격차, 지역의 경제수준이나 개인이 인지한 지역 특성이 노인의 건강 수준에 미친 영향 등이 보고된 바 있다(염지혜, 2013; 이윤정, 2015; 김진영, 2018). 단, 다른 영향요인들과 달리 거주지역의 경우, 건강에 미치는 영향에 대한 논의가 보다 다면적이다. 즉, 지역을 개인에게 미치는 영향으로 해석할 것인가(맥락효과), 개개인이 모여 구성된 집단의 특성(구성효과)으로 해석할 것인가에 대한 연구들로 구분되어 논의가 진행 중이다. 지역을 개인이 보유한 특성이나 자원으로 간주하는 것에 한계가 있을 수는 있으나, 의료적 접근 등이 행해져야 할 때 해당 지역의 자원이 개인의 잠재적 자원으로 기능할 수 있다는 점에서(이미숙, 2009) 거주지역이 갖는 의미가 있다. 나아가 최근 연구 동향 등을 비추어볼 때, 거주지역은 개인의 건강권에 영향을 미치는 정책적 개입 단위로서 의미(Arcaya et al., 2015)가 있음이 강조될 필요가 있고, 지역 특성 및 환경에 따라 건강권을 행사할 수 있는 제반 여건이 달라질 수 있다는 점에서 건강 불평등과 관련해서 간과되어서는 안 될 요인이라 하겠다.

가구형태나 가족 간 관계와 같은 사회적 관계망 역시 노인의 건강 수준 차이를 유발하는 요인으로 평가된다. 건강과 마찬가지로 사회적 관계망 역시 생애주기에 따라 누적되는 구성물로, 이전 생애주기의 영향을 강하게 받는 특성을 지니며 노년기에 지니는 의미가 크다. 다수의 연구들은 사회적 관계망이 강한 경우 - 질적인 의미를 담보하진 않으나 - 동거가구의 노인이 독거노인에 비하여 신체적 및 정신적 건강 수준, 건강행태 등이 양호한 것으로 보고한다(김진구, 2011; 김예성, 2014; Pirani et al., 2012). 이 외의 큰 틀에서 사회참여활동이나 사회적 관계망을 어떻게 형성하고 있는가 등의 요인 역시 건강에 정적인 영향을 미치는 것으로 나타난다(임소영, 강민아, 조성일, 2013; 백옥미, 2014; Pirani et al., 2012).

한편 운동이나 금연, 금주, 균형 잡힌 식생활 등과 같은 개인의 건강행태 역시 건강에 직·간접적 영향을 미치는 요인으로 평가된다(이미숙, 2009; 김동진 외, 2017; 2019). 건강행태는 어떠한 방향으로 수행되는가에 따라 건강 수준을 향상시키는 요인(보호요인)으로도, 저해하는 요인(위험요인)으로도 작용할 수 있다. 또한 직접적으로 건강 수준에 영향을 미칠 뿐 아니라 앞서 살펴본 사회구조적 요인이나 인구사회학적 요인과 결부되어 더 큰 영향력을 행사할 수 있다는 점에서 건강 불평등과 관련하여 유념해서 해석해야 할 지점이 있다. 무엇보다 건강행태의 경우, 개인의 행위로서의 성격을 넘어 보건의료 및 건강보장정책의 결과물로서 기능한다는 점 역시 고려되어야 한다.

〈표 2-2〉 노년기 건강 불평등 영향요인

영향요인	주요 연구 결과	
인구사회학적 요인	성별	• 성별에 따른 건강 수준의 차이
	연령	• 연령 증가에 따른 건강 수준과의 부적 관계(-)
	거주지역	• 도시-농촌/수도권-비수도권 등 지역의 의료자원 접근 성 등에 따른 건강 수준의 차이 보고
	사회적 관계망	• 사회적 관계망 크기(또는 지지자원 유무)에 따른 건강 수준, 건강행위와의 정적 관계(+)
사회구조적 요인	교육수준	• 교육수준에 따른 건강 수준, 건강행위와의 정적 관계(+)
	소득	• 소득수준에 따른 건강 수준, 건강행위와의 정적 관계(+)
	직업	• 종사상 지위, 노동시장에서의 안정에 따른 건강 수준, 건강행위와의 정적 관계(+)
중개요인	건강행위 (금주, 금연, 운동, 식생활 등)	<ul style="list-style-type: none"> • 건강 수준에 직·간접적 영향을 미칠 수 있는 요인으로, 보호요인/위험요인으로 기능 • 개인의 선택적 행위일 뿐 아니라 제도적 영향을 받는 요인으로 기능

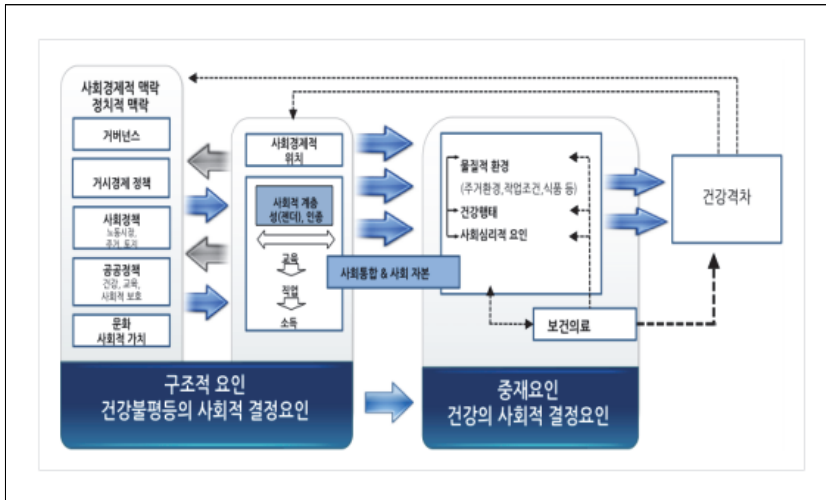
주: 본문 내용을 요약함.

2) 노년기 건강 불평등 발생기전

건강 불평등 발생기전은 학자마다 강조하고자 하는 바에 따라 다양하게 제시되고 있다. 예를 들어, Diderichsen & Hallqvist(1998)는 건강 불평등 완화를 위한 단계별 진입 지점을 강조하고 있으며, Marmot & Wilkinson(1999)은 건강 불평등의 발생기전으로 생물학적 요소와 사회 구조를 주요 요소로 제시하였다. 한편 Kaplan & Lynch(1999)는 심혈 관계 질환에서의 불평등 발생기전을 제시하면서 근원적 예방을 위한 정치, 경제, 사회적 맥락을 강조하였다(김동진 외, 2013, pp.81-86 재인용). 이러한 내용을 토대로 세계보건기구의 건강의 사회적 결정요인위원회에서는 건강 불평등 발생기전을 다음과 같이 제시하였다. 이 모형에서는 건강에 영향을 미치는 중재요인과 구조요인, 사회경제적·정치적 맥락을 구분하고 각 결정요인들이 서로 어떻게 연결되는지 제시하고 있다. 해

당 모형에 따르면 거시경제, 정부의 복지·분배 정책 등은 사회적 계층화에 영향을 미치고, 이때 만들어진 사회경제적 지위와 계급이 건강 불평등의 근본 원인에 해당한다고 한다. 이러한 사회계층화는 물리적·생물학적·사회심리적 건강 위해요인에 대한 폭로와 취약성에 영향을 미치고 건강행태나 보건의료서비스 이용과 같은 중재요인에도 영향을 미침으로써 건강 격차가 나타난다고 강조한다(김동진 외, 2013, p.101).

[그림 2-3] WHO가 제시한 건강 불평등 발생기전



주: 김동진 외. (2013). 한국의 건강 불평등 지표와 정책과제. 서울: 한국보건사회연구원. p.99. [그림 3-11] 재인용.

자료: 1) WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization.

2) 김동진 외. (2013). 한국의 건강 불평등 지표와 정책과제. 서울: 한국보건사회연구원.

노인의 경우, 앞서 건강 불평등의 개괄적 논의에서 살펴본 바와 같이 발생기전을 고려함에 있어 생애과정 관점을 염두에 둘 필요가 있다. 현재의 건강 수준 격차(또는 불건강기간의 격차)가 특정 시점에 국한된 것이

아니라는 점에서 전 생애주기에 걸쳐 발현되는 사회구조적 요인 및 증개 요인이 미치는 영향을 이해해야 할 것이다.

본 연구에서는 생애주기를 관통한 노년기의 건강 격차를 이해하기 위해 노년기로 접어드는 과정에서 발현되는 건강 수준의 차이, 즉 불건강기간의 격차가 어떻게 나타나는가와 이 같은 차이를 유발하는 요인을 [그림 2-4]와 같이 살펴보고자 한다.

주지의 논의와 같이 건강 수준 격차를 야기하는 일차적 요인으로는 사회경제적 특성 및 주요 생애사건 등의 영향을 고려할 필요가 있다. 다만 사회구조적 요인의 다수는 노년기에 접어든 시점에서 개인의 노력 여하에 따라 변화(또는 개선)될 수 있는 여지가 적을 수 있고 건강에 국한된 지원을 뛰어넘어 사회보장 전반에서 고려되어야 할 측면이 있다. 따라서 사회구조적 요인에 한정된 논의만으로는 노년기 건강 불평등에 대한 종합적 이해가 어렵다는 측면에서 증개요인을 어떻게 포함시킬 것인가가 중요하다. 본 연구에서는 그간의 논의를 바탕으로 개인 및 지역수준에서 증개요인을 고려하고자 한다. 구체적으로 기존의 논의들에서 강조된 바대로 개인수준에서는 어떠한 건강행태(실천행위)를 보이고 있는가의 차원에서, 지역수준에서는 어떠한 형평적인 보건의료서비스에 대한 공급이 이루어지고 있는가의 차원에서 살펴보고, 궁극적으로 건강노화에 이르는 과정에서 어떠한 차이가 발현되는가에 초점을 맞추고자 한다.

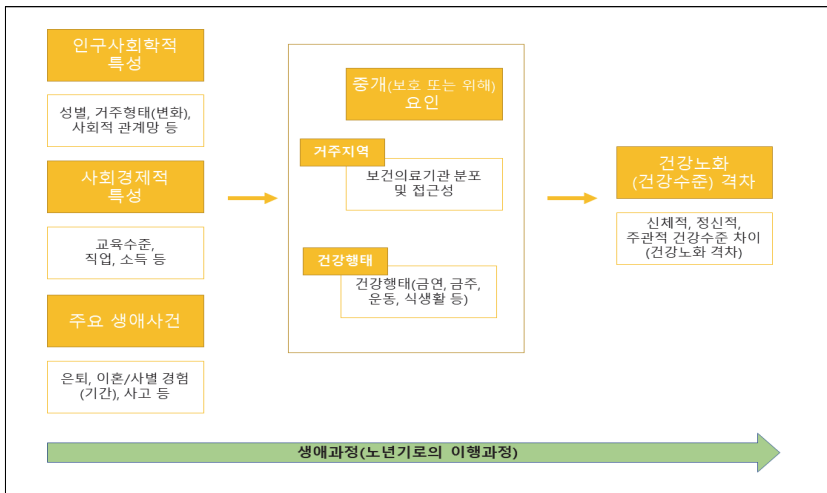
즉, 건강 불평등의 개념적 정의를 고려하여 현재의 건강 격차가 발생하는 과정을 사회구조적 측면과 증개적 측면에서 밝히고자 하며, 특히 피할 수 있거나 불필요한 차이, 나아가 정책적 개입을 통해 개선될 수 있는 요인을 밝혀내는 것에 주안점을 두었다. 특히 지역적 차원의 건강 불평등은 의료 접근성의 평등에 기인한 것으로 필요시 동등한 이용 권리가 보장되는가와 관련되며(김동진, 윤희피, 이정아, 채희란, 2014), 이는 정책적으

40 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

로 공급 측면에서 장애요인이 있는지, 그리고 이러한 장애요인이 건강 격차 유발에 어떠한 맥락으로 작용하는가를 파악하기 위함이다.

아울러 논의의 전 과정에서 노년기를 세분화하여 살펴볼 필요가 있다. 노년기라는 하나의 생애주기로 통칭될지라도 정책적 준거로 주로 활용되는 연령구분(예비, 전기, 후기 노년기)에 따라 경험하는 사회경제적 문화와 생애사건, 제도 및 정책적 경험 등이 상이할 수 있다는 점에서 이를 구분하여 살펴봄으로써, 노년기의 전 생애과정에서 또는 생애주기별로 특화된 개입이 강조되어야 할 지점 등에 대한 시사점을 함께 얻고자 한다.

[그림 2-4] 노인의 건강 불평등 발생기전



자료: 연구자 작성.



제3장

건강 및 보건의료정책(서비스) 분석

제1절 건강 및 보건의료정책(서비스) 동향

제2절 건강 및 보건의료정책(서비스) 이용 실태

제3절 소결

제 3 장 건강 및 보건의료정책(서비스) 분석

제1절 건강 및 보건의료정책(서비스) 동향

건강 및 보건의료정책에 근거한 개별 정책들뿐만 아니라 다양한 정책 분야별 기본계획이 수립 및 운영되고 있다. 이 절에서는 현재 시행 중인 건강 및 보건의료정책을 건강 불평등 관점에서 검토하였다. 이를 위해 전 생애주기를 대상으로 운영되는 건강 및 보건의료 관련 주요 기본계획을 분석하고, 나아가 노인을 중심으로 한 건강 및 보건의료정책을 검토하였다. 구체적으로 건강 및 보건의료정책의 목표, 대상, 내용 등에 대한 분석을 통해 건강 불평등 완화를 위한 정책적 접근 수준을 진단하고자 한다.

1. 건강 및 보건의료 관련 주요 기본계획²⁾

정부는 국민의 건강한 삶을 위해 중장기적 시계를 가지고 영역별 기본계획을 마련하며, 기본계획을 통해 다양한 정책을 추진 중이다. 건강과 관련된 기본계획은 건강증진, 보건의료, 건강보험, 영양, 건강검진 등 다양한 영역에서 수립되었으며, 개별 계획별로 주안점을 달리한다.

2002년에 처음 시작된 국민건강증진종합계획은 현재 5차 연도 계획까지 발표되었으며, 건강수명 연장 및 건강 형평성 제고라는 목표하에 건강과 관련된 다차원적 측면에서의 정책을 포함하고 있다(보건복지부 건강정책과, 질병관리청 건강위해대응과, 2021.1.27.). 제5차 국민건강증진

2) 본 보고서 <표 3-1>의 내용을 바탕으로 작성함.

종합계획에는 ① 건강생활실천, ② 정신건강관리, ③ 비감염성 질환 예방관리, ④ 감염 및 기후변화성 질환 예방관리, ⑤ 인구집단별 건강관리, ⑥ 건강친화적 환경 구축이라는 추진 전략에 따라 영역별 정책이 담겨 있다. 즉, 국민건강증진종합계획은 전 생애에 걸쳐 건강증진행위 실천-질병예방-건강친화적 환경 구축과 같은 일련의 ‘건강증진 제고’에 초점을 맞춘 계획이다.

2016년에 시작된 공공보건의료기본계획은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하고 체계적으로 정책을 추진하기 위해 수립된 기본계획이다(보건복지부, 2021.6.2.). 2차 공공보건의료기본계획에서는 ① 필수의료 제공체계 확충, ② 공공보건의료 역량 강화, ③ 공공보건의료제도 기반 강화와 같이 공공보건의료의 인프라 및 인력에 대한 내용을 중심으로 ‘필수 보건의료의 보편적 보장’을 주요 정책으로 다루고 있다.

국민건강보험종합계획은 건강보험 중기 보장성 강화 계획(제1차 '05~'08/제2차 '09~'13/제3차 '14~'18) 이후 법개정을 통해 2019년부터 수립되었으며, 현재 제1차 계획이 진행 중이다(보건복지부, 2019.5.). 국민건강보험종합계획은 건강수명 연장과 건강보험 보장률 향상이라는 정책 목표 아래 ① 평생건강을 뒷받침하는 보장성 강화, ② 의료 질과 환자 중심의 보상 강화, ③ 건강보험의 지속가능성 제고, ④ 건강보험 신뢰 확보 및 미래 대비 강화라는 전략에 따라 정책이 추진되고 있다.

국민영양관리기본계획은 2012년부터 진행되었으며, 현재 진행 중인 제3차 계획에 따라 관련 정책들이 추진되고 있다(보건복지부, 2022.6.). 국민의 건강한 식생활실천을 중점으로 영양관리에 집중하고 있는 본 계획은 ① 국민의 식생활 변화 인식 제고 추진, ② 건강한 식생활 선택을 위한 환경 조성, ③ 생활밀착형 영양관리맞춤서비스 강화, ④ 영양관리 기반 내실화를 위한 근거 강화 및 인프라 확충을 중심으로 한 전략에 따라 정책이 추진되고 있다.

마지막으로 국가건강검진종합계획은 2011년 제1차 계획을 시작으로 검진대상 및 인프라 확대와 질병의 관리수준 향상 등을 중심으로 하여 관련 정책이 추진된 바 있다(관계부처합동, 2021.6.9.). 현재 추진 중인 제3차 국가건강검진종합계획은 국가건강검진의 신뢰성, 검진 결과 활용성 향상이라는 목표 아래 ① 부담 없고 편리한 건강검진, ② 믿을 수 있는 건강검진, ③ 건강생활실천을 이끄는 건강검진, ④ 국가건강검진 관리 기반 강화라는 네 가지 전략에 따라 정책이 추진되고 있다.

〈표 3-1〉 건강 및 보건의료 관련 기본계획

기본계획명	최근 차수	기간	추진 방향/전략
국민건강증진 종합계획	제5차	2021~2030 (10년)	-건강생활실천 -정신건강관리 -비감염성 질환 예방관리 -감염 및 기후변화성 질환 예방관리 -인구집단별 건강관리 -건강친화적 환경 구축
공공보건의료 기본계획	제2차	2021~2025 (5년)	-필수의료 제공체계 확충 -공공보건의료 역량 강화 -공공보건의료제도 기반 강화
국민건강보험 종합계획	제1차	2019~2023 (5년)	-평생건강을 뒷받침하는 보장성 강화 -의료 질과 환자 중심의 보상 강화 -건강보험의 지속가능성 제고 -건강보험의 신뢰 확보 및 미래 대비 강화
국민영양관리 기본계획	제3차	2022~2026 (5년)	-국민의 식생활 변화 인식 제고 추진 -건강한 식생활 선택을 위한 환경 조성 -생활밀착형 영양관리맞춤서비스 강화 -영양관리 기반 내실화를 위한 근거 강화 및 인프라 확충
국가건강검진 종합계획	제3차	2021~2025 (5년)	-부담 없고 편리한 건강검진 -믿을 수 있는 건강검진 -건강생활실천을 이끄는 건강검진 -국가건강검진 관리 기반 강화

자료: 1) 보건복지부 건강정책과, 질병관리청 건강위해대응과. (2021.1.27.). 모든 정책에 건강을 담아 지역 간, 소득 간 건강 격차 완화한다! 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, '21~'30) 수립·발표. 보건복지부 보도자료. Retrieved from <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156434040>에서 2023.8.30. 인출.

- 2) 보건복지부. (2021.6.2.). 제2차 공공보건의료기본계획(2021-2025).
- 3) 보건복지부. (2019.5.). 제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023).
- 4) 보건복지부. (2022.6.). 제3차(2022~2026년) 국민영양관리기본계획.
- 5) 관계부처합동. (2021.6.9.) 제3차('21~'25년) 국가건강검진종합계획.

지금까지 제시한 건강 및 보건의료 관련 기본계획들은 전 생애주기를 포함하여 운영되는 정책과 인구집단별 특성에 따라 차등화된 내용을 담은 정책들로 구분되어 운영 중이다. 또한 계획별 주안점에 따라 추진하는 내용을 달리한다. 국민건강증진종합계획은 예방 및 건강관리를, 공공보건의료기본계획은 필수의료인프라 및 인력을, 국민건강보험종합계획은 건강보험 보장성을, 국민영양관리기본계획은 영양관리를, 국가건강검진종합계획은 건강검진을 중심으로 수립되어 건강과 관련된 다차원적 측면에서의 개입이 가능하도록 하고 있다.

2. 국민건강증진종합계획

본 연구에서는 건강 및 보건의료 관련 다양한 기본계획 중 ‘국민건강증진종합계획’에 집중하고자 한다. 국민건강증진종합계획에는 질병예방 및 건강관리, 건강친화적 지역사회환경 구성 등 타 기본계획에 비해 건강과 관계된 보다 광범위한 정책이 포괄되어 있다. 또한 삶의 과정에서 누적되어 발견되는 건강의 특성을 고려하여 질병예방부터 관리, 지역사회자원 연계까지 다루어지고 있으며, 제2차 국민건강증진종합계획(‘06~10)부터 ‘건강 형평성’이 계획의 주요 목표로 제시되어 있어 본 연구의 주제인 건강 불평등을 논하기 적절하다고 보았다.

국민건강증진종합계획은 5년 단위로 수립되는 계획이지만, 제3차 종합계획은 Health Plan 2020에 따라 10년 단위의 장기적 계획으로 수립되었다. 2021년부터 시작된 제5차 종합계획 역시도 Health Plan 2030에 따라 10년 단위의 장기적 계획으로 수립되었으며, 그 과정에서 제4차 종합계획은 제3차와 제5차 사이의 5년 단위로 구성된다. Health Plan 2020은 ‘온 국민이 함께 만들고 누리는 건강한 세상’이라는 비전하에 건

강수명 연장과 건강 형평성 제고를 목표로 한다. Health Plan 2020에서는 건강생활실천, 만성퇴행성질환관리, 감염질환관리, 안전환경보건, 인구집단건강관리, 사업체계관리 차원에서 건강증진정책에 접근한다. Health Plan 2010에 비해 건강 형평성에 대한 접근을 보다 강화하였으며, 기존 계획과 비교하여 인구집단별 건강관리 대상으로 장애인, 다문화가족 등을 새로 추가한 점 역시 차별적이다. 또한 분야별로 건강 형평성 지표를 선정하여 건강 형평성 수준을 측정하였으며, 공통적으로 건강 형평성 문제가 제기되는 취약계층을 인구집단별 건강관리 분야에서 별도의 중점 과제로 추가하는 등 건강 형평성을 보다 강조하기 시작하였다(보건복지부, 2011). 그러나 대부분의 전략들이 일부 취약계층에만 집중되어 있고, 건강 형평성과 관련하여 추상적 수준의 목표만 제시되고 있는 점, 타 사업과제들과의 연계가 부족하다는 점 등은 비판을 받고 있다(김명희, 이주희, 2013).

Health Plan 2030인 제5차 국민건강증진종합계획은 ‘모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회’라는 비전하에 Health Plan 2020과 같이 건강수명 연장과 건강 형평성 제고를 목표로 한다. Health Plan 2020과 비교하여 정신건강관리 측면을 강조하였으며, 사회적 변화를 고려하여 기후변화성 질환을 신규로 제시한 점 역시 특징적이다. 또한 건강친화적 환경구축 영역을 추가하면서 정책 추진의 기반 조성뿐만 아니라, 건강정보이해력 제고, 지역자원 확충 및 거버넌스 구축과 관련된 내용을 강조하고 있다.

48 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

〈표 3-2〉 국민건강증진종합계획 변화

구분	제3차 국민건강증진종합계획 (Health Plan 2020)		제4차 국민건강증진종합계획 (Health Plan 2020)		제5차 국민건강증진종합계획 (Health Plan 2030)	
기간	2011~2020		2016~2020		2021~2030	
비전	온 국민이 함께 만들고 누리는 건강한 세상				모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회	
목표	건강수명 연장 건강 형평성 제고		건강수명 연장 건강 형평성 제고		건강수명 연장 건강 형평성 제고	
	분과	중점 과제	분과	중점 과제	분과	중점 과제
중점 과제	I. 건강생활 실천	1. 금연 2. 절주 3. 신체활동 4. 영양	I. 건강 생활 실천 확산	1. 금연 2. 절주 3. 신체활동 4. 영양	I. 건강 생활 실천	1. 금연 2. 절주 3. 영양 4. 신체활동 5. 구강건강
	II. 만성퇴행 성질환관 리	5. 압 6. 건강검진 7. 관절염 8. 심뇌혈관질환 9. 비만 10. 정신보건 11. 구강보건	II. 만성 퇴행성 질환과 발생 위험 요인 관리	5. 압 6. 건강검진 7. 관절염 8. 심뇌혈관질환 9. 비만 10. 정신보건 11. 구강보건	II. 정신 건강 관리	6. 자살예방 7. 치매 8. 중독 9. 지역사회정신건 강
	III. 감염질환 관리	12. 예방접종 13. 비상방역체계 14. 의료관련감염 15. 결핵 16. 에이즈	III. 감염 질환 관리	12. 예방접종 13. 비상방역체계 14. 의료관련감염 15. 결핵 16. 에이즈	III. 비감염성 질환 예방 관리	10. 압 11. 심뇌혈관질환 ① 심뇌혈관질환 ② 선행질환 12. 비만 13. 손상
	IV. 안전환경 보건	17. 식품정책 18. 손상예방 19. 건강영향평가	IV. 안전 환경 보건	17. 식품정책 18. 손상예방	IV. 감염 및 기후 변화성 질환 예방 관리	14. 감염병예방 및 관리 ① 결핵 ② 에이즈 ③ 의료감염·항생 제 내성 ④ 예방행태 개선 15. 감염병위기 대 비 대응 ① 검역/감시 ② 예방접종 16. 기후변화성질환
	V. 인구집단 건강관리	20. 모성건강 21. 영유아건강 22. 노인건강 23. 근로자건강증진	V. 인구 집단 건강	19. 모성건강 20. 영유아건강 21. 노인건강 22. 근로자건강증진	V. 인구 집단별 건강관리	17. 영유아 18. 아동·청소년 19. 여성 20. 노인

구분	제3차 국민건강증진종합계획 (Health Plan 2020)	제4차 국민건강증진종합계획 (Health Plan 2020)	제5차 국민건강증진종합계획 (Health Plan 2030)
	24. 군인건강증진 25. 학교보건 26. 다문화가족건강 27. 취약계층보건의료 28. 장애인건강	관리 23. 군인건강증진 24. 학교보건 25. 취약가정건강 26. 장애인건강	21. 장애인 22. 근로자 23. 군인
VI. 사업체계 관리	29. 기반(인프라) 30. 평가 31. 정보 및 통계 32. 재원	VI. 사업체계 관리	27. 사업체계관리 (인프라, 평가, 정 보·통계, 재원) VI. 건강 친화적 환경 구축 24. 건강친화적 법· 제도 개선 25. 건강정보이해력 제고 26. 혁신적 정보기 술의 적용 27. 재원 마련 및 운 용 28. 지역사회자원 (인력, 시설) 확충 및 거버넌스 구축

자료: 1) 보건복지부. (2011). 제3차 국민건강증진종합계획(2011-2020).
2) 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015.12.). 제4차 국민건강증진종합계획(2016-2020).
3) 보건복지부 건강정책과, 질병관리청 건강위해대응과. (2021.1.27.). 모든 정책에 건강을
담아 지역 간, 소득 간 건강 격차 완화한다! 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan
2030, '21~'30) 수립·발표. 보건복지부 보도자료. Retrieved from <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156434040>에서 2023.8.30. 인출.

Health Plan 2030의 일환으로 제5차 국민건강증진종합계획에서는 주요 정책과제를 6개 분야로 나누어 총 28개의 중점 과제를 제시하였다.³⁾ 먼저 첫 번째 영역인 건강생활실천 영역에서는 ① 개인의 금연, 절주행동 변화 및 위해물질에 대한 규제 강화와 ② 취약계층과 생활터 중심 영양, 신체활동, 건강생활실천 환경 조성을 목표로 하고 있다. 두 번째 영역인 정신건강관리 영역에서는 ① 자살고위험군, 치매, 정신질환 조기발견 및 개입체계 강화와 ② 정신건강서비스 인식 개선 및 지역사회 지지체

3) 하기 자료원의 내용을 요약 및 정리함.

- 보건복지부 건강정책과, 질병관리청 건강위해대응과. (2021.1.27.). 모든 정책에 건강을 담아 지역 간, 소득 간 건강 격차 완화한다! 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, '21~'30) 수립·발표.

계 확립을 목표로 해당 과제들을 제시하고 있다. 세 번째 영역인 비감염성 질환 예방관리 영역에서는 ① 취약계층 대상 조기발견, 예방사업 강화 및 위해요인 개선 환경 조성과 ② 비감염성 질환 전 주기 연속적 관리를 위한 다부처, 기관 협력을 목표로 하고 있으며, 네 번째 영역인 감염 및 기후변화성 질환 예방관리 영역에서는 ① 감염병 조기감지, 신속진단 등 감염병 대응 기술 혁신, 운영인력 및 체계 구축과 ② 감염병으로 인한 취약계층 보호 및 필수의료 공백으로 인한 초과사망 감소를 목표로 하고 있다. 다섯 번째 영역인 인구집단별 건강관리 영역에서는 ① 영유아, 청소년의 건강한 성장 지원으로 평생건강 토대 마련, ② 여성, 노인, 장애인 건강을 위한 환경 구축, ③ 건강을 지킬 수 있는 근로환경 개선과 군생활 보장 등과 같이 대상층에 따른 목표를 세분화한 바 있다. 마지막으로 건강 친화적 환경 구축 영역에서는 ① 모든 정책에 건강을 고려(염두)하기 위해 중앙 및 지방정부의 거버넌스와 법·제도를 개선하고, ② 건강 형평성 제고 전략으로 건강정보이해력 제고와 혁신적 정보기술 활용을 목표로 하고 있다.

노인을 위한 정책의 경우 방문건강관리서비스를 보편적 건강관리서비스체계로 개편하고, 다양한 사업과 연계하여 노인건강사업을 추진한다는 점이 특징적이다. 나아가 노쇠 예방적 측면에서 1차 의료기관을 중심으로 근골격계질환과 노쇠관리서비스 제공 방안 도입, 기존에 진행하던 노인성 다빈도 질환(전립선질환, 노인실명, 무릎인공관절수술 지원 등)에 대한 지속 추진 및 질환 항목에 대한 추가 검토 등을 논의하고 있다.

시대적 변화를 고려하여 정보화 기술을 적극 활용한다는 점 역시 두드러진 특징 중 하나이다. 구체적으로 노인건강관리서비스 및 의료 접근성 증진을 위해 4차 산업혁명기술을 노인건강관리서비스에 적극 활용하고자 하며, 같은 맥락에서 왕진 시범사업 활성화 역시 고려 중이다.

〈표 3-3〉 제5차 국민건강증진종합계획 중점 과제

영역	중점 과제	개요	분과명	중점 과제	개요
건강 생활 실천	금연	-부담금 인상, 광고 없는 담뱃갑 도입 등 규제 강화 -미래흡연고위험군 흡연 예방	감염 및 기후 변화성 질환 예방 관리	감염병 예방	-결핵 이동검진 -에이즈 검진 강화
	절주	-주류광고 규제 대상 확대 -공공장소 음주 규제 입법화		감염병 대응	-전자검역체계 구축 -국가예방접종 지원 질 강화
	영양	-영양플러스 확대 -간편식 영양표시 의무화		기후변화성 질환	-기후보건영향평가
	신체활동	-건강친화기업 인증제 -건강인센티브제 도입	영유아	영유아	-고위험산모·신생아 의료체계 개선 -영유아 검진 확대
	구강건강	-아동·장애인 치과주치의 -생활터별 구강위생 강화		아동 청소년	-맞춤형 건강증진 교육
정신 건강 관리	자살예방	-고위험군 발굴 관리	인구 집단별 건강 관리	여성	-임신고민여성 지원 -취약층 여성 건강 보호
	치매	-치매안심센터 기능 강화 등 치매친화적 환경 조성		노인	-방문건강관리사업 고도화 -방문진료 활성화
	중독	-조기 개입 및 지원 강화로 정신건강서비스 이용률 제고		장애인	-장애친화 검진기관 확대 -장애친화 산부인과
	지역사회 정신건강	-1차 의료기관과 정신과 연계 -권역 트라우마센터 확대		근로자	-과로사고위험군 지원
비 감염성 질환 예방 관리	암	-검진 항목 주기 등 국가암 검진 개선 -타 만성질환과 연계 협력 강화	건강 친화적 환경 구축	군인	-군 특성별 건강서비스 -군 내 감염병 대응 강화
	심뇌혈관 질환	-일차의료 만성질환관리 내실화 -지역심뇌혈관질환센터 지정		건강 친화적 법·제도 개선	-건강영향평가 도입
	비만	-대상자별 비만 예방 -학교·학원 주변 비만 유발 환경 개선		건강정보 이해력 제고	-건강정보이해력 실태조사 -건강정보 종합 포털
	손상	-손상감시체계 통합 시스템 -손상예방관리법 제정		혁신적 정보기술 적용	-스마트건강관리서비스 -건강관리서비스 인증제
				재원 운용 등	-건강증진부담금 재정건정성 확보
		지역사회 자원확충 등	-주민건강센터 확충		

자료: 보건복지부 건강정책과, 질병관리청 건강위해대응과. (2021.1.27.). 모든 정책에 건강을 담아야 지역 간, 소득 간 건강 격차 완화한다! 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, '21~'30) 수립발표. 보건복지부 보도자료. Retrieved from <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156434040>에서 2023.8.30. 인출.

제5차 국민건강증진종합계획의 주요한 특성 중 하나는 건강 형평성 지원이라는 공통의 목표를 이행하되, 특히 유념하여 건강 격차를 완화해야 할 대상(사업)을 제시하고 있다는 점이다. 구체적으로 성, 지역, 경제수준에 따라 발현되는 건강 수준의 차이를 줄여나가는 것에 주안점을 두고 있다.

먼저 성별 격차 완화를 위해서는 여성 영역 전체 과제와 알코올 문제 여성 전용 치료 및 재활시설 확충, 프로그램 보급, 장애친화 산부인과 지정의 사업들이 있다. 지역 격차 완화를 위해서는 인프라 확충과 관련된 다양한 사업이 제안되고 있다. 경제적 격차 완화는 취약계층 중심의 정책들과 관련된다. 노인의 경우 은퇴 후 소득 공백이 장기화됨에 따라 경제적 취약계층으로 전락하는 경우가 많다는 점에서, 경제적 격차 완화 사업의 상당 부분이 이들을 지원하는 정책들로 구성되어 있다. 예를 들어, 영양 영역의 노인 유형별 영양관리 프로그램 도입, 구강 영역의 장기요양환자 등 취약계층 방문 구강건강관리서비스, 치매 영역의 치매안심센터 연계 활용 등이 이에 포함된다.

〈표 3-4〉 제5차 국민건강증진종합계획 내 건강 형평성 제고를 위한 사업

목표	중점 과제	세부 추진 계획
성별 격차 완화	여성	- 전체 과제
	중독	- 알코올 문제 여성 전용 치료·재활시설 등 인프라 확충 및 프로그램 보급
	장애인	- 여성 장애인의 건강 수준 향상과 임신·출산 관련 건강관리를 위해 장애친화 산부인과 지정
지역 격차 완화	심뇌혈관질환	- 지역심뇌혈관질환센터 확충 - 심뇌혈관질환 통계 산출을 위한 조사·관리체계 마련
	손상	- 손상예방관리종합계획 수립, '손상예방관리법(가칭)' 제정
	영유아	- 고위험산모·신생아 통합치료센터, 신생아 집중치료지역센터, 분만취약지 산부인과 연계 및 인프라 강화
	건강친화적 법·제도	- 건강영향평가 도입 및 제도화 - 건강도시 구축을 위한 협의기구 등 지원
	혁신적 정보기술의 활용	- 지역 공공보건의료-일차의료-돌봄 등을 연계하는 스마트 건강도시 추진
	지역사회자원	
	확충 및 거버넌스	- 도시 건강생활지원센터 확충 및 기능 강화

목표	중점 과제	세부 추진 계획
경제적 격차 완화	금연	- 취약계층 특화 금연지원서비스 확대
	영양	- 영양플러스사업 확대
		- 노인 유형별 영양관리 프로그램 도입
	구강	- 장기요양환자 등 취약계층을 방문 구강건강관리서비스, 구강위생 교육·지원 제공
		- 취약계층 대상 예방서비스 제공
	치매	- 입소시설, 독거노인 접점 인력 교육을 통한 치매안심센터 연계·활용 확대
	중독	- 취약계층의 알코올 문제 대상자 등록·관리
	지역사회 정신건강	- 경제적·사회적 취약계층에 대한 심리 지원 및 치료 지원 확대
	비만	- 취약계층 아동·청소년 및 임신부·영유아 대상의 건강한 식품접근도 향상, 보건소 비만예방 프로그램 운영
	손상	- 손상예방관리종합계획 수립, '손상예방관리법(가칭)' 제정
		- 주요 손상기전 및 손상 취약계층 등 대상별 예방관리사업 추진
	결핵	- 취약계층 대상 찾아가는 이동결핵검진 시행, 건강검진 유소견자 확인 검사 독려 및 본인부담 면제
- 취약계층 환자 전문치료시설 확대 및 의뢰체계 구축		
기후변화성 질환	- 폭염, 한파, 미세먼지 등의 건강영향과 건강보호를 위한 예방수칙 제공 및 인식 개선	
영유아	- 산모·신생아 건강관리사 지원	
근로자	- 과로사 우려가 큰 고위험근로자 선별 및 관리	

자료: 보건복지부 건강정책과, 질병관리청 건강위해대응과. (2021.1.27.). 모든 정책에 건강을 담자 지역 간, 소득 간 건강 격차 완화한다! 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, '21~'30) 수립·발표. 보건복지부 보도자료. Retrieved from <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156434040>에서 2023.8.30. 인출.

3. 노인 건강 및 보건의료정책

보건의료기본법의 이념(보건의료기본법 제2조)은 국민 개개인의 건강한 삶을 영위하기 위해 제도와 여건을 조율하고 보건의료의 형평과 효율의 조화를 통해 국민의 삶의 질을 향상시키는 것이다. 즉 보건의료기본법은 동법 제10조(건강권 등)에서 제시한 국민의 건강권(모든 국민은 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 건강에 관한 권리를 침해받지 않아야 한다)을 보장하기 위한 목적을 지닌다.

〈표 3-5〉 보건의료기본법 제2조와 제10조

<p>제2조(기본 이념) 이 법은 보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 보건의료의 형평과 효율이 조화를 이룰 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본 이념으로 한다.</p> <p>제10조(건강권 등) ① 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다. ② 모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.</p>

자료: 보건의료기본법. (2023). 법률 제17966호. Retrieved from <https://www.law.go.kr/법령/보건의료기본법에서> 2022.7.16. 인출.

본 연구에서는 보건의료기본법의 기본 이념을 바탕으로 ‘보편적 의료 서비스 이용을 위한 보장성 측면의 정책’과 ‘예방부터 치료까지 건강한 삶 영위를 위한 정책’의 두 측면에서 건강 및 보건의료정책을 논하고자 한다. 첫째, 보편적 의료서비스 이용 측면에서는 ‘건강보험의 보장성 강화 정책’을 검토하고자 한다. 둘째, ‘모든 국민 개개인의 건강한 삶 영위’ 측면에서는 질병의 예방부터 치료까지 건강권 보장을 위한 연속적 성격의 개입 차원에서 정책을 선정하여 검토하고자 한다. 구체적으로 ① 건강보험 보장성 강화, ② 질병예방 및 검진, ③ 질병관리 및 치료 지원 세 가지 영역으로 나누어 각 사업의 내용 및 대상자 선정 기준 등을 중심으로 세부 내용을 검토하였다.

건강상태의 변화는 그간의 생활습관 및 건강관리 노력 여하에 따라 달라진다. 따라서 노년기에 국한하지 않고 전 생애주기적 접근이 이루어지는 정책 역시 검토대상에 일부 포함하였으며, 노년기에 초점을 둔 정책(치매조기검진, 건강백세운동 등)은 정책의 연령 기준에 준하여 포함하였다. 경제적 격차 완화에 해당하는 정책은 앞서 논한 바와 같이 노년기를 중심으로 검토하였다.

세부적으로 건강보험 보장성 강화 정책은 보편적 건강보장 측면에서

논의하기 위해 ① 의료급여, ② 노인 건강보험 보험료 경감, ③ 노인 외래 진료정액제, ④ 노인 의료비 본인부담률 인하(중증치매, 틀니, 임플란트), ⑤ 치매치료 관리비 지원, ⑥ 성인 암환자 의료비 지원을 중심으로 살펴보았다.

질병예방 및 검진 정책은 예방 측면에서 중요한 ① 건강백세운동교실, ② 노인건강마일리지, ③ 어르신 체육활동지원, ④ 예방접종, ⑤ 일반건강검진, ⑥ 의료급여 생애전환기검진, ⑦ 암검진, ⑧ 치매검진사업을 중심으로 검토하였다.

마지막으로 질병관리 및 치료 지원 정책은 ① 지역사회 통합건강증진 사업 중 방문건강관리(재가암환자관리사업 포함)와 치매관리, ② 노인성 질환 예방관리(노인무릎인공관절수술 지원, 노인실명 예방 및 관리, 전립선질환 예방 및 관리), ③ 고혈압·당뇨병등록관리사업, ④ 자살예방 및 지역정신보건사업, ⑤ 재택의료 관련 사업과 같이 치료를 중심으로 운영되는 사업에 한해 검토하였다.

〈표 3-6〉 노인 건강 및 보건의료정책 구분

사업군	사업명
건강보험 보장성 강화 정책	1) 의료급여
	2) 노인 건강보험 보험료 경감
	3) 노인 외래진료정액제
	4) 의료비 본인부담률 인하(중증치매, 틀니, 임플란트)
	5) 치매치료관리비지원사업
	6) 성인암환자의료비지원사업
질병예방 및 검진 정책	1) 건강백세운동교실
	2) 노인건강마일리지
	3) 어르신 체육활동지원
	4) 예방접종
	5) 일반건강검진
	6) 의료급여 생애전환기검진
	7) 암검진
	8) 치매검진 지원

56 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

사업군	사업명
질병관리 및 치료 지원 정책	1) 지역사회 통합건강증진사업 중 방문건강관리(사업 전반 및 재가암환자관리사업), 치매관리
	2) 노인성 질환 예방관리 - 노인무릎인공관절수술 지원, 노인실명 예방 및 관리, 전립선질환 예방 및 관리
	3) 고혈압·당뇨병등록관리사업
	4) 자살예방 및 지역정신보건사업
	5) 재택의료 관련 시범사업(일차의료 방문진료수가 시범사업, 장기요양재택 의료센터 시범사업, 일차의료 만성질환관리 시범사업 등)

주: 1~3에 제시된 사업들을 기반으로 연구자 재구성.
 자료: 1) 선우덕 외. (2016). 사회보장제도 노인건강분야 기본평가. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
 2) 국회예산정책처. (2019). 노인건강분야 사업 분석. 서울: 국회예산정책처.
 3) 보건복지부. (2023a). 2023년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.

가. 건강보험 보장성 강화 정책

건강보험 보장성 강화 정책은 노인의 의료비 부담 완화를 목적으로 하며 건강보험료 및 의료비 지원 정책이 주를 이룬다. 소득 기준에 따라 전 세대에 보편적으로 적용되는 ‘의료급여’는 건강보험 보장성 강화의 대표 정책이다. 의료급여는 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료서비스를 국가가 보장해주는 일종의 공공부조제도이다. 별도의 연령 기준은 없으며, 소득에 따라 가구 단위로 대상자를 선정한다. 다만 희귀난치성질환자 등 일부 대상자에 대해서는 소득 기준과 무관하게 적용한다.

노인에게 집중된 건강보험 보장성 강화 정책으로는 노인 건강보험 보험료 경감, 노인 외래진료정액제, 노인 의료비 본인부담률 인하 정책이 있다. 먼저 은퇴 이후 건강보험 지역가입자로 건강보험료 부담이 높은 65세 이상 노인 세대를 위해 소득 및 과표재산에 따라 보험료를 경감하는 것이 노인 건강보험 보험료 경감 정책이다. 다만 소득수준에 따라 일정

부문 차등을 두고 운영된다.

2018년부터 시작된 노인 외래진료정액제는 65세 이상 노인이 의원급 외래진료 시 총 진료비가 일정 수준 이하인 경우 정액만 부담하는 제도이다. 만 65세 이상 노인이라면 누구나 이용 가능한 제도로 현재 진료비 1만 5,000원까지는 1,500원의 정액을 지불하지만, 그 이상부터는 금액에 따른 정률제가 적용된다. 단, 일부 구간에서 정액 비율 급등 등으로 인해 정액제 구간별 금액이나 본인부담 비율 조정 필요성 등에 대한 문제가 대두되는 상황이다(신형주, 2023.1.20.).

의료비에 대한 직접적인 경감을 목적으로 한 제도는 의료비 본인부담률 인하 제도와 의료비의 일부(정액)를 지원하는 제도로 구분된다. 의료비 본인부담률 인하 제도는 중증치매, 틀니, 임플란트와 같은 특정 질환에 한하여 운영된다. 중증치매의 경우 별도의 연령 기준은 없으며, 치매 임상척도 기준 중증도 치매(CDR 2) 이상일 경우 관련 질환의 본인부담률을 인하하여 적용받을 수 있다. 틀니와 임플란트는 만 65세 이상의 노인을 대상으로 해당 질환에 대한 치료 시 본인부담금의 일부가 경감 지원된다. 해당 질환들의 경우 노화과정에 따라 노인들에게 빈번히 발생하는 질환일 뿐 아니라 개개인의 삶의 질에도 중요한 영향을 미치는 요인 중 하나이다. 따라서 경제수준에 따른 건강권 침해를 미연에 방지하기 위한 보다 적극적 차원의 정책적 개입으로 볼 수 있다.

의료비의 일부(정액)를 지원하는 정책으로는 치매치료관리비지원사업과 암환자의료비지원사업이 있다. 치매치료관리비지원사업은 저소득 치매환자를 위한 지원 사업이다. 이 사업은 치매안심센터에 치매로 등록된 만 60세 이상 치매환자 중 소득 기준을 충족하는 이들을 대상으로 하며, 치매치료 관리비로 연 36만 원(월 3만 원 상한)을 지원한다. 다음으로 암환자의료비지원사업은 만 18세 이상의 의료급여 수급자 및 차상위 본인

부담경감 대상자와 건강보험 가입자 모두를 대상으로 한다. 다만, 의료급여 수급자 및 차상위 본인부담경감 대상자는 전체 암종을 지원받지만, 건강보험 가입자는 위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암, 폐암 등 비교적 발생빈도가 높은 질환에 대해서만 지원받는다. 그러나 국가암검진을 통해 암을 확진받은 신규 암환자와 과거 국가암검진 수검 이후 만 2년 이내 검진 대상 암을 확진받은 신규 암환자는 지원받을 수 있다. 의료급여 수급권자 및 차상위 가입자는 연간 최대 300만 원을 3년간 연속으로 지원받으며, 건강보험 가입자는 연간 200만 원까지 지원받을 수 있다. 치매와 암은 장기적인 치료가 필요한 질환으로 본인뿐 아니라 수발자의 신체적·경제적 부양 부담 역시 가중될 수 있다. 이 같은 연유에서 해당 질환을 중심으로 한 지원 정책이 보다 적극적으로 이루어지는 것으로 해석된다.

〈표 3-7〉 건강보험 보장성 강화 정책별 사업 내용 및 대상자 기준

사업명	사업 내용	대상자 조건		
		연령	소득	기타
1) 의료급여	-생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료서비스를 국가가 보장하는 공공부조제도	-	-1종) 국민기초생활보장 수급자 중 근로무능력가구, 시설 수급자 -2종) 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급권자의 기준에 해당되지 않는 자, 중위소득 40% 이하 세대	-그 외 희귀난치성질환자 등
2) 노인 건강보험 보험료 경감	-건강보험 지역가입자 중 노인이 있는 세대는 소득 및 과표재산에 따라 보험료 경감	만 65세 이상	-360만 원 이하 소득 및 1억 3,500만 원 이하의 과표재산 세대(2019년 기준)	-
3) 노인 외래진료 정액제	-65세 이상 노인이 의원급 외래진료 시 총 진료비가 일정 수준 이하인 경우에 정액만 부담 -의원의 요양급여비용이 15,000원 이하인 건에 대해 본인부담금 1,500원, 약국의 요양급여비용이 10,000원 이하인 건에 대해 본인부담금 1,000원	만 65세 이상	-	-

사업명		사업 내용	대상자 조건		
			연령	소득	기타
4) 의료비 본인부담률 인하	중증치매	-중증치매환자 대상 연간 최대 120일간 산정특례 적용으로 본인부담률 인하 및 신경인지검사 건강보험 적용	-	-	-치매임상척도 기준 중증도 치매(CDR2) 이상 환자
	틀니	-틀니 본인부담률 인하(50%→30%) -기존 140~200만 원 수준의 틀니 시술비용을 53~65만 원 수준으로 경감	만 65세 이상	-	-건강보험 가입자 및 의료급여 수급자
	임플란트	-임플란트 본인부담률 인하(50%→30%) -임플란트 1개당 비용 약 120만 원 중 본인부담비용 62만 원→37만 원으로 인하	만 65세 이상	-	-건강보험 가입자 및 의료급여 수급자
5) 치매치료 관리비 지원사업	-약제비 등 치매치료 관리비를 월 30,000원 상한(연 36만 원 상한)으로 저소득 치매환자에 지원하는 사업	만 60세 이상	-기준소득의 120% 이하 -국민건강보험 가입자 중 건강보험료 본인부담금이 소득 기준 이하인 경우	-치매 상병코드(F00~F03, G30) 등록 치매환자	
6) 성인 압환자의료비 지원사업	-암치료로 인한 경제적 부담을 완화하기 위하여 암환자에 의료비를 지원하는 사업 -의료급여 수급권자, 차상위 가입자: 연간 최대 300만 원 3년간 연속 지원 -건강보험 가입자: 본인일부부담금 연간 최대 200만 원까지 지원	만 18세 이상	-의료급여 수급자 및 차상위 본인부담경감 대상자: 전제 암종 -건강보험 가입자: 위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암, 폐암환자만 지원	-지원 받는 암종 외 국가암검진을 통해 발생한 일부 암	

- 자료: 1) 보건복지부 보험급여과. (2017.11.1.) “18년 1월부터 ‘노인 외래정책’ 개선안 시행된다”. 보건복지부 보도자료. Retrieved from https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code=에서 2023.7.16. 인출.
- 2) 보건복지부 보험급여과. (2017.8.18.). “중증치매 의료비, 건강보험이 90% 책임진다”. 보건복지부 보도자료. Retrieved from https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code=에서 2023.7.16. 인출.
- 3) 선우덕 외. (2016). 사회보장제도 노인건강분야 기본평가. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 4) 국회예산정책처. (2019). 노인건강분야 사업 분석. 서울: 국회예산정책처.
- 5) 보건복지부. (2023a). 2023년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.
- 6) 보건복지부, 국립중앙의료원, 중앙치매센터. (2023). 대한민국 치매현황 2022.
- 7) 보건복지부 보험정책과. (2018.4.25.). 65세 이상 어르신 치과 임플란트 본인부담 50%에서 30%로 낮아진다. 보건복지부 보도자료. Retrieved from https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code=에서 2023.7.16. 인출.
- 8) 보건복지부. (2023b). 2023 암환자 의료비지원 사업안내.
- 9) 보건복지부. (2023c). 2023년 치매정책 사업안내.

나. 질병예방 및 검진 정책

질병예방 및 검진 정책은 예방정책과 검진정책으로 나눌 수 있다. 예방 정책에는 건강한 신체를 유지할 수 있는 운동지원사업과 향후 발생할 수 있는 건강문제를 사전에 예방하는 예방접종사업이 해당되며, 검진정책에는 이미 발생된 문제를 조기에 발견하기 위한 검진사업이 포함된다.

먼저 운동지원사업으로는 전 국민을 대상으로 하는 건강백세운동교실이 있다. 건강백세운동교실은 국민의 신체기능장애 및 질병을 예방하고 장기적으로 건강한 삶을 유지하기 위해, 적절한 운동 및 건강 관련 교육을 제공하는 사업이다. 참여대상의 84.8%는 노인이며, 전국 4,284개 기관에서 운영 중이다(이승아, 2023). 다음으로 노인건강마일리지는 만 65세 이상 노인을 대상으로 하며, 운동강좌 등에 참여실적이 있는 경우 그 실적에 따라 인센티브를 제공하는 사업이다. 이 외 문체부에서는 어르신 체육활동지원사업 등을 운영하고 있다. 이들 운동지원사업은 연령 기준 외에는 추가적인 조건 없이 누구나 이용 가능하다.

다음으로 예측 가능한 질병을 예방할 수 있는 예방접종사업은 전 생애에 걸쳐 이루어지는 중요 사업이다. 주요 대상은 대부분 영유아로 해당 시기에 이루어져야 할 필수접종을 마친 후 성인이 되면 필수접종대상에서 제외된다. 그러나 노인들은 노화에 따른 건강악화로 다양한 감염성 질환의 노출위험이 높은 집단이라는 점에서, 정부에서는 이들을 위한 무료 예방접종을 확대하고 있다. 가장 높은 접종률을 보이는 것은 독감인플루엔자 예방접종이다. 매년 발생 위험이 높은 독감인플루엔자 예방접종은 만 65세 이상 노인이라면 누구나 무료 접종이 가능하다. 폐렴구균 예방접종은 만 65세 이상의 경우 1회 접종으로 예방이 가능하며, 역시 무료 접종으로 이루어진다. 대상포진 예방접종은 지자체별로 상이하게 운영되고

있으나 상당수의 지자체에서 만 65세 이상의 경우 무료 접종을 지원하고 있다.

마지막으로 이미 발생된 문제를 조기 발견하기 위해 다양한 검진사업 역시 이루어지고 있다. 가장 보편적으로 시행되는 일반건강검진은 건강보험 가입자와 의료급여 수급권자 등 전 국민을 대상으로 진행된다. 기본적인 건강검진 외에 일부 질환들은 일정 연령에 이르면 추가적으로 검진을 받도록 하고 있다. 예를 들어, 인지기능장애는 만 66세 이상의 노인이라면 2년마다 검진을 받아야 하며, 만 70세 건강검진 시에는 정신건강검사, 생활습관평가 등의 검사를 받아야 한다. 또한 노인을 대상으로 특화된 노인신체기능검사는 만 66세, 70세, 80세에 각각 받도록 되어 있다. 한국 성인에게서 발생빈도가 높은 위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암의 경우 일정 연령 이상이 되면 일반건강검진 진행 시 함께 검사받도록 되어 있다. 치매의 경우는 치매안심센터를 통해 모든 국민이 별도의 검사를 받도록 되어 있다. 이들 검사는 대부분 무료로 진행된다.

〈표 3-8〉 질병예방 및 검진 정책별 사업 내용 및 대상자 기준

사업명	사업 내용	대상자 조건		
		연령	소득	기타
1) 건강백세운동교실	- 운동강좌 및 건강 교육 실시	전 국민	-	-
2) 노인 건강마일리지	- 운동강좌 등 제공 후 참여실적에 따라 인센티브 지급	만 65세 이상	-	-
3) 어르신 체육활동지원	- 생활체육종목 강습	만 65세 이상	-	-
4) 예방접종	- 독감인플루엔자 예방접종 - 폐렴구균 예방접종 - 대상포진 예방접종	만 65세 이상	-	대상포진 예방접종의 경우 일부 지자체 운영

62 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

사업명	사업 내용	대상자 조건		
		연령	소득	기타
5) 일반건강검진	- 콜레스테롤(남 24세이상 여40세이상) - B형간염(40세) - 콜밀도검사(54세의 여성, 66세의 여성) - 인지기능장애(66세 이상 2년마다) - 정신건강검사(70세) - 생활습관평가(70세) - 노인신체기능검사(66세, 70세, 80세)	(건강보험) 직장가입자, 세대주인 지역가입자, 20세 이상인 지역가입자 및 피부양자(의료급여 수급권자) 20~64세 세대주 및 세대원		-
6) 의료급여 생애전환기 건강검진	- 콜밀도검사(66세 이상 여성) - 인지기능장애(66세 이상 2년마다) - 정신건강검사(70세) - 생활습관평가(70세) - 노인신체기능검사(66세, 70세, 80세)	의료급여 수급권자 중 66세 이상 세대주 및 세대원		-
7) 암검진	- 국민건강보험공단의 검진표 우편물 수령 후 검진기관에 예약한 다음 검진 실시	위암(만 40세) 대장암(만 50세) 간암 유방암 자궁경부암	-	-
8) 치매조기검진	- 치매선별검사	치매 또는 경도인지장애로 진단받지 않은 모든 주민		-

자료: 1) 선우덕 외. (2016). 사회보장제도 노인건강분야 기본평가. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
 2) 국회예산정책처. (2019). 노인건강분야 사업 분석. 국회예산정책처.
 3) 보건복지부. (2023a). 2023년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.
 4) 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2020). 2021년 지역사회 통합건강증진사업 안내.
 5) 보건복지부. (2023d). 정책: 건강(건강증진(건강검진)). Retrieved from <https://www.mohw.go.kr/menu.es?mid=a10706020200>에서 2023.7.12. 인출.
 6) 보건복지부 질병정책과. (2022.3.18.). 2022년 국가암검진 사업안내. Retrieved from <https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010300&bid=0019>에서 2023.7.16. 인출.

다. 질병관리 및 치료 지원 정책

질병관리 및 치료 지원 정책은 이미 발생된 질환을 관리하는 정책과 치료하는 정책으로 구분할 수 있다.

지역사회에서 건강관리를 위한 기반 사업은 지역사회 통합건강증진사업이다. ‘음주폐해예방(절주), 신체활동, 영양, 비만예방관리, 구강보건,

심뇌혈관질환예방관리, 한의약건강증진, 아토피·천식예방관리, 여성·어린이특화, 지역사회중심재활, 금연, 방문건강관리, 치매관리' 등 종합적 영역에서 건강관리를 위한 다양한 사업을 추진 중이다. 포함된 다수의 사업은 건강증진의 중요성을 띠고 있으나, 본 연구에서는 노년층을 중심으로 활용되는 방문건강관리와 치매관리를 중심으로 검토하였다. 방문건강관리사업은 저소득층을 중심으로 이루어지며 보건소 인력이 가정을 방문하여 건강문제를 스크리닝하고, 건강관리서비스 제공 및 자원연계 등을 진행하는 사업이다. 방문건강관리사업의 일환으로 재가암환자관리사업이 운영되며, 재가암환자가 지역에서 오랜 기간 거주할 수 있도록 보건의료서비스를 지속적으로 제공하는 것을 그 목적으로 한다. 치매관리사업은 만 60세 이상 노인을 대상으로 조기검진 및 등록치매환자를 관리하는 사업이다.

노인성질환예방관리사업은 노년기에 자주 발생하는 무릎관절질환, 안질환, 전립선질환에 대해 예방 및 수술비를 지원하는 사업이다. 해당 사업의 경우 저소득층을 대상으로 하고 있다는 점에서 이용층이 제한적이다.

만성질환 중 발생빈도가 높은 고혈압 및 당뇨병 관련 사업의 경우 노년기뿐만 아니라 30세 이상의 성인 모두를 대상으로 하며, 관할 보건소가 지정한 1차 의료기관에 고혈압 및 당뇨병으로 등록된 대상자를 관리하는 사업이다. 만 65세 이상의 경우에는 주기적 진료를 위한 리마인드 콜뿐만 아니라 진료비 및 약제비의 본인부담금을 지원하는 등 추가적인 정책적 지원이 이루어진다.

노인의 정신건강과 관련해서는 '치매'를 중심으로 다수의 제도들이 운영되고 있다. 다만 치매 이외에도 정신건강은 전 생애주기를 통해 관리할 필요성이 있는 영역이라는 점에서, 지역정신보건사업을 통해 전 국민 대상 예방 및 관리, 치료 사업을 운영 중이며 자살예방사업 역시 그 일환으

로 볼 수 있다.

마지막으로 최근 다양한 방향으로 진행되는 재택의료 시범사업 역시 치료정책의 하나로 볼 수 있다. 구체적으로 거동이 불편하여 의료기관에 직접 방문이 어려운 이들을 대상으로 하는 ‘일차의료 방문진료수가 시범사업’과 ‘장기요양재택의료센터 시범사업’, 의원급 만성질환자에 대한 포괄적 관리서비스인 ‘일차의료 만성질환관리 시범사업’ 등의 형태로 운영되고 있다. 다만 시범사업 차원이라는 점에서, 확정된 모형으로 운영되고 있지는 않으며 향후 모델 정립 및 확산이 요구되는 바이다.

〈표 3-9〉 질병관리 및 치료 지원 정책별 사업 내용 및 대상자 기준

사업명		사업 내용	대상자 조건		
			연령	소득	기타
1) 지역 사회 통합건강증진 사업	방문 건강 관리	(사업 전반) - 보건소에 내소하여 건강관리서비스를 받기 어려운 지역주민을 대상으로 보건소 내 전문인력이 직접 가정을 방문하여 건강문제 스크리닝, 건강관리서비스 제공 및 보건소 내외 자원 연계	우선순위 고려 대상 (만 65세 이상 노인)	기초생활보장 수급자, 차상위계층	그 외 독거노인, 조손가족, 만성질환자 및 위험군, 재가암환자 등
		(재가암환자관리사업) - 재가암환자를 대상으로 지역사회에서 제공 가능한 보건의료서비스 통합 및 지속 제공	모든 재가 암환자	-	동일 조건의 경우 취약계층 및 말기 암환자 우선
	치매 관리	- 치매 위험이 높은 노인을 대상으로 치매조기검진 실시 및 치매환자 조기발견 및 관리(치매 안심센터)	만 60세 이상 노인	-	-
2) 노인성 질환 예방 관리	노인무릎 인공관절수술 지원	- 지방자치단체와 민간단체에서 저소득 노인에 대해 무릎인공관절수술비 지원	만 60세 이상	기초생활 수급자, 차상위계층	한부모가족
	노인실명 예방 및 관리	- 한국실명예방재단을 통해 안검진, 개인수술비 지원 및 저시력 예방 교육 실시	만 60세 이상	기초생활 수급자, 차상위계층	한부모가족
	전립선 및 요실금 등 노인성 질환 예방 및 관리 지원	- 한국전립선관리협회를 통해 보건소 및 노인복지관 대상으로 전립선 관리 교육 및 도서지역 거주자 대상으로 전립선 질환 무료 검진 실시	만 55세 이상 남성	저소득 노인	도서벽지 등 취약지역 노인

사업명	사업 내용	대상자 조건			
		연령	소득	기타	
3) 고혈압·당뇨병 등록관리사업	- 관할 보건소가 지정한 1차 의료기관에 고혈압 및 당뇨병으로 등록된 대상자 - 만 65세 이상 등록환자의 경우 월 3,500원의 진료비 및 약제비의 본인부담금 지원 - 주기적인 진료를 위한 리콜·리마인드서비스 제공	30세 이상 고혈압 및 당뇨병 환자	-	19개 시군구에서 실시 중	
4) 자살예방 및 지역정신보건사업	- 자살예방사업 운영 및 센터 지원, 자살고위험군 발굴 지원, 지역 정신건강복지센터를 통해 자살, 정신질환, 중독예방, 조기발견, 상담 및 치료와 재활서비스 제공	-	-	-	
5) 재택의료 관련 시범사업	일차의료 방문진료 수가 시범사업	- 거동이 불편하여 의료기관에 직접 내원하기 어렵다고 의사가 판단한 환자를 대상으로 지역 내 의원의 의사가 직접 방문진료의료서비스 제공	-	-	질병 부상 및 출산 등으로 진료를 받아야 할 필요성이 있으나 보행이 곤란 및 불가능하여 환자 및 보호자의 방문진료 요청이 있는 경우
	장기요양재택의료센터 시범사업	- 거동이 불편한 노인의 가정을 의사, 간호사가 정기적으로 방문하여 진료와 간호서비스를 제공하는 사업	-	-	거동이 불편한 장기요양수급자(1~4등급) 대상자 선정
	일차의료 만성질환관리 시범사업	- 지역 의원 중심의 만성질환자에게 포괄적 관리서비스를 제공하는 사업으로, 개인별 케어플랜 수립과 이에 따른 환자 지속 관리, 맞춤형 검진 바우처 제공, 지역사회자원 연계를 통한 포괄 서비스 제공	-	-	의원급 의료기관에서 외래진료를 받는 고혈압·당뇨병 환자

- 자료: 1) 선우덕 외. (2016). 사회보장제도 노인건강분야 기본평가. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
2) 국회예산정책처. (2019). 노인건강분야 사업 분석. 국회예산정책처.
3) 보건복지부. (2023a). 2023년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.
4) 서순영, 김혜지, 오현경, 이선규. (2021). 고혈압·당뇨병등록관리사업 추진 현황. 주간 건강과 질병, 14(21). pp.1414-1421.
5) 보건복지부 요양보험제도과. (2023.2.8.). 28개 의료기관 장기요양재택의료센터 본격 출발-약 450여 명 수급자에게 서비스 제공 시작. 보건복지부 보도자료. Retrieved from <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156551130>에서 2023.7.17. 인출.
6) 보건복지부, 질병관리청, 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2021). 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내(3차 개정). Retrieved from https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10409020000&bid=0026&tag=&act=view&list_no=364061에서 2023.7.17. 인출.
7) 보건복지부. (2023e). 2023년도 노인 보건복지 사업안내(1권). Retrieved from https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010300&bid=0019&act=view&list_no=375579에서 2023.7.17. 인출.

제2절 건강 및 보건의료정책(서비스) 이용 실태

이 절에서는 건강 및 보건의료정책 사업별 이용 실태에 대해 앞서 제시한 정책 영역에 따라 일부 사업들을 중심으로 살펴보았다. 보편적 서비스(노인 의료비정책 등), 시범사업 등은 분석에서 제외하였다.

1. 건강보험 보장성 강화 정책별 이용 실태

건강보험 보장성 강화 정책 중 의료급여 수급자는 <표 3-10>에서 보는 바와 같이 2017년 1,486천 명에서 2020년 1,526천 명으로 급증한 후 2021년 1,516천 명으로 약간 감소하였다. 65세 미만은 924천 명, 65~74세는 284천 명, 75세 이상은 308천 명으로 65세 이상이 전체 의료급여 수급자의 39%를 차지한다.

<표 3-10> 건강보험 보장성 강화: 의료급여 이용 실태

(단위: 천 명)

연도	2017	2018	2019	2020	2021			
					소계	65세 미만	65~74세	75세 이상
이용자 수	1,486	1,485	1,489	1,526	1,516	924	284	308

자료: KOSIS. (2023a). 연령별/성별 의료급여 수급권자 현황. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_920015_N101&connpath=I2에서 2023. 7.12. 인출.

노인 틀니 및 임플란트 본인부담률 인하 이용 실태를 살펴보면, 틀니 사업의 경우 2018년 61,211명에서 2021년 51,045명으로 이용자 수와 비율 모두 계속적으로 감소한 반면 임플란트 사업의 경우 2018년부터 2020년까지 이용자 수와 비율은 계속적으로 증가하였다. 이는 틀니 사용률은 감소하고 틀니를 임플란트로 대체하는 사회적 경향이 반영된 결과로

보인다. 두 사업 모두 구강건강증진의 일환으로 운영된다는 점에서, 두 사업 전체 참여자를 동일 욕구 대상으로 볼 경우 전체 대상자 수의 변화는 크지 않은 것으로 평가된다.

〈표 3-11〉 건강보험 보장성 강화: 틀니, 임플란트 본인부담률 인하 이용 실태

(단위: 명, %)

연도		2018	2019	2020	2021
틀니	이용자 수	61,211	58,693	53,461	51,045
	비율	4.1	3.9	3.5	3.4
임플란트	이용자 수	39,063	49,066	50,307	50,232
	비율	2.6	3.3	3.3	3.3

주: 1) 의료급여 수급자만 대상으로 한 실적임.

2) 비율=이용자 수/의료급여 수급자 수×100

자료: 공공데이터포털. (2023). 국민건강보험공단: 노인 의료급여 수급권자 틀니 임플란트 급여 신청 현황. Retrieved from <https://www.data.go.kr/data/15112423/fileData.do>에서 2023.7.12. 인출.

본인부담률 인하와 관련한 또 다른 사업으로 중증치매 본인부담률 인하 사업의 경우, 2017년 12,229명에서 2021년 50,833명으로 타 사업에 비해 이용자 수가 급격히 증가하였다. 또한 후기노인에서 발병률이 높은 치매의 특성상 75세 이상이 86.7%로 대부분을 차지하였다.

〈표 3-12〉 건강보험 보장성 강화: 중증치매 본인부담률 인하 이용 실태

(단위: 명)

연도	2017	2018	2019	2020	2021			
					소계	65세 미만	65~74세	75세 이상
이용자 수	12,229	29,805	38,019	44,047	50,833	1,746	5,038	44,049

자료: 보건복지부, 국립중앙의료원, 중앙치매센터. (2023). 대한민국 치매현황 2022. p.164.

저소득 치매환자의 약제비를 지원하는 치매치료관리비지원사업 이용

가능자는 287,456명으로 2021년 343,379명이 신청하였으나, 이 중 83.7%만이 서비스를 이용할 수 있었다. 본 사업은 저소득층에 집중된 사업으로 신청을 했지만 자격 조건이 되지 않는 대상자가 상당수 있었음을 알 수 있다.

〈표 3-13〉 질병관리 및 치료 지원 정책별 이용 실태: 치매치료관리비지원사업

(단위: 명)

구분	2021년	
	신청자	지원가능자
이용자	343,379	287,456

자료: 보건복지부, 국립중앙의료원, 중앙치매센터. (2023). 대한민국 치매현황 2022. p.50.

마지막으로 암환자의료비지원사업의 대상자는 2013년 84,779명으로 가장 많은 이용자 수를 나타냈으나, 2014년 이후 이용자 수가 5만~6만 명 내외로 감소한 후 큰 변화를 보이지 않고 있다. 1인당 지원금액은 2016년에 891,518원으로 가장 높았고, 이후 점차 감소하여 2018년에는 863,317원으로 나타났다. 이 사업 역시도 저소득층에게 모든 암종에 대해 지원이 되지만, 그 외 건강보험 가입자에게는 건강보험료 기준 일정 금액 이하이면서 5대 암(위, 간, 대장, 유방, 자궁경부)인 경우에만 지원이 가능하여 보편적 지원 정책으로 보기에는 어려움이 있다.

〈표 3-14〉 질병관리 및 치료 지원 정책별 이용 실태: 암환자의료비지원사업

(단위: 명, 원)

연도	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
수혜자 수	66,999	84,779	57,239	50,927	55,028	57,061	54,207
1인당 지원금액	777,245	632,030	792,868	843,758	891,518	886,193	863,317

자료: 김선정 외. (2019). 암환자의료비지원사업 개편방안연구. 순천향대학교 산학협력단 연구용역 보고서. p.3.

2. 질병예방 및 검진 정책별 이용 실태

대표적인 운동지원정책인 건강백세운동은 사업 수행 이후 참여자의 등락은 있었으나, 2019년 기준 7,685천 명에 그치며 전체 약 1% 내외가 참여한 것으로 나타났다.

〈표 3-15〉 질병예방 및 검진 정책: 건강백세운동 이용 실태

(단위: 천 명, %)

연도	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
대상인원 ¹⁾	6,023	6,277	6,541	6,757	7,066	7,372	7,685
참여인원 ²⁾	73	74	77	86	89	89	79
참여율	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3	1.2	1.0

자료: 1) KOSIS. (2023g). 성 및 연령별 추계인구(1세별, 5세별)/전국. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA001&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=A41_10&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE&path=%252FstatisticsList%252FstatisticsListIndex.do에서 2023.9.27. 인출.

2) 국민건강보험 건강관리실. (2019.10.25.). 건보공단, “건강백세운동교실 운영 성과 발표회” 열어. 국민건강보험공단 보도자료. p.4. Retrieved from <https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaea01600m01.do?mode=view&articleNo=131796&article.ofset=0&articleLimit=10&srSearchVal=%EA%B1%B4%EA%B0%95%EB%B0%B1%EC%84%B8>에서 2023.7.12. 인출.

인플루엔자 예방접종률은 2018년 이후 계속적으로 증가하고 있으며, 2021년 42.1%로 과년도에 비해 높은 비율을 보였다. 무료로 예방접종이 가능한 65세 이상의 접종률은 80.1%로 65세 미만 38.4%에 비해 2배 이상 높게 나타나, 연령에 따른 차이가 크다. 이는 다시 말해, 보편적 서비스로 제공 시 건강의 위험요인을 감소시킬 수 있는 기제가 될 수 있음을 내포하는 결과이다.

70 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

〈표 3-16〉 질병예방 및 검진 정책: 예방접종 현황

(단위: %)

사업명	2018	2019	2020	2021		
				소계	65세 미만	65세 이상
인플루엔자 예방접종률	33.2	38.2	39.3	42.1	38.4	80.1

주: 인플루엔자 예방접종률: 최근 1년 동안 인플루엔자(계절 독감) 예방접종을 받은 비율.
 자료: KOSIS. (2023b). 인플루엔자 예방접종률 추이. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=177&tblId=DT_11702_N083&conn_path=13에서 2023.7.14. 인출.

건강검진의 경우 일반건강검진, 암검진, 인지기능장애검진에 대한 이용 실태를 검토하였다. 일반건강검진의 수검률은 2018년 76.9%에서 2020년 67.8%까지 감소하였으나, 2021년 74.2%로 다소 증가하였다. 이는 2020년 COVID-19로 인하여 건강검진 수검을 기피함에 따른 결과로 볼 수 있다. 또한 75세 이상의 경우 일반건강검진 수검률은 53.1%로 타 연령군에 비해 매우 낮다. 이들 집단은 기능상태 악화에 따른 이동의 어려움, 농촌지역 거주 등으로 건강검진기관까지의 접근성이 낮을 가능성이 높은 집단이라는 점에서 유추 가능한 결과이다.

〈표 3-17〉 질병예방 및 검진 정책: 일반건강검진 이용 실태

(단위: 천 명, %)

연도	2018	2019	2020	2021			
				소계	65세 미만	65~74세	75세 이상
대상인원	19,593	21,717	21,446	22,837	18,768	2,570	1,499
수검인원	15,077	16,098	14,545	16,953	14,170	1,988	795
수검률	76.9	74.1	67.8	74.2	75.5	77.3	53.1

주: 대상인원 및 수검인원은 연도 말 기준 집계이며, 대상인원은 지역 세대주, 직장가입자, 20세 이상 세대원과 피부양자, 20~64세 의료급여 수급권자를 포함함.
 자료: KOSIS. (2023c). 연령별, 성별 일반건강검진 대상 및 수검인원 현황: 전체. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35007_N002_1&conn_path=13에서 2023.7.12. 인출.

암검진 역시도 2020년은 타 연도에 비해 수검률이 매우 낮았으며, 75세 이상의 후기노인은 전체 대상의 31.9%만이 암검진을 받은 것으로 나타났다.

〈표 3-18〉 질병예방 및 검진 정책: 암검진 이용 실태

(단위: 천 명, %)

연도	2017	2018	2019	2020			
				소계	65세 미만	65~74세	75세 이상
대상인원	22,658	22,503	23,123	22,973	16,391	3,911	2,671
수검인원	11,411	12,131	12,891	11,389	8,483	2,055	851
수검률	50.4	53.9	55.8	49.6	51.8	52.6	31.9

자료: KOSIS. (2023d). 연령별, 성별 암검진 대상 및 수검인원 현황. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35007_N010&conn_path=13 2023. 7.12. 인출.

인지기능장애검사 역시도 2020년 수검률이 54.0%로 2019년 64.8%에 비해 약 10%p 감소하였으며, 2021년에 약간의 회복세를 보이고 있다. 이 역시도 COVID-19로 인해 노인의 외부활동 제약에 따른 결과로 볼 수 있다.

〈표 3-19〉 질병예방 및 검진 정책: 인지기능장애검사 이용 실태

(단위: 천 명, %)

연도	2019	2020	2021
대상인원 ¹⁾	3,419	3,724	4,069
수검인원 ²⁾	2,215	2,010	2,465
수검률	64.8	54.0	60.6

자료: 1) KOSIS. (2023g). 성 및 연령별 추계인구(1세별, 5세별)/전국. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA001&vw_cd=MT_ZTITL&list_id=A41_10&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE&path=%252FstatisticsList%252FstatisticsListIndex.do에서 2023.9.27. 인출.

2) 보건복지부, 중앙치매센터. (2020). 대한민국 치매현황 2019.

3) 보건복지부, 중앙치매센터. (2021). 대한민국 치매현황 2020.

4) 보건복지부, 국립중앙의료원, 중앙치매센터. (2022). 대한민국 치매현황 2021.

이처럼 다양한 국가건강검진의 수검률은 2020년 COVID-19로 인해 다소 감소하였으며, 특히 75세 이상 후기노인의 건강검진 수검률이 낮게 나타났다는 점 등을 고려하여 향후 이에 대한 보완적 대책 마련이 필요할 것으로 보인다.

3. 질병관리 및 치료 지원 정책별 이용 실태

노인성 질환 예방 및 관리를 위한 보건복지부 내 다양한 정책 중 수술비 지원 정책인 개안수술 지원과 무릎인공관절수술 지원 사업은 계속적으로 증가세를 보이고 있다. 개안수술 지원 사업 이용자 수는 2020년 대비 2021년 이후 지속적으로 감소하는 것으로 나타났다.

안검진, 전립선검진 및 교육사업의 경우 COVID-19의 영향으로 2020년과 2021년 사이에는 거의 이루어지지 않았으며, 2022년 사업이 재개되었으나 2019년에 비해 활성화되지 못하고 있는 것으로 보인다.

〈표 3-20〉 질병관리 및 치료 지원 정책별 이용 실태: 노인성 질환 예방 및 관리¹⁾²⁾

(단위: 명)

사업명	2018	2019	2020	2021	2022			
					소계	60~69세	70~79세	80세 이상
개안수술 ³⁾	4,889	4,889	5,438	4,968	4,801	4,801 (60+)	- ²⁾	-
안검진 ¹⁾	10,411	10,679	10(회)	30(회)	4,526	166	1,430	2,930
전립선검진사업 ¹⁾	3,496	3,509	-	-	558	-	-	-
전립선 교육	3,566	3,778	594	1,172	843	-	-	-
무릎인공관절수술	1,089	1,777	1,761	1,810	-	-	-	-

주: 1) 안검진수술, 전립선검진사업은 2020년, 2021년도 코로나19로 인하여 정상적으로 검진이 진행되지 못하였음.

2) 구독 불가 자료는 “-”으로 표시함.

3) 개안수술은 자료원 1~5, 안검진은 자료원 6, 전립선검진 및 교육은 자료원 7, 무릎인공관절수술은 자료원 8에 해당함.

자료: 1) 한국실명예방재단. (2020a). 소식지 2019년 1호(통권 206호). Retrieved from http://www.kfpb.org/?pageid=2&page_id=12014&mod=document&uid=773에서 2023. 7.6. 인출.

- 2) 한국실명예방재단. (2020b). 소식지 2020년 봄·여름호(통권 208호). Retrieved from http://www.kfpb.org/?page_id=12014&uid=802&mod=document&pageid=1에서 2023. 7.6. 인출.
- 3) 한국실명예방재단. (2021a). 소식지 2020년 겨울호(통권 210호). Retrieved from http://www.kfpb.org/?page_id=12014&uid=843&mod=document&pageid=1에서 2023. 7.6. 인출.
- 4) 한국실명예방재단. (2021b). 소식지 2021년 가을·겨울호(통권 212호). Retrieved from http://www.kfpb.org/?page_id=12014&uid=903&mod=document&pageid=1에서 2023. 7.6. 인출.
- 5) 한국실명예방재단. (2022). 소식지 2022년 봄·여름호(통권 213호). Retrieved from http://www.kfpb.org/?page_id=12014&uid=957&mod=document&pageid=1에서 2023. 7.6. 인출.
- 6) 한국실명예방재단. (2023). 2022년 노인실명예방사업보고서. Retrieved from http://www.kfpb.org/?page_id=12014&uid=966&mod=document&pageid=1에서 2023. 7.6. 인출.
- 7) 한국전립선 배뇨관리협회. (2018~2022). 사업보고. 각 연도.
- 8) 노인의료나눔재단. (2017~2021). 사업실적 및 결산보고서. 각 연도. Retrieved from https://www.ok6595.or.kr/client/notice/view.asp?cate=A&p_idx=347&cpage=에서 2023. 7.6. 인출.

치매상병자 중 치매안심센터에 등록하여 치매관리사업을 이용하고 있는 대상자는 2019년 421,012명에서 2021년 502,933명으로 증가하였다. 그러나 전체 치매상병자 수가 2019년 844,285명에서 2021년 972,436명으로 증가한 것에 비해 등록자 수의 증가율은 낮아 상병자 수 대비 등록자 수 비율은 2020년 53.6%에서 2021년 51.7%로 오히려 감소하였다. 또한 치매라는 질환의 특성상 치매안심센터 등록자 수는 75세 이상이 월등히 높았다.

〈표 3-21〉 질병예방 및 검진 정책: 치매관리사업 이용 실태

(단위: 명, %)

연도	2019	2020	2021			
			소계	65세 미만	65~74세	75세 이상
치매상병자 수	844,285	911,529	972,436			
치매안심센터 등록자 수	421,012	488,967	502,933	9,376	57,047	436,510
치매상병자 대비 등록자 비율	49.9	53.6	51.7			

자료: 1) 보건복지부, 중앙치매센터. (2020). 대한민국 치매현황 2019.

2) 보건복지부, 중앙치매센터. (2021). 대한민국 치매현황 2020.

3) 보건복지부, 국립중앙의료원, 중앙치매센터. (2022). 대한민국 치매현황 2021.

치매 외의 다양한 질병관리 및 치료 지원 사업을 이용할 수 있는 공공 기관으로는 보건소와 일반보건지소, 건강생활지원센터, 보건진료소, 치매안심센터, 기초자살예방센터 등이 있다. 보건소와 치매안심센터, 기초자살예방센터의 경우 기초지방자치단체인 시군구 기반 시설로 대부분이 시군구에 1개소 이상 설치되어 있다. 일반보건지소와 보건진료소는 보건소의 지리적 접근성을 보완하기 위한 소규모 보건소로 볼 수 있으며, 건강생활지원센터는 지역 내에서 건강생활실천 프로그램 등을 운영하면서 지역주민의 건강 격차 해소를 목적으로 운영되고 있다.

〈표 3-22〉 질병예방 및 검진 정책: 관련 인프라 수(2021년)

(단위: 개소)

기관 종류	보건소 ¹⁾	일반 보건지소 ¹⁾	건강생활 지원센터 ¹⁾	보건 진료소 ¹⁾	치매 안심센터 ²⁾	기초자살 예방센터 ³⁾
기관 수	258	1,342	83	1,904	256	238

자료: 1) KOSIS. (2023e). 보건소, 보건지소, 보건진료소 수. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=TX_117191104&conn_path=I3에서 2023.7.14. 인출.

2) 보건복지부, 국립중앙의료원, 중앙치매센터. (2023). 대한민국 치매현황 2022.

3) 보건복지부. (2023). 2023년 자살예방사업 안내.

가장 높은 유병률을 보이는 고혈압·당뇨병은 별도의 등록관리사업으로 대상자를 관리하며, 등록자 및 등록관리자 모두 매년 증가하고 있다. 등록자 수의 증가와 함께 이 사업을 운영하고 있는 보건소도 2019년까지 25개소가 유지되다가 2020년 31개소로 증가하였으며, 전체 의료기관 및 약국 중 본 사업에 참여하는 기관의 비율도 매년 증가하고 있다.

〈표 3-23〉 질병관리 및 치료 지원 정책별 이용 실태: 고혈압·당뇨병등록관리사업

(단위: 명, 개소, %)

연도		2016	2017	2018	2019	2020	
등록자	고혈압·당뇨병 등록자 수	115,245	125,539	134,897	143,662	152,973	
	누적등록자 수	406,412	450,014	493,215	536,587	586,978	
	등록관리자 수	201,312	230,981	263,114	298,586	347,114	
참여기관	보건소 수		25	25	25	25	31
	의료기관	기관 수	1,211	1,317	1,406	1,488	1,579
		참여율	52.4	55.5	59.2	62.7	63.4
	약국	기관 수	1,568	1,716	1,866	2,048	2,245
		참여율	66.4	71.3	74.7	81.9	86.5

주: 1) 참여율=고혈압·당뇨병을 진료하는 대상기관 대비 고혈압·당뇨병등록관리사업 참여기관의 비율을 의미함.

2) 자료원 p.1416 〈표 1〉과 p.1417 〈표 2〉의 내용을 연구자가 재구성함.

자료: 서순영 외. (2021). 고혈압·당뇨병등록관리사업 추진 현황. 주간 건강과 질병, 14(21). pp.1414-1421.

시도별 의료기관 분포를 살펴보면, 상급종합병원은 전체 45개 중 19개 (42.2%)가, 종합병원은 329개 중 108개(32.9%)가, 병의원은 48.5%가 서울과 경기도에 집중되어 있다. 반면, 공공인프라는 충청(충북 7.7%, 충남 11.6%), 전라(전북 11.6%, 전남 16.2%), 경상권(경북 16.0%, 경남 11.9%)을 중심으로 분포되어 있다. 즉, 민간영역의 의료기관은 서울경기 및 광역시를 중심으로 분포되어 있는 반면, 공공영역의 의료기관은 도(道)지역을 중심으로 분포되어 있다는 것이다. 이는 지역별 의료 격차 완화를 위한 정부 차원의 노력으로 해석된다.

76 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

〈표 3-24〉 시도별 의료기관 분포

(단위: 개소, %)

구분	계		상급종합병원		종합병원		병의원		공공인프라	
	개소	비율	개소	비율	개소	비율	개소	비율	개소	비율
계	76,418	100.0	45	100.0	329	100.0	72,567	100.0	3,477	100.0
서울	18,664	24.4	14	31.1	42	12.8	18,573	25.6	35	1.0
부산	5,489	7.2	3	6.7	25	7.6	5,429	7.5	32	0.9
대구	3,996	5.2	5	11.1	14	4.3	3,953	5.4	24	0.7
인천	3,673	4.8	3	6.7	18	5.5	3,589	4.9	63	1.8
광주	2,289	3.0	2	4.4	23	7.0	2,248	3.1	16	0.5
대전	2,332	3.1	1	2.2	9	2.7	2,303	3.2	19	0.5
울산	1,414	1.9	1	2.2	8	2.4	1,381	1.9	24	0.7
세종	443	0.6	0	0.0	2	0.6	423	0.6	18	0.5
경기	17,031	22.3	5	11.1	66	20.1	16,631	22.9	329	9.5
강원	1,935	2.5	2	4.4	13	4.0	1,676	2.3	244	7.0
충북	2,193	2.9	1	2.2	12	3.6	1,913	2.6	267	7.7
충남	2,783	3.6	2	4.4	11	3.3	2,368	3.3	402	11.6
전북	2,915	3.8	2	4.4	12	3.6	2,498	3.4	403	11.6
전남	2,640	3.5	1	2.2	25	7.6	2,049	2.8	565	16.2
경북	3,410	4.5	0	0.0	20	6.1	2,834	3.9	556	16.0
경남	4,194	5.5	3	6.7	23	7.0	3,753	5.2	415	11.9
제주	1,017	1.3	0	0.0	6	1.8	946	1.3	65	1.9

주: 1) 병의원 수는 병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 조산원, 한방병원, 한의원의 합계임.

2) 공공인프라 수는 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소 수의 합계임.

3) 전체 요양기관 중 약국은 제외함.

자료: KOSIS. (2023f). 시도별 종별 요양기관 현황. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_MIRE01&conn_path=I3에서 2023.9.10. 인출.

제3절 소결

앞서 살펴본 바와 같이 정부는 국민 개개인의 건강한 삶 영위를 위한 정부 차원에서 다양한 노력을 경주하고 있으며, 중장기적 시계를 가지고 영역별 기본계획을 수립하고 있다. 보건의료 영역에서의 주요 기본(종합) 계획은 앞서 언급한 5가지 기본(종합)계획이며, 이들은 다음 표와 같이 개별 기본(종합)계획의 목적에 따라 운영되고 있다.

〈표 3-25〉 건강 및 보건의료 관련 주요 기본계획별 중점 사항

기본계획	중점 사항
국민건강증진종합계획	- 전 생애에 걸친 건강증진-질병예방-건강친화적 환경 구축
공공보건의료기본계획	- 공공보건의료의 인프라 및 인력에 대한 내용을 중심으로 필수 보건의료의 보편적 보장
국민건강보험종합계획	- 건강수명 연장과 건강보험 보장성 향상
국민영양관리기본계획	- 국민의 건강한 식생활실천 및 영양관리
국가건강검진종합계획	- 검진대상 및 인프라 확대와 질병관리수준 향상

자료: 본문 내용을 바탕으로 연구자 작성.

특히나 국민건강증진종합계획에서는 2011년 이후부터 ‘건강 형평성’을 강조하며, 건강 형평성 문제가 제기되는 취약계층의 인구집단별 건강 관리를 별도의 중점 과제로 추가하기도 하였다. 또한 2021년 수립된 제5차 국민건강증진종합계획에서는 건강 형평성을 제고하기 위하여 ‘격차 완화’를 위한 정책들을 제시하였으며, ‘격차’의 기준을 성·지역·경제적 격차로 제시하였다. 이는 건강 형평성의 논의가 취약계층 중심(Health Plan 2020)에서 성별, 지역별, 경제적 격차까지 포함(Health Plan 2030)하는 다각적 형태로 확대되었다는 측면에서 매우 큰 의미가 있다고 볼 수 있다.

이 세 가지 기준이 정책으로 반영되는 범위를 개인 단위와 지역 단위로 나누어볼 수 있다. 먼저 개인 단위는 성별과 경제적 격차 측면이며, 대상

자 선정 조건 등을 통해서 정책에서의 건강 불평등 완화를 위한 주요 요인으로 반영되고 있다. 또한 앞서 다양한 건강 및 보건의료정책을 검토한 결과 연령도 정책적 측면에서의 건강 불평등 완화를 위한 중요한 기제로 반영되고 있음을 확인하였다. 지역 격차는 지역의 인프라 측면에서 반영될 수 있을 것이다.

정부는 건강 불평등 완화를 위해 각각의 정책 내 ‘(소득, 연령, 기타 요인)격차 완화’를 위한 대안들을 마련하고 있다. 그러나 여전히 격차는 유지되거나 심화되고 있는 것으로 보이며, 그 안에서 다양한 사각지대도 노출되고 있다.

먼저 경제적 격차에 따른 건강 불평등의 심화이다. 앞서 살펴본 바와 같이, 경제적 격차에 따른 건강 불평등을 완화하기 위해 다수의 정책이 추진되고 있다. 대표적으로 의료급여가 이에 해당되며, 그 외 건강보험 보험료 경감, 각종 의료비 지원 사업(치매치료관리비지원, 성인암환자의료비지원), 질병관리 및 치료비 지원 사업(방문건강관리, 노인성 질환 예방관리) 등이 포함된다. 그럼에도 불구하고 저소득층의 경우 의료 접근성 측면에서 불리한 상황에 처해 있고, 의료 격차는 심화되고 있으며, 예방 서비스 이용과 상급종합병원 의료서비스 이용도 고소득층에 집중되는 경향이 심화되고 있다(강희정 외, 2019).

지역별 격차에 따른 건강 불평등 역시 완화되지 못하고 있다. 지역별 격차가 가장 많이 나타나는 부분은 의료자원이다. 앞서 살펴본 것과 같이 상급종합병원 또는 종합병원은 서울 및 경기권으로 집중되어 있다. 이는 지역의 건강 불평등과 밀접한 관련이 있다. 안석, 김남훈, 김유나(2019)의 연구에 따르면, 만성질환이 있는 농촌주민은 도시주민과 비슷하게 주로 관내 의료기관을 통해 치료 및 관리를 하고 있으며, 오히려 도시주민보다 더 자주 의료기관을 이용한다. 그러나 암과 같은 중증의 진료가 요

구되는 경우 타 지역의 의료기관을 이용하지만, 의료 이용 횟수는 도시주민과 유사하다. 이로 인해 상급종합병원 이용료에서 도시주민에 비해 농촌주민의 의료비가 더 높으며, 의료비용 효과성은 농촌이 도시보다 더 낮았다. 즉, 일상적 관리가 필요한 만성질환 등은 보건소, 보건지소 등과 같은 공공인프라를 통해 관리가 가능하며, 이러한 공공의료인프라는 지역의 건강 불평등 완화에 기여하고 있다고 볼 수 있다. 그러나 농어촌 군지역의 52.7%만 중요 과목 진료가 가능하며, 23%의 군지역에는 응급의료기관이 부재(안석 외, 2019)하여 여전히 중증 또는 긴급한 상황에서의 의료 이용에 대한 지역 간 격차는 계속되고 있음을 알 수 있다.

또한 건강 불평등 완화를 위해 일부 계층에 집중된 정책적 접근이 오히려 사각지대를 발생시키는 요인으로 작용하기도 한다. 대표적 예시로 예방접종에서의 연령 기준을 들 수 있다. 영유아기 필수예방접종 후 성인기까지 예방접종에 대한 국가 차원에서 이루어지는 별도의 개입은 없으며, 65세 이후가 되면 독감 예방접종, 폐렴구균 예방접종, 대상포진 예방접종 등을 무료로 접종할 수 있다. 즉, 예방접종은 건강의 위험요인을 감소시키는 보편적인 질병예방정책이지만, 연령에 따른 이용 제한이 뒤따른다. 이로 인하여 65세 미만의 접종률은 38.4%로 매우 낮은 반면, 65세 이상은 80.1%로 접종률이 매우 높다. 본 연구에서 검토한 대부분의 사업들은 65세(또는 60세)라는 연령을 충족하여야 하였으며, 추가적으로 소득 기준과 기타 증상별 기준이 포함되었다. 노년기의 건강은 전 생애 동안 이루어진 건강관리 행태가 누적되어 발현된다는 특성을 지닌다. 그러나 현재 우리의 건강 및 보건의료정책은 영유아기와 노년기에만 집중되어 영유아기 이후부터 65세(또는 60세)에 이르기 전까지는 정책의 사각지대에 머무는 경우가 많다. 독감 예방접종뿐만 아니라 다양한 질병예방(운동교실, 체육활동지원 등) 관련 정책들이 이에 해당한다.

80 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

〈표 3-26〉 건강 및 보건의료정책 현황 및 실적

구분	사업명		대상자 조건			실적			
			연령	소득	기타	소계	65세 미만	65~74세	75세 이상
건강 보험 보장 성 강화	- 의료급여(천 명)		-	○	○	1,517	924	284	308
	- 노인 건강보험 보험료 경감		○	○	-	-	-	-	-
	- 노인 외래진료정액제		○	-	-	-	-	-	-
	- 의료비 본인부담률 인하	중증치매(명)	-	-	○	50,833	1,746	5,038	44,049
		틀니(명)	○	-	○	51,045			
		임플란트(명)	○	-	○	50,232			
	- 치매치료관리비지원사업(명)		○	○	○	343,379(신청자) 287,456(지원가능자)			
- 성인암환자의료비지원사업(명)		○	○	○	54,207				
질병 예방 및 검진	- 건강백세운동교실(천 명)			-	-	79			
	- 노인건강마일리지		○	-	-	-	-	-	-
	- 어르신 체육활동지원		○	-	-	-	-	-	-
	- 예방접종(접종률%) (실적은 인플루엔자만 해당)		○	-	○	42.1	38.4	80.1	
	- 일반건강검진(수검률%)		○	○	-	74.2	75.5	77.3	53.1
	- 의료급여 생애전환기 건강검진		○	○	-	-	-	-	-
	- 암검진(수검률%)		○	-	-	49.6	51.8	52.6	31.9
	- 치매조기검진(수검률%)		○	-	-	60.6			
질병 관리 및 치료 지원	- 지역사회 통합건강 증진사업	방문 사업 전반	○	○	○	-	-	-	-
		건강 재가암환자 관리사업	○	-	○	-	-	-	-
		치매관리(치매안심센터 등록자 수명)	○	-	-	502,933	9,376	57,047	436,510
	- 노인성 질환 예방관리	노인무릎인공관절 수술 지원	○	○	○	-	-	-	-
		노인살명 예방 및 관리 전립선 및 요실금 등 노인성 질환 예방 및 관리 지원	○	○	○	개인수술 4,801명, 안검진 4,526명 전립선 교육 843명			
	- 고혈압·당뇨병등록관리사업(명)		○	-	○	152,973			
	- 자살예방 및 지역정신보건사업		-	-	-	-	-	-	-
	- 재택의료 관련 시범사업	일차의료 방문진료 수가 시범사업	-	-	○	-	-	-	-
		장기요양재택의료센 터 시범사업	-	-	○	-	-	-	-
		일차의료 만성질환 관리 시범사업	-	-	○	-	-	-	-

자료: 본문 내용을 바탕으로 연구자 구성

정책적 접근을 통한 건강 불평등 완화는 일부 영역에서의 격차 완화와 함께 종합적 차원에서 접근되어야 하며, 현재의 인프라 활용을 넘어 다각적 차원에서 논의되어야 한다. 개인적 차원에서의 성, 소득, 연령 기준의 무조건적 확대를 통한 건강 불평등 완화는 재정의 지속가능성 등을 고려할 때 지양해야 한다. 그러나 그 과정에서 발생하는 사각지대에 대한 고려가 필수적으로 함께 이루어져야 할 것이다.

또한 지역의 의료자원에 따라 발생할 수 있는 건강 불평등 완화를 위해서는 현재의 물리적 인프라 활용뿐만 아니라 디지털 헬스케어의 적용 등을 보다 적극적으로 검토할 필요가 있다. 그 외에도 현재 시범사업으로 운영 중인 일차의료 방문진료수가 시범사업, 일차의료 만성질환관리 시범사업 등의 성공적 완료를 통해 방문진료 등이 확대될 수 있도록 노력해야 할 것이다.



제4장

양적연구를 통한 노년기 건강 불평등 양상 분석

- 제1절 노년기 건강 불평등 분석 과정
- 제2절 노년기 건강 불평등의 시계열적 변화
- 제3절 노년기 건강궤적을 통한 불평등 양상 분석
- 제4절 소결

제 4 장

양적연구를 통한 노년기 건강 불평등 양상 분석

제1절 노년기 건강 불평등 분석 과정

1. 노년기 건강 불평등 분석 절차

가. 분석 절차

노년기 건강 불평등 분석은 크게 두 가지 과정으로 진행되었다. 첫째, 건강 불평등의 시계열 변화를 관측하였다. 시계열 변화를 통해 파악하고자 한 사항은 크게 두 측면으로 ① 연령(출생코호트)에 따른 건강 격차, ② 거주지역에 따른 건강 격차가 어떠한 양상으로 나타나는가이다. 출생코호트에 따라서 경험한 사회문화적 배경 및 제도의 효과 등이 다를 수 있다는 측면에서, 축적된 경험들이 건강행위 및 건강 수준의 격차로 어떻게 이어지는가를 파악하고자 하였다. 또한 정책을 집행하는 단위 중 하나인 지역을 기준으로, 서비스 접근성이 형평적으로 이루어지고 있는지와 이를 바탕으로 예방·관리적 노력이 균형적으로 담보되고 있는지를 시계열적으로 파악하였다. 지역에 따라 이용 가능한 의료자원의 편차가 증대하는 등 지역 간 공급 불균형 문제(조미형, 박대식, 최용욱, 2013)가 지속적으로 제기될 뿐 아니라, 이 같은 편차가 궁극적으로 개인의 건강에 영향을 미칠 수 있다는 맥락효과적 차원에서 다를 필요가 있다는 전문가 의견을 반영하였다. 분석의 기간은 본 연구가 노년기에 집중되고 있다는 점에서, 노인인구의 급격한 확대 및 주요한 노인복지정책이 확대되기 시작한 2010년 이후를 기점으로 약 10년간의 변화를 검토하였다.

둘째, 건강 불평등이 개인의 생애과정 속에서 어떠한 양상으로 나타나 는가를 살펴보기 위하여 집단중심다중궤적 분석을 실시하였다. 앞서 시 계열 분석은 우리 사회의 건강 수준 격차가 출생코호트 및 지역수준에 따라 어떻게 변화하고 있는가에 초점을 둔 것이라면, 집단중심다중궤적 분석은 출생코호트별로 노년기로 이행하는 과정 중 개인수준에서 발현된 건강 격차를 이해하기 위한 작업이다. 즉, 노화과정에서 건강 수준의 차이가 어떻게 이질적으로 나타나는가를 파악하기 위함이다. 동일한 출생 코호트의 경우, 유사한 사회문화적 배경을 바탕으로 성장하며 생애주기 적으로도 주요한 생애사건을 비슷하게 경험하였을 것으로 예견됨에도 불구하고 노화과정에 있어 이질적 차이가 발견된다면, 그에 대한 이해와 차이를 유발시킨 요인을 밝혀내는 작업이 필요하다고 판단하였다. 따라서 본 분석을 통해서 생애과정 중에 축적된 건강 수준의 차이를 불평등의 관점에서 조망하고자 한다.

다만 건강은 유전적 요인, 개인의 인적 및 물적 자원, 건강실천행위, 보건의료서비스 이용 등 다양한 요인들이 관련되어 현재의 상태를 이룬다는 점에서, 건강 수준의 이질적 차이를 모두 불평등의 관점으로 논하기는 어려울 것이다. 따라서 본 연구에서는 전술한 바와 같이 노년기 이행과정에서 가장 이질적인 차이를 보이는 집단 간 비교에 집중하여 노년기 건강 불평등에 대해 살펴보고자 한다. 건강 불평등에 대한 개념적 정의에서도 논의된 바와 같이 ‘회피가능하거나 불필요한 차이’를 줄이는 것이 건강 불평등 완화의 궁극적 목적이라 한다면, 가장 취약한 상태의 집단과 그렇지 않은 집단 간 비교를 바탕으로 그 차이를 줄여나가는 작업이 무엇보다 중요하다고 판단하였기 때문이다.

〈표 4-1〉 노년기 건강 불평등 분석 과정

구분	분석 목적	분석 기간
시계열 분석	-출생코호트 및 지역에 따른 시계열적 건강 격차 추이 파악	2010~2020년
집단중심다중귀적 분석 및 영향요인 검증	-(출생코호트 내/출생코호트 간) 노년기 이행과정의 건강 격차 파악 및 격차를 야기한 요인 탐색	2008~2020년

주: 가용자료원에 따라 분석 시작시점에 차이를 둬.

나. 분석 변수 선정

분석 과정별로 포함한 변수는 전문가 조사 결과 및 연구진 회의 등을 거쳐 선정하였다. 우선 전문가 조사의 경우 보건 및 복지 분야 전문가 25명을 대상으로 4월 11일부터 4월 17일까지 서면조사를 실시하였으며 최종적으로 16명이 조사에 응하였다.

조사의 주요 내용은 노년기 건강 불평등 양상을 도출하기 위한 변수 선정에 초점을 두고 이 외 추가로 제안할 변수, 분석 과정 전반에 대한 의견을 구득하는 과정으로 이루어졌다. 전문가 조사를 위한 건강 불평등 변수(안)는 선행연구를 참고하여 (사회)구조적 요인, 중개요인, 건강결과 영역으로 나누어 구성하였으며, 개인 및 지역(국가)수준에서 고려해야 할 변수는 분석 과정에 맞게 선정되도록 하였다.

즉, 노년기 건강 격차를 가늠할 수 있는 건강결과(결과요인)와 이에 영향을 미치는 요인을 (사회)구조적 차원 및 중개적 차원에서 선정하기 위한 절차로 이루어졌다.

〈표 4-2〉 전문가 조사 개요

구분	내용			
조사 기간	4.11.~4.17.			
조사 방법	구조화된 설문지를 통한 이메일 조사			
조사 대상	보건 및 복지 영역 전문가 25명(최종 16명 회신)			
조사 내용	1) 건강 불평등 변수 선정(예시)			
	(사회)구조적 요인	개인수준	사회경제적 지위	변수명 성별 연령
		지역수준	지역박탈 지방재정	지역박탈지수 재정 자주도
	중개요인	개인수준	흡연	현재 흡연율
			음주	고위험(문제) 음주율
	지역수준	신체활동	신체활동 실천율	
		의료 접근성	의료시설 접근성	
	결과요인	개인수준	의료 접근성	공공보건의료기관 분포
			활동제한	활동제한(ADL, IADL)
		지역(국가) 수준	정신건강	우울감 경험률
수명			기대여명	
		사망	총 사망률	
2) 건강 불평등 추가 변수 제안				
3) 이 외의 분석 과정 전반에 관한 의견				

전문가 조사를 통해 건강 불평등을 야기 또는 증개하는 (사회)구조적 요인 및 증개요인과 결과적 측면에 대해 우선순위가 높은 변수를 선정하도록 한 결과는 〈표 4-3〉과 같다.

우선순위가 높다고 판단한 변수들은 분석 과정(시계열 분석, 종단 분석)과 관계없이 유사한 경향을 나타냈으며, 대체로 기존 선행연구에서 언급된 변수들을 전문가들 역시 중요한 것으로 지적하였다. 우선 (사회)구조적 요인과 관련해서는 개인적 차원의 사회경제적 지위에 해당하는 성별, 연령, 결혼상태, 최장기 직업, 교육수준, 소득수준 및 연금 보유형태 (또는 수준) 등을 중요하다고 언급하였으며, 사회참여(관계)와 관련해서는 사회참여수준, 사회적 관계망에 대한 중요도를 높이 평가하였다. 지역

수준에 있어서는 노인인구 비율에 대한 고려가 필요하다는 응답이 높게 제시되었다.

중개요인과 관련해서는 개인적 차원의 건강실천행위와 관련한 흡연율, 고위험(문제) 음주율, 신체활동 실천율에 대한 중요도를 높이 평가하였으며, 예방서비스 차원의 건강검진 수진율과 의료 이용 차원의 의료서비스 미충족 의료율에 대한 중요도 역시 높게 제시하였다. 지역적 차원에 있어서는 공급과 관련한 지표들, 즉 의료시설에 대한 접근성, 인구 10만 명당 병상 및 의료인력 수를 고려해야 한다는 응답이 높게 나타났다.

결과요인과 관련해서 개인적 차원에서는 주관적 건강상태, EQ-5D와 같은 종합적 측면에서의 건강 수준 평가 지표와 신체건강(만성질환), 인지건강(인지기능), 정신건강(우울감 경험률)과 관련한 지표를 중요하게 언급하였다. 지역(국가)수준에서는 건강수명과 자살 사망률에 대한 검토 필요성을 높게 제시하였다.

〈표 4-3〉 전문가 조사 응답 결과(우선순위 선정)

구분	측정 수준	구분	변수명	시계열	종단
(사회) 구조적 요인	개인 수준	사회경제적 지위	성별	1	1
			연령	6	3
			가구형태	6	13
			결혼상태	11	6
			최장기 직업	6	4
			거주지역	6	9
			교육수준	3	4
			소득수준	2	1
			연금 보유형태(수준)	13	3
			주택의 형태	19	20
			주거 안정성(주거배제)	20	19
			주관적 경제상태	17	13
			유년기 경험	아동기 경제적 어려움	11
	아동기 사회적 응집력	21		20	
사회참여 (관계)	사회참여수준	17	9		

90 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

구분	측정 수준	구분	변수명	시계열	종단	
	지역 수준		사회적 관계망	17	6	
		지역박탈	지역박탈지수	11	6	
		지방재정	재정 자주도	11	13	
		주거	최저 주거 기준 미달 주택 거주율	11	9	
		인구	노인인구 비율	6	9	
			1인가구 비율	11	18	
			사회통합	사회에 대한 신뢰율	9	15
				이웃에 대한 신뢰율	11	10
		공공기관에 대한 신뢰율		21	21	
		투표율		24	24	
흡연	현재 흡연율	4	4			
음주	고위험(문제) 음주율	6	4			
신체활동	신체활동 실천율	3	2			
	근력운동 실천율	17	15			
비만	BMI	11	8			
영양	식품 미보장률	6	15			
	예방서비스	건강검진 수검률	1	6		
		5대 암 건강검진율	19	15		
		치매검진 수검률	17	19		
노인 인플루엔자 예방접종률		20	20			
의료 이용	필요의료서비스 미충족 의료율	4	3			
지역 수준	의료 접근성	의료시설 접근성	1	1		
		공공보건의료기관 분포	15	10		
	의료자원	인구 10만 명당 병상(의사, 간호사) 수	6	6		
		응급의학과 전문의 1인당 주민 수	21	22		
	지역사회 환경	공공체육시설 분포	15	8		
		교통안전지수	21	22		
	보건 의료재정	일반회계 중 보건의료예산 비율	9	10		
		일반회계 중 복지예산 비율	11	10		
결과 요인	개인 수준	주관적 건강 수준	건강상태에 대한 주관적 평가	5	4	
			EQ-5D	6	5	
		활동제한	활동제한(ADL, IADL)	1	1	
		정신건강	우울감 경험률	2	2	
			자살생각 경험률	7	16	
			자살시도 경험률	16	16	
		인지기능	인지기능	7	5	
		만성질환 유병	만성질환 수	7	5	
			고혈압 유병률	19	19	
			관절염 유병률	21	21	

구분	측정 수준	구분	변수명	시계열	종단
			당뇨병 유병률	19	19
			허혈성심질환 유병률	22	21
			이상지질혈증 유병률	22	21
		의료서비스 이용	의료 이용 횟수(외래/입원)	7	10
			의료 이용 일수(외래/입원)	18	11
		지역 (국가) 수준	수명	기대여명	14
	건강수명			2	3
	사망		총 사망률	7	9
			회피가능 사망률	16	16
			예방가능 사망률	14	11
			치료가능 사망률	7	11
	5대 사인별 사망률	7	11		
자살 사망률	2	5			

주: 숫자는 우선순위를 의미함.

전문가들이 언급한 변수 중 분석 모형 및 해석의 간명성을 고려하여 우선순위가 1~5순위(중복순위가 많을 경우, 6순위)인 변수를 분석 모형에 포함하되, 자료원의 가용성을 함께 고려하였다.

다만 본 연구가 개인(또는 인구집단)이 경험하는 건강 불평등에 초점을 둔다는 점에서, 분석대상을 개인 및 지역수준에 집중할 필요가 있다는 전문가들의 지적이 있었다. 이에 국가수준에서 고려한 변수(수명, 사망률 등)는 최종 분석에서 제외하였다. 나아가 본 연구에서 주목하는 불건강기간의 격차가 정책 준거 또는 집행 단위에 따라 어떻게 달라지는가를 살피는 방향으로 분석 과정 및 선정 변수가 재조정될 필요가 있다는 전문가 및 연구진의 의견에 따라, 최종적으로 분석 목적에 맞게 변수를 선정하였으며 분석 과정에 따라서 포함된 변수에 차이가 있다(〈표 4-4〉 참조).

92 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

〈표 4-4〉 전문가 조사 결과 및 가용성을 고려한 최종 변수 선정

① 시계열 분석

구분	선정 변수	
연령 (출생코호트)	(건강행위)	- 건강실천행위(금주, 금연, 운동) - 건강검진율
	(건강결과)	- 주요 만성질환 유병률 - 객관적/주관적 건강상태 - 우울수준

구분	선정 변수	
지역 (동부/읍면부)	(서비스 접근성)	- 노인인구당 병상/의료인력 수 - 체육시설 수 / - 의료기관 접근성
	(건강행위/ 건강결과)	(예방적 차원) - 미충족 의료율 - 건강검진율/건강행위 실천율
		(관리적 차원) - 주요 만성질환 진단율/교육 이수율

② 종단 분석

선정 변수		
영양요인	(사회구조적 요인)	성별, 가구형태, 거주지역, 교육수준, 소득수준
	(중개요인)	(개인수준) 건강실천행위, 건강검진 여부 (지역수준) 의료시설 접근성, 인구당 병상(의료인력) 수
(건강결과)		만성질환 유병률, 기능제한 상태, 우울증상 유무, 인지기능 상태

제2절 노년기 건강 불평등의 시계열적 변화

1. 분석틀 및 분석자료

앞서 분석 절차에서 논의하였던 바와 같이 본 절에서는 노년기 건강 불평등과 관련하여 약 10년간의 시계열적 변화를 출생코호트와 거주지역에 따라 나누어 살펴보았다. 구체적으로 출생코호트에 따른 건강행위와 건강결과의 격차를, 지역수준에 따른 서비스 접근성 차이와 건강행위, 건강결과의 차이를 중심으로 파악하였다. 분석에 활용한 자료는 노인실태조사(2011년, 2020년) 자료와 질병관리청의 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스이다. 주요 내용을 정리한 표는 다음과 같다.

〈표 4-5〉 노년기 건강 불평등 시계열 분석 주요 내용

구분	분석 단위	측정 내용		자료원
출생 코호트	-1919년 이전 -1920년대	(건강행위)	-건강실천행위(금주, 금연, 운동) -건강검진율	보건복지부, 한국보건사회연구원, 노인실태조사(2011, 2020)
	-1930년대 -1940년대 -1950년대 이후	(건강결과)	-주요 만성질환 유병률 -객관적/주관적 건강상태 -우울수준	
거주 지역	-17개 시도의 동/읍면부	(서비스 접근성)	-노인인구당 병상/의료인력 수 -체육시설 수 -의료기관 접근성	질병관리청, 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스(2010, 2020)
		(건강행위/건강결과)	(예방적 차원) -미충족 의료율 -건강검진율/건강행위 실천율	
			(관리적 차원) -주요 만성질환 진단율/교육 이수율	

주: 지역 단위 분석에 있어서는 2010년, 2020년 자료를 기준으로 하되, 동부/읍면부 자료 공개시점에 따라 분석시점을 달리함. 자료원 3으로부터 필요한 지표명을 검색하여 자료원을 추출하였으며, 웹상 추출 URL은 동일함.

자료: 1) 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2011). 노인실태조사 원자료.

2) 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2020). 노인실태조사 원자료.

3) 질병관리청. (2023). 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스. Retrieved from <https://chs.kdca.go.kr/chs/recsRoom/dataBaseMain.do>에서 2023.9.1. 인출.

2. 분석 결과

가. 출생코호트에 따른 시계열 분석

출생코호트에 따른 시계열 분석 중 예방적 측면에서 건강실천행위를 어떻게 이행하는지와 건강검진율에 대해 살펴보았다. 먼저 건강실천행위는 주요하게 논의되는 금주, 금연, 운동실천 여부에 따라 모두 실천부터 비실천까지 구간을 나누어 파악하였다. 그 결과, 모두 실천한다는 비율이 2011년 33.8% 대비 2020년 42.6%로 증가하였다. 3개 항목 중 2개 이상 실천하는 적극적 실천율 역시 동 기간 84.0%에서 87.5%로 증가하였다는 점 역시 고무적이다. 모두 실천한다는 응답에 있어서는, 최근 출생코호트일수록 시계열적으로도 그 비율이 증가함을 알 수 있다. 1920년 이전 출생코호트의 경우에도 적극적 실천율이 시계열적으로 증가한 것으로 나타나는데, 예방적 관리를 실천할 수 있는 인프라가 확대됨에 따른 결과인지 혹은 분석대상 연령 감안 시 건강저해행위를 실천하지 않기 때문인지에 대해서는 추가적 논의를 필요로 한다.

건강검진율에 있어서는 2011년 81.3% 대비 2020년 79%로 소폭 감소한 것으로 나타난다. 건강검진 주기 확대 등의 정책적 노력 감안 시 이 같은 수치 변화는 2020년 당시 외부 환경적 요인(COVID-19 확산)에 따른 결과로 보인다. 이 같은 환경적 요인이 출생코호트별 분석에 있어서도 영향을 미친 것으로 해석된다.

〈표 4-6〉 출생코호트별 건강실천행위 및 건강검진율 변화

(단위: %)

구분	건강실천행위								건강검진율	
	비실천		1개 실천		2개 실천		모두 실천		'11	'20
	'11	'20	'11	'20	'11	'20	'11	'20		
전체	3.1	3.0	13.0	9.5	50.2	44.9	33.8	42.6	81.3	79.0
출생연도										
1950년 이후	-	4.1	-	11.5	-	40.8	-	43.6	-	80.1
1940~1949년	3.4	3.1	14.7	9.1	46.9	43.0	34.9	44.8	86.6	80.3
1930~1939년	3.2	0.7	11.8	6.3	50.2	56.1	34.8	36.9	81.3	74.2
1920~1929년	1.3	0.0	11.3	3.2	61.0	83.4	26.5	13.5	63.3	62.5
1919년 이전	0.0	-	16.3	-	67.0	-	16.7	-	47.4	-

주: 각 연도 샘플 가중치를 적용하여 재분석함. 2020년 분석 결과 중 1919년 이전 출생자는 2명에 불과하여 분석에서 제외함.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 노인실태조사. 각 연도. 원자료 재분석.

건강결과 차원에서는 주요 만성질환 유병률에 대해 살펴보았다. 주요 만성질환으로는 노년기 다빈도 질환을 중심으로 고혈압, 당뇨병, 암, 관절염, 고지혈증의 5개 항목을 포함하였으며, 이 중 2개 이상일 경우 복합이환으로 간주하였다.

분석 결과, 전반적인 만성질환 유병률에 있어서는 만성질환의 종류에 따라 시계열적 변화를 달리하였다. 고혈압, 당뇨, 고지혈증의 경우에는 유병률이 2011년 대비 2020년 증가하였으나, 암과 관절염의 경우에는 동 연도 유병률이 감소하였다. 출생코호트에 따른 분석 결과에 있어서도 만성질환의 종류에 따른 유병률 차이가 발견된다. 복합이환율에 있어서는 2011년 대비 42.2%에서 2020년 33.9%로 감소한 것으로 나타나며, 최근 출생코호트에서 이 같은 경향이 두드러진다. 사회경제적 수준의 발달과 건강검진을 비롯한 예방적 관리 확대 등이 전반적인 건강 수준 향상으로 이어진 것으로 해석된다. 다만 건강검진 확대에 따라 만성질환을 조기에 발견함으로써 유병률이 증가할 수 있다는 점과, 만성질환의 성격에

다른 식습관 및 영양상태 변화가 미치는 영향 등이 다를 수 있다는 점에서 해석에 주의를 요한다.

〈표 4-7〉 출생코호트별 주요 만성질환 유병률 변화

(단위: %)

구분	복합이환율 ²⁾		고혈압		당뇨병		암 ³⁾		관절염		고지혈증	
	'11	'20	'11	'20	'11	'20	'11	'20	'11	'20	'11	'20
전체	42.2	33.9	54.9	56.8	20.5	24.2	3.5	1.8	40.2	16.5	13.9	17.1
출생연도 ¹⁾												
1950년 이후	-	26.3	-	48.6	-	18.6	-	1.1	-	12.9	16.8	16.6
1940~1949년	39.3	37.1	50.8	59.8	21.2	26.9	3.1	2.2	34.2	16.8	15.6	17.7
1930~1939년	45.9	41.6	58.5	65.9	21.7	29.7	4.3	2.2	43.1	22.4	13.9	17.1
1920~1929년	39.3	45.9	56.5	72.7	14.1	24.0	1.6	4.8	50.4	33.3	8.4	15.9
1919년 이전	25.1	-	37.2	-	2.9	-	3.9	-	47.9	-	1.4	-

주: 1) 각 연도 샘플 가중치를 적용하여 재분석함. 2020년 분석 결과 중 1919년 이전 출생자는 2명에 불과하여 분석에서 제외함.

2) 제시한 만성질환 5개 중 2개 이상인 비율을 의미함.

3) 암은 세부적으로 제시된 암종 중 1개 이상인 경우의 비율임.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 노인실태조사. 각 연도. 원자료 재분석.

다음으로 신체적 건강 수준 변화를 건강(기능상태 및 만성질환 양호), 복합이환군(만성질환 2개 이상), 기능제한자(만성질환 및 기능제한인 경우)로 구분하여 살펴보았다. 2011년 대비 2020년 기준, 건강이 양호한 비율이 27.9% 대비 43.0%로 크게 증가하였으며, 복합이환군 및 기능제한자 비율은 감소하였음을 알 수 있다. 앞선 분석에서 나타났던 바와 같이, 최근 출생코호트에서 이 같은 변화가 두드러진다.

〈표 4-8〉 출생코호트별 건강 수준 변화

(단위: %)

구분	건강		복합이환군		기능제한자	
	'11	'20	'11	'20	'11	'20
전체	27.9	43.0	59.1	46.9	13.0	10.1
출생연도						
1950년 이후	-	55.7	-	40.5	-	3.8
1940~1949년	34.5	39.1	58.5	51.5	7.0	9.4
1930~1939년	23.8	27.1	62.1	50.6	14.1	22.3
1920~1929년	19.9	12.3	51.5	28.4	28.6	59.4
1919년 이전	18.8	-	28.1	-	53.1	-

주: 각 연도 샘플 가중치를 적용하여 재분석함. 2020년 분석 결과 중 1919년 이전 출생자는 2명에 불과하여 분석에서 제외함.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 노인실태조사. 각 연도. 원자료 재분석.

정신적 건강 수준 변화와 관련해서는 우울수준 및 주관적 건강상태를 중심으로 살펴보았다. 우울수준 역시 2011년 28.8%에서 2020년 14.9%로 감소하였다. 1920년대 이전 출생코호트를 제외하고는 앞선 분석들의 경향과 마찬가지로 최근 출생코호트에서 우울수준이 낮다. 주관적 건강 상태에 있어서는 2011년 34.2%에서 2020년 48.5%로 스스로의 건강상태를 긍정적으로 인지하는 비율이 높다. 객관적인 건강 수준 향상이 주관적 건강 수준으로 이어지는 결과로 해석되며, 이 역시도 1920년대 이전 출생코호트를 제외하고는 유사한 경향을 보인다. 1920년대 이전 출생코호트의 경우, 2020년 기준 80세 이상으로 어느 정도 연령효과가 반영된 결과로 해석된다.

〈표 4-9〉 출생코호트별 우울수준 및 주관적 건강상태 변화

(단위: %)

구분	우울수준		주관적 건강상태	
	'11	'20	'11	'20
전체	28.8	14.9	34.2	48.5
출생연도				
1950년 이후	-	9.0	-	67.4
1940~1949년	21.1	15.6	41.4	42.3
1930~1939년	33.1	24.1	29.0	25.4
1920~1929년	40.0	43.5	27.9	14.5
1919년 이전	34.9	-	32.6	-

주: 각 연도 샘플 가중치를 적용하여 재분석함. 2020년 분석 결과 중 1919년 이전 출생자는 2명에 불과하여 분석에서 제외함.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 노인실태조사. 각 연도. 원자료 재분석.

나. 거주지역에 따른 시계열 분석

건강 수준 담보를 위한 사전적 예방 및 관리 측면에서 지역사회자원의 고른 분포는 무엇보다 중요하다. 정책적으로도 지역별 인프라 구축의 형평성 확보를 위해 다양한 기본계획 수립 등을 바탕으로 물적·인적 인프라 확보 등의 노력을 기울이고 있다. 여기에서는 이 같은 노력이 시계열적으로 어떻게 개선되어오고 있는가와 함께, 거주지역에 따라서 예방 및 관리가 어떻게 적절히 이루어지고 있는가를 분석하였다.

우선 거주지역별 의료기관 및 의료인력 수에 대해 살펴보았다. 2020년 기준 65세 이상 인구 천 명을 기준으로 한 병상 수는 2010년에 비해 그 규모가 지역과 관계없이 적다. 지역별 고령인구의 자연증가분을 고려할 때, 현재의 의료자원 공급이 그에 미치지 못하기 때문인 것으로 간주된다. 일부 읍면지역(부산, 경기)을 제외하고는 광역시나 도(道)지역에서 이 같은 현상이 두드러진다. (상급)종합병원 수에 있어서는 지역별로 시계열 변화가 적은 편이나, 이는 절대적인 공급량 자체가 적기 때문에 나타난 결과로 해석된다. 특히 일부 광역시, 도의 읍면부 지역에서는 10년이라는 시간이 경과했음에도 불구하고 (상급)종합병원 공급이 원활히 이루어지

지 않고 있음을 알 수 있다. 의료인력 수의 증감 편차는 지역별로 상이하
나, 도/읍면부 간 의료인력 수 편차는 유지되는 것으로 나타났다.

〈표 4-10〉 거주지역별 의료기관 및 의료인력 시계열 변화²⁾

(단위: %, 병상, 개소, 명)

구분 ¹⁾	2010년				2020년			
	고령화율	65세 이상 인구 천 명당			고령화율	65세 이상 인구 천 명당		
		병상 수	(상급)종합 병원 수	의료 인력 수		병상 수	(상급)종합 병원 수	의료 인력 수
서울 -	9.7	20.8	0.06	76.4	16.1	14.9	0.04	75.6
부산 동부	11.2	17.1	0.07	57.1	19.6	10.5	0.04	58.0
읍면부	12.7	18.2	0.08	32.9	15.9	8.5	0.04	35.8
대구 동부	10.0	20.4	0.07	65.9	23.0	13.0	0.05	69.2
읍면부	9.9	13.4	0.06	29.5	12.8	11.2	0.00	28.7
인천 동부	8.2	16.3	0.06	54.7	13.4	11.6	0.05	63.5
읍면부	22.9	6.2	0.00	7.9	31.6	4.9	0.04	14.7
광주 -	9.0	18.6	0.16	80.7	14.2	14.0	0.12	87.2
대전 -	8.7	20.1	0.06	77.7	14.4	14.4	0.05	75.7
울산 동부	6.1	24.2	0.05	82.3	12.1	14.1	0.07	74.4
읍면부	9.9	10.7	0.05	32.0	14.8	8.2	0.03	27.3
세종 -	-	-	-	-	9.8	15.5	0.06	54.2
경기 동부	8.4	16.4	0.06	46.3	13.0	12.1	0.04	56.2
읍면부	17.5	9.0	0.00	22.3	26.0	6.3	0.00	19.5
강원 동부	13.1	11.3	0.08	51.0	18.6	9.2	0.06	51.3
읍면부	19.2	7.4	0.04	18.3	26.4	5.9	0.02	14.7
충북 동부	10.3	14.7	0.09	21.2	15.5	11.0	0.06	51.1
읍면부	18.5	8.4	0.01	7.7	25.1	7.4	0.02	18.2
충남 동부	11.9	12.6	0.05	42.2	16.0	10.4	0.04	44.6
읍면부	20.9	8.3	0.01	18.7	31.1	6.5	0.01	16.6
전북 동부	12.1	10.4	0.05	30.4	19.2	10.9	0.04	53.3
읍면부	24.6	7.7	0.02	18.7	31.2	7.0	0.02	18.8
전남 동부	12.2	11.8	0.10	53.4	17.4	9.6	0.08	56.1
읍면부	25.6	7.0	0.03	21.3	31.7	6.5	0.03	25.3
경북 동부	13.4	11.0	0.06	33.4	19.5	8.7	0.05	40.4
읍면부	25.1	6.6	0.00	14.9	30.8	5.7	0.00	15.0
경남 동부	9.3	14.6	0.09	54.4	14.9	10.6	0.06	60.7
읍면부	25.5	6.5	0.00	14.6	32.6	6.1	0.00	16.5
제주 -	12.2	12.6	0.09	50.8	15.7	11.9	0.06	53.4

주: 1) 지역 구분은 원자료 공개 범위에 따라 시/구는 동부로, 군은 읍면부로 간주하였으며, 행정구역 변경 사항을 반영하여 구축함(세종은 2010년 행정구역 변경 전으로 자료 부재).

2) 병상에는 병(의)원, (상급)종합병원, 치과병원, 보건의료원, 보건소(지소, 진료원), 한의원, 약국을 포함, 의료인력에는 의사(치과의사), 약사, 간호사, 물리치료사를 포함.

자료: 질병관리청. (2023). 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스. Retrieved from <https://chs.kdca.go.kr/chs/recsRoom/dataBaseMain.do>에서 2023.9.1. 인출.

거주지역별로 의료기관 접근성을 의료기관 이용률 및 미충족 의료율 측면에서 살펴보았다. 의료기관 이용률은 종합병원, 상급종합병원을 기준시간(90분, 180분) 내에 이용할 수 있었는가에 대한 응답이며, 2010년에 비해 2020년에 이용률이 대체로 개선된 것으로 분석되었다. 다만 서울 및 광역시(인천 제외)에 비해, 도(道)지역의 의료기관 이용률 편차는 시계열적으로도 유지되고 있으며, 특히 읍면부 지역에 대한 개선은 원할치 않은 것을 알 수 있다. 미충족 의료율은 지역과 관계없이 시계열적으로 대체로 개선된 것으로 나타난다. 미충족 의료율 문항은 비교적 지리적으로 접근이 용이한 병(의)원까지를 포괄하여 이용하지 못한 경험을 질문한 문항으로, 앞서(상급)종합병원 이용률과는 응답 내용의 차이가 있었기 때문인 것으로 해석된다.

〈표 4-11〉 거주지역별 미충족 의료율²⁾

(단위: %)

구분 ¹⁾	2011년			2020년		
	기준시간 내 의료기관 이용률('14)		미충족 의료율	기준시간 내 의료기관 이용률('14)		미충족 의료율
	상급종합병원	종합병원		상급종합병원	종합병원	
서울 -	98.7	99.4	14.5	95.4	98.9	5.3
부산 동부	86.7	79.7	14.0	93.7	86.5	5.3
읍면부	87.6	59.9	15.9	93.2	73.7	1.9
대구 동부	83.7	80.1	13.5	85.8	88.7	6.9
읍면부	81.6	79.8	14.7	78.4	90.3	4.2
인천 동부	85.0	88.4	11.6	83.7	88.1	7.4
읍면부	18.8	59.5	10.0	37.6	62.0	9.6
광주 -	78.8	78.6	15.5	92.4	82.9	6.7
대전 -	72.7	58.2	11.5	92.5	70.3	4.6
울산 동부	74.4	16.8	10.1	93.6	30.8	7.3
읍면부	74.3	30.8	16.3	91.2	56.3	4.1

구분 ¹⁾	2011년			2020년		
	기준시간 내 의료기관 이용률('14)		미충족 의료율	기준시간 내 의료기관 이용률('14)		미충족 의료율
	상급종합병원	종합병원		상급종합병원	종합병원	
세종 -	55.5	48.4	-	82.3	65.9	3.0
경기 동부	58.6	70.7	13.8	89.5	98.2	6.3
읍면부	28.5	94.6	14.4	52.0	93.5	7.7
강원 동부	27.6	23.2	11.4	65.4	30.4	4.5
읍면부	14.4	23.7	13.6	36.6	29.0	6.1
충북 동부	42.9	47.2	10.2	83.9	54.6	9.1
읍면부	28.4	57.0	14.5	64.5	69.5	6.1
충남 동부	42.6	65.7	11.5	78.8	66.4	0.8
읍면부	20.1	43.3	11.4	48.0	40.2	5.7
전북 동부	54.7	68.1	11.9	80.8	76.2	6.8
읍면부	28.9	59.2	12.9	56.3	69.6	6.1
전남 동부	33.9	48.7	11.2	85.5	50.6	9.3
읍면부	21.7	49.0	12.7	60.5	53.2	7.9
경북 동부	36.8	38.7	13.3	72.1	42.6	5.5
읍면부	28.6	36.9	14.8	37.6	41.7	6.7
경남 동부	45.5	65.2	15.8	60.6	66.6	6.3
읍면부	22.7	56.7	16.0	34.5	65.5	7.5
제주 -	-	-	18.3	85.5	0.0	4.7

주: 1) 지역 구분은 원자료 공개 범위에 따라 시/구는 동부로, 군은 읍면부로 간주하였으며, 행정구역 변경 사항을 반영하여 구축함(세종은 2010년 행정구역 변경 전으로 자료 부재).

2) 기준시간은 해당 지역 인구수 대비 종합병원에는 90분 내 접근이, 상급종합병원에는 180분 내 접근이 가능한 비율을 의미하며, 값이 작을수록 취약함을 의미함. 미충족 의료서비스 경험률은 병의원(치과 제외) 진료가 필요하나 진료를 받지 못한 사람의 분율(표준화율값)임.

자료: 질병관리청. (2023). 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스. Retrieved from <https://chs.kdca.go.kr/chs/recsRoom/dataBaseMain.do>에서 2023.9.1. 인출.

다음으로 거주지역별 건강행위 실천율을 중등도 이상 운동 실천율 및 건강생활(금연, 금주, 걷기) 실천율 측면에서 분석하였다. 지역별로 운동장을 포함한 공공체육시설의 분포를 파악한 결과, 2010년 대비 2020년 기준 대체로 증가한 경향을 보인다. 체육시설 공급만으로 건강실천행위를 이끈다는 것에는 무리가 있으나, 지역 내 기반시설이 갖추어지는 것이

실천행위를 증진시키는 하나의 강화요인으로 작용할 여지가 있다. 따라서 이 같은 변화는 긍정적이나, 일부 지역(부산, 대구, 경기, 충남 읍면부 등)에서는 변화 추이가 둔화되거나 감소된 것으로 나타났다.

지역에 따른 건강행위 실천율은 시계열적으로 뚜렷한 경향성이 발견되지 않았으며, 건강생활실천 실천율 및 적극적 운동 실천율 모두 2010년 대비 2020년 기준 답보수준이거나 감소한 경향이다. 건강증진을 위한 행위 비율이 전반적으로 낮다는 점에서, 기본적인 수준으로 끌어올리려는 노력이 필요한 측면이라 하겠다. 나아가 2020년의 경우, COVID-19로 인하여 외부활동이 원활하지 않았을 수 있으므로 향후 추가적인 모니터링을 진행할 필요가 있다.

〈표 4-12〉 거주지역별 건강행위 실천율²⁾

(단위: 개소, %)

구분 ¹⁾	2010년			2020년		
	체육시설 수	중등도 이상 운동 실천율	건강생활 실천율	체육시설 수	중등도 이상 운동 실천율	건강생활 실천율
서울 -	35.0	18.5	39.1	60.0	19.0	40.4
부산 동부	8.0	19.3	27.1	12.0	19.7	29.5
읍면부	5.0	27.8	34.1	5.0	17.5	26.4
대구 동부	2.0	17.8	31.1	9.0	20.3	27.5
읍면부	5.0	17.2	46.9	8.0	16.1	33.8
인천 동부	8.0	16.7	31.3	38.0	19.5	28.7
읍면부	0.0	25.1	24.0	6.0	25.9	26.3
광주 -	9.0	18.5	26.3	16.0	17.3	25.5
대전 -	10.0	20.4	33.2	17.0	19.1	25.6
울산 동부	9.0	20.4	35.1	17.0	20.5	29.0
읍면부	12.0	20.4	30.3	14.0	21.9	26.7
세종 -	-	-	-	17.0	13.1	23.4
경기 동부	208.0	20.3	29.9	347.0	18.4	29.9
읍면부	44.0	20.7	23.8	30.0	18.6	22.5
강원 동부	29.0	22.7	23.6	49.0	19.1	21.9

구분 ¹⁾	2010년			2020년		
	체육시설 수	중등도 이상 운동 실천율	건강생활 실천율	체육시설 수	중등도 이상 운동 실천율	건강생활 실천율
읍면부	35.0	28.5	27.7	73.0	26.4	25.1
충북 동부	19.0	26.5	33.7	47.0	21.3	21.0
읍면부	31.0	20.7	19.1	54.0	24.3	23.3
충남 동부	20.0	22.6	28.7	47.0	21.0	25.6
읍면부	20.0	22.8	32.1	18.0	17.9	20.5
전북 동부	22.0	24.1	30.8	37.0	19.1	20.3
읍면부	18.0	27.7	30.1	49.0	19.1	17.6
전남 동부	29.0	33.1	40.4	31.0	18.8	25.9
읍면부	22.0	37.6	40.1	78.0	23.8	26.4
경북 동부	46.0	23.0	24.8	74.0	23.9	21.3
읍면부	28.0	26.9	22.3	60.0	22.2	22.2
경남 동부	43.0	32.5	21.7	100.0	25.8	32.6
읍면부	42.0	31.7	26.2	76.0	29.9	23.2
제주 -	25.0	23.0	26.3	30.0	25.6	26.5

주: 1) 지역 구분은 원자료 공개 범위에 따라 시/구는 동부로, 군은 읍면부로 간주하였으며, 행정구역 변경 사항을 반영하여 구축함(세종은 2010년 행정구역 변경 전으로 자료 부재).

2) 체육시설에는 운동장을 비롯한 공공체육시설이 포함됨. 중등도 이상 운동 실천율은 최근 1주일 동안 평소보다 몸이 조금 힘들거나 숨이 약간 가쁜 중등도 신체활동을 1일 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 비율임. 건강생활 실천율은 금연, 금주, 걷기를 모두 실천한 비율을 뜻함.

자료: 질병관리청. (2023). 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스. Retrieved from <https://chs.kdca.go.kr/chs/recsRoom/dataBaseMain.do>에서 2023.9.1. 인출.

거주지역별로 만성질환 진단 및 교육이 원활히 이루어지는가에 대해서는 다음과 같이 살펴보았다. 진단율에 있어서는 지역별 차이가 시계열적으로 두드러지지 않으나, 교육 이수율에 있어서는 지역별 차이가 나타난다. 대체로 노인인구가 밀집된 읍면부 지역을 중심으로 교육 이수율이 더 높게 나타나는데, 이는 만성질환자로 등록된 인구 역시 해당 지역에 더 많기 때문에 나타나는 현상으로 보인다. 다만 최근 들어 만성질환 종류와 관계없이 교육 이수율이 전반적으로 감소한 경향이 나타났다. 만성질환 관리 교육은 지역 내 보건소를 중심으로 이루어진다는 점을 감안할

때, COVID-19 관련 업무로 인해 기본적으로 이루어지던 업무(만성질환자 관리, 보건의로 교육 등)가 원활히 이루어지지 못하였기 때문인 것으로 간주된다. 만성질환의 경우, 지속적 관리가 필요하다는 점에서 이 같은 서비스 공백이 장기화되지 않기 위한 노력이 강조되어야 할 것이다.

〈표 4-13〉 거주지역별 주요 만성질환 교육 및 진단 경험률²⁾

(단위: %)

구분 ¹⁾	2010년						2020년 ²⁾					
	고혈압		당뇨병		관절염		고혈압		당뇨병		관절염	
	진단	교육	진단	교육	진단	교육	진단	교육	진단	교육	진단	교육
서울 -	19.0	32.4	7.3	46.4	18.2	30.7	19.2	20.8	7.9	34.8	18.7	27.4
부산 동부	17.5	7.8	6.7	14.1	20.8	6.2	17.9	8.9	8.4	15.8	21.8	23.5
읍면부	17.2	29.6	6.8	26.5	15.5	37.5	17.6	18.6	8.0	32.5	19.9	8.1
대구 동부	17.6	14.9	6.7	23.1	20.5	12.0	17.5	12.2	8.1	18.7	19.9	11.0
읍면부	16.8	20.5	7.3	26.0	25.4	17.7	15.3	1.0	6.9	6.7	22.7	1.3
인천 동부	17.6	23.4	7.0	31.8	18.8	23.9	18.8	10.8	8.1	22.7	19.3	27.8
읍면부	19.7	42.9	7.5	44.2	20.3	35.5	21.8	11.3	8.9	27.7	20.4	20.9
광주 -	16.0	33.8	7.5	44.5	22.3	32.3	16.3	10.6	7.7	11.7	17.9	7.4
대전 -	19.1	28.8	6.8	47.0	18.6	29.0	18.6	27.3	7.7	31.6	21.2	32.9
울산 동부	18.4	40.2	7.2	52.8	18.6	42.3	17.3	15.0	7.9	23.3	18.0	4.2
읍면부	15.0	31.2	5.7	27.6	16.5	44.0	15.6	4.3	8.7	14.0	12.9	11.6
세종 -	-	-	-	-	-	-	18.5	16.6	9.1	22.4	21.2	28.9
경기 동부	20.2	35.9	7.5	44.1	19.6	34.7	20.0	15.7	8.6	24.9	19.5	27.3
읍면부	20.2	29.2	8.4	37.0	20.1	26.5	22.2	18.8	9.4	21.1	19.7	19.8
강원 동부	21.3	29.4	7.7	40.1	21.6	27.0	21.7	9.0	8.6	17.6	20.7	17.3
읍면부	19.9	46.5	7.7	55.0	26.6	44.2	21.9	10.8	9.4	18.6	22.5	20.1
충북 동부	18.4	31.2	7.2	30.4	27.4	30.8	20.2	11.2	8.5	18.5	26.1	18.0
읍면부	19.5	53.0	7.4	55.9	24.3	51.6	21.2	11.0	9.5	17.7	23.5	13.3
충남 동부	18.4	55.9	7.0	61.8	24.5	51.7	16.4	14.7	6.7	24.1	18.7	14.4
읍면부	19.0	60.3	6.8	67.4	23.1	58.3	19.7	14.1	8.4	23.9	27.5	12.8
전북 동부	18.3	31.4	6.8	33.7	22.3	29.4	14.8	12.4	6.1	17.8	16.6	21.5
읍면부	16.8	47.1	6.0	49.2	23.5	47.6	18.9	12.2	7.9	20.0	24.5	34.6
전남 동부	16.5	62.0	7.3	65.4	24.5	68.2	16.9	17.6	7.7	23.1	22.3	13.4

구분 ¹⁾	2010년						2020년 ³⁾					
	고혈압		당뇨병		관절염		고혈압		당뇨병		관절염	
	진단	교육	진단	교육	진단	교육	진단	교육	진단	교육	진단	교육
읍면부	16.0	55.6	6.9	59.3	24.5	56.9	18.9	9.3	8.3	14.7	23.2	18.8
경북 동부	18.0	29.3	6.8	32.6	23.9	24.6	19.1	9.0	8.5	14.7	21.2	12.9
읍면부	16.6	35.6	6.7	41.6	23.6	31.1	19.7	10.6	8.5	17.1	23.5	13.6
경남 동부	16.8	51.1	7.1	54.7	20.3	49.3	17.9	21.8	7.4	27.0	20.7	16.5
읍면부	14.8	33.8	5.8	34.9	23.6	33.5	17.2	8.0	8.0	12.0	23.2	10.9
제주 -	17.9	44.3	5.5	51.0	22.3	49.1	19.4	17.8	6.8	29.2	23.1	49.2

주: 1) 지역 구분은 원자료 공개 범위에 따라 시/구는 동부로, 군은 읍면부로 간주하였으며, 행정구역 변경 사항을 반영하여 구축함(세종은 2010년 행정구역 변경 전으로 자료 부재).

2) (진단) 고혈압, 당뇨병은 30세 이상, 관절염은 50세 이상 진단 경험률(의사 진단)로 표준화율을 나타낸 것임./ (교육) 의사에게 진단받은 만성질환자 중 만성질환 관리 교육을 받은 사람의 비율(표준화율값)임.

3) (교육) 고혈압은 2019년, 관절염은 2017년 자료원에 따른 것임.

자료: 질병관리청. (2023). 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스. Retrieved from <https://chs.kdca.go.kr/chs/recsRoom/dataBaseMain.do>에서 2023.9.1. 인출.

제3절 노년기 건강궤적을 통한 불평등 양상 분석

1. 분석자료

노년기 건강궤적을 살펴보기 위한 분석자료로는 한국고용정보원의 고령화연구패널(KLoSA)을 활용하였다. 고령화연구패널은 2006년의 제1차 조사를 시작으로 2020년 제8차 자료까지 구축되었으며, 전국 만 45세 이상 일반 가구에 거주 중인 중고령자를 대상으로 격년을 주기로 조사가 이루어진다. 구체적으로 이들의 가족 및 건강, 고용, 소득 및 소비, 주관적 기대감 및 삶의 질 등 삶의 실태를 다방면으로 파악한다는 점에서 다양한 정보에 대한 파악이 용이하다는 장점이 있다.

이 중 본 분석에서는 제2(2008년)~8차(2020년) 자료를 활용하였다. 제2차 연도(2008년)를 분석의 시작점으로 설정한 것은 데이터 수집기관

변동에 따라 안정적인 데이터 수급이 가능한 연도로 판단하였기 때문이다. 나아가 출생코호트별 분석이라는 점을 감안할 때, 노인복지 영역의 주된 변화가 시작된 시기라는 점 역시 고려하였다. 2008년은 국민연금 수급자가 나타나기 시작한 첫해일뿐더러 노인장기요양보험제도가 도입되는 등 노인의 건강을 비롯한 삶의 다각적 측면에 영향을 미친 시기이기 때문이다.

또한 건강 수준의 차이를 야기하는 요인, 즉 건강 불평등 발생기전을 탐색하기 위하여 고령화연구패널의 직업력 데이터(jh_individual_v10k와 jh_job_v10k)와 질병관리청에서 공표하는 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스, 통계청의 의료시설 접근성 자료를 활용하였다.

2. 분석대상

본 연구에서는 출생코호트를 해방 전 코호트(1944년 이전), 해방 후 코호트(1945~1954년), 베이비붐 세대(1955~1963년)로 분류하여 분석을 실시하였다. 건강 변화와 관련하여 나이가 들어감에 따라 필연적으로 발생하는 건강쇠퇴, 즉 연령효과적 측면뿐 아니라 출생시점에 따라 다르게 경험하는 사회경제적 맥락과 정책 수혜 등 역시 중점적으로 살펴볼 필요성이 있다고 판단하였기 때문이다. 출생코호트 분류는 기존 연구(최승훈, 민수빈, 이예인, 2020)를 참고하였다. 다만 상기 세대 분류를 적용하여 분석 가능한 종단 자료 중 다차원적 건강 변수 적용이 가능한 자료원(고령화연구패널)을 선택함에 따라, 엄밀한 의미에서의 코호트 분석이 이루어지지 못하였다는 한계가 있다.⁴⁾

4) 본 연구에서 분류한 노인 코호트별로 고령화연구패널에서 분석 가능한 차수를 고려한 결과는 다음 표와 같음. 이 같은 가용자료원의 한계를 고려하여 출생코호트별 분석을 실시함.

실제 분석대상자는 2차 연도(2008년) 기준으로 ① 해방 전 일제강점기 세대(1935~1944년 출생), ② 해방 후 전쟁 세대(1945~1954년 출생), ③ 베이비붐 세대(1955~1963년 출생)로 나뉘며, 제2차부터 제8차까지 조사에 모두 참여한 균형패널로 한정하여 분석을 실시하였다. 이에 ① 해방 전 일제강점기 세대 1,498명, ② 해방 후 전쟁 세대 1,808명, ③ 베이비붐 세대 1,359명이 최종적으로 포함되었다.

〈표 4-14〉 최종 분석대상

출생연도	2차 연도('08)	8차 연도('20)	분석대상(명)	주요 특성
1935~1944년	65~74세	77~86세	1,498	-일제강점기 및 전쟁 등 경험 -낮은 교육수준 및 절대적 빈곤하에서 성장
1945~1954년	55~64세	67~76세	1,808	-전쟁 직후로 빈곤 및 사회적 혼란기에서 성장
1955~1963년	46~54세	58~66세	1,359	-경제발전으로 인한 근대화 체감
전체			4,665	-

주: 분석대상별 특성은 자료원을 참고함.

자료: 최승훈 외. (2020). 현재 노인과 미래 노인의 불평등 추이에 관한 연구: 코호트별 소득과 자산을 중심으로. 한국사회정책, 27(3). pp.45-76.

3. 분석 방법

종단적 관점에서 건강궤적을 살펴보기 위하여 집단중심다중궤적 분석(Group-Based multi Trajectory Model, 이하 GBTM)을 진행하였다. 집단중심다중궤적 모형은 동일 모집단 안에서 상이한 궤적(이행)을 보이

코호트명	출생연도	65세 시점	75세 시점	분석 가능 차수
해방 전 일제강점기 세대	1935~1944년	1999~2008년	2009~2018년	2~8차
해방 후 전쟁 세대	1945~1954년	2009~2018년	2019~2028년	8차만
베이비붐 세대	1955~1963년	2019~2027년	2029~2037년	불가

는 집단의 변화 추이를 유형화하는 분석 방법이다(김소진, 2019; 한신실, 2018; Nagin, Jones, Passos, & Tremblay, 2018; Nagin, 2005). 분석기간의 변화 과정을 통해 시간의 흐름에 따른 궤적을 직접 함수로 추정함에 따라 종단 자료에 적합한 궤적 형태 및 유형의 수를 결하게 된다(이선희, 2021, p.62; Jones & Nagin, 2013; Hynes & Clarkberg, 2005).

집단중심다중궤적 모형은 $Y_i = \{y_{i1}, y_{i2}, \dots, y_{i2T}\}$ 에서 개인(i)이 종속 변수에 대해 갖는 우도(likelihood) $P(Y_i)$ 와 개인(i)이 특정한 집단에 속할 확률 Π_j 와 특정 집단 j에 속한 개인 Y_i 의 종속변수에 대한 조건부 확률의 곱으로 가정하여 계상한 것이다(김소진, 2019, p.46).

$$P(Y_1, Y_2, \dots, Y_K) = \sum_j \Pi_j f_k^j(Y_K)$$

k는 결과 변수에 대해 각 궤적집단 j가 갖는 궤적의 수를 의미하며, 결과 변수들에 대한 궤적별 분포함수는 f_k^j 로 표기한다. 결과 변수가 어떠한 성격(또는 분포)을 지니는가에 따라서 서로 다른 확률 분포를 사용하여야 하며, 여기에는 CNORM 모델, ZIP 모델, Logit 모델 등이 있다(김명일, 2017; 정익중, 2009; Jones & Nagin, 2013). 본 연구에 포함된 건강결과 변수의 분포를 고려할 시, ZIP 모델이 적절한 것으로 판단하여 분석 모형에 투입하였다.

4. 분석 변수

분석에 포함된 변수는 다음과 같다. 우선 건강의 다차원성을 고려하여 건강결과 변수에 신체적, 정신적, 인지적 측면을 모두 포함하였다. 구체

적으로 신체적 측면에서는 만성질환 수, 기능제한정도를 고려하였다. 만성질환 수는 9개 질환 중 의사로부터 진단받은 만성질환 수를 연속 변수로, 기능제한정도는 ADL 및 IADL 각 항목에 대한 제한 여부를 연속 변수로 재코딩하여 파악하였다. 우울정도는 CES-D 척도를 활용하여 파악된 값이며, 인지기능 상태는 K-MMSE 척도를 활용하여 파악된 값이다. 네 가지 측정 변수 모두 그 값이 클수록 건강하지 않은 상태를 의미한다.

〈표 4-15〉 건강궤적에 포함된 변수 측정 방법¹⁾

변수명	측정 내용	측정 범위	자료원
만성질환 수	의사로부터 진단받은 만성질환(총 9개) 수	0~9	고령화 연구패널 2~8차
기능제한정도	ADL 및 IADL 제한정도	0~17	
우울정도 ³⁾	CES-D(0~10) 척도를 활용한 우울정도 (4점 이상: 우울)	0~10	
인지기능 상태	K-MMSE 척도를 활용한 인지기능 상태(0~17점: 치매의심, 18~23점: 인지기능저하, 24점 이상: 정상) ²⁾	0~30	

주: 1) 점수가 높을수록 건강하지 않은 상태를 의미함. 만성질환은 고혈압, 당뇨병, 암 및 악성종양, 만성폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 정신과적 질환, 관절염 및 류머티즘을 포함함.
2) 원 척도의 계산값을 역코딩하여 점수가 높을수록 인지기능 상태가 저하된 것으로 계산함.
3) 우울정도 측정도구의 경우, 제5차 이후 조사도구가 조정됨. 추적조사에서 도구의 차이는 문제의 여지가 있을 수 있지만, 김소진(2019)의 연구에서와 같이 단순우울증의 변화궤적을 파악하는 것이 아닌 타 지표와의 관계하에서 변화궤적을 다루므로 분석에 큰 영향을 미치지 않을 것으로 판단함.

영향요인을 측정하기 위해 고려한 변수는 크게 개인수준과 지역수준으로 구분하여 설정되었다. 개인수준에서는 성별, 연령, 지역, 가구형태, 배우자 유무, 사별기간을 고려하였다. 구체적인 측정 방법은 다음 표와 같고, 이 중 사별기간은 주요한 생애사건으로 간주하여 연속 변수화하여 분석에 포함하였다. 사회구조적 차원에서는 교육수준, 공적연금 가입(수령) 여부, 자가점유 및 변화 여부, 가구소득을 고려하였다. 경제활동 여부와 관련해서는 생애사건으로서의 다양성을 반영하기 위하여, 경제활동 여부

(2차 연도)뿐 아니라 현재까지 총 근무기간, 직업의 수, 최장기 직종을 함께 고려하였다. 마지막으로 개인이 실천한 건강행동 측면에서 흡연, 음주, 신체활동의 변화정도를 측정하여 포함하였다.

지역수준은 건강 수준 격차를 야기하는 맥락적 효과를 파악하고자 포함하였으며, 고령화연구패널 2차 연도와 8차 연도 사이 지역 간 이동이 없는 대상에 한해 분석을 실시하였다. 지역수준은 가용자료원에 맞추어 대상자별 거주지를 지역 2수준(17개 시도의 동부, 읍면부)으로 구분하였다. 당초 17개 시도를 동부와 읍면부(2수준)로 나누어 총 34개의 지역수준을 고려하였으나, 현재의 지역 구분을 고려하여 서울, 광주, 대전, 세종, 제주(동부만 존재)를 제외한 12개 시도에 대해서만 동부, 읍면부로 구분하여 분석에 포함하였다. 최종 구분된 지역수준(29개 지역)을 중심으로 네 가지 측면에서 자료를 구축하였다. 의료기관 접근성 측면에서는 종합병원 및 공공의료시설 평균 접근시간, 지역별 보건의료자원의 공급 측면에서는 인구 10만 명당 병상 수 및 의료인력 수를 포함하였다.

〈표 4-16〉 건강계적 일반 특성 및 영향요인 변수 측정 방법^{1,4)}

① 개인 변수

구분	변수명	측정 방법	자료원	
일반 특성	성별	남성 1, 여성 0	고령화연구패널	
	연령	연속 변수		
	지역	동부 1, 읍면부 2		
	가구형태	독거가구 1, 부부가구 2, 자녀동거가구 3, 기타가구 4		
	배우자 유무	배우자 있음 1, 배우자 없음 0		
	사별기간 ³⁾	연속 변수(0~)	고령화연구패널 직업력 데이터	
사회 구조적 요인	교육수준	초졸 이하 1, 중졸 2, 고졸 3, 대졸 이상 4	고령화연구패널	
	공적연금 가입(수령) 여부	가입(또는 수급) 1, 미가입 0		
	자가 점유	변화 ²⁾ (2차 대비 8차)		자가 유지(아동) 1, 비자가 유지(아동) 0
	log 균등화 가구소득	log(가구총소득/√가구원수)		

구분	변수명	측정 방법	자료원	
	경제 활동	참여 여부(2차 연도)	경제활동 참여 1, 비참여 0	고령화연구패널 직업력 데이터
		총 근무기간 ³⁾	연속 변수	
		총 직업 수 ³⁾	연속 변수	
		최장기 직종 ³⁾	총 근무기간 중 가장 오래 근무한 기간의 직종 (생애미취업=0, 관리자/전문가, 준전문가, 군인=1, 사무직=2, 서비스근로자, 판매근로자=3, 농림어업=4, 기능원/장치=5, 단순노무=6)	
중개 요인	건강 실천 행위	흡연 변화 ³⁾	1) 지속흡연(음주/비운동) 2) 지속금연(금주/운동) 3) 흡연(음주/운동) 변화	고령화연구패널
		음주 변화 ³⁾		
		신체활동 (주 1회 10분 이상)실천 변화 ³⁾		

② 지역 변수⁵⁾

구분	변수명	측정 방법	자료원
중개 요인	의료기관 접근성	(상급)종합병원 평균 접근시간(단위: 분)	통계청 교통접근성지표
		공공의료시설 평균 접근시간(단위: 분)	
	인구 10만 명당 병상 수	인구 10만 명당 병상 수	지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스/통계청 주민등록인구
인구 10만 명당 의료인력 수	인구 10만 명당 의료인력(의사, 치과의사, 한의사 포함) 수		

주: 1) 2차 연도 기준. / 2) 2차 연도 대비 8차 연도의 변화를 바탕으로 파악함.

3) 2~8차 사이의 변화를 모두 파악하여 시가변 변수로 적용함.

영향요인 분석 시에는 생애미취업자를 제외하고 (1) 관리자 및 전문가, 준전문가, 군인, 사무직, (2) 서비스 및 판매근로자, (3) 농림어업, 기능원, 장치, 단순노무직으로 재분류화함.

4) 미충족 의료율의 경우, 분석 과정에 포함하고자 하였으나 사례 수가 적어 모형 적합도를 저해하여 제외함.

5) 2020년도(혹은 가장 최근 연도 자료) 자료원을 분석 모형에 투입하였으며, 2차와 8차 간 지역 간 이동이 없는 경우에 한해 분석함.

자료: 1) 한국고용정보원. 고령화연구패널 원자료. 각 연도.

2) 한국고용정보원. (2023). 고령화연구패널 직업력 데이터 원자료.

3) 질병관리청. (2023). 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스. Retrieved from <https://chs.kdca.go.kr/chs/recsRoom/dataBaseMain.do>에서 2023.8.30. 인출.

4) 통계청. (2023a). 2020년 교통접근성지표(읍면동). Retrieved from https://stat.kosis.kr/nsibsHtmlSvc/fileView/FileStbl/fileStblView.do?in_org_id=444&in_tbl_id=DT_444001_FILE2020에서 2023.9.6. 인출.

5) 통계청. (2023b). 행정구역(읍면동)별/5세별 주민등록인구(2011년~). Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04005N&conn_path=I2에서 2023.9.4. 인출.

5. 분석 결과

가. 분석대상의 일반 특성

전체 분석대상에서 1935~1944년 출생코호트는 37.9%(1,498명), 1945~1954년 출생코호트는 38.9%(1,808명), 1955~1963년 출생코호트는 23.2%(1,359명)를 차지하였다. 성별에 있어서는 남성 46.5%, 여성 53.5%로 남성보다 여성의 비율이 더 높다. 교육수준은 고졸 36.4%, 초졸 이하 31.9%, 중졸 18.7%, 대졸 이상 13.0% 순으로, 1945년 이후 출생자일수록 교육수준이 높다는 점이 반영된 결과로 해석된다. 지역에 있어서는 동부 지역 거주자가 77.8%로 읍면부(22.2%) 지역 거주자에 비해 더 많고, 배우자가 있다는 응답이 87.9%로 배우자가 없다는 응답 비율(12.1%)에 비해 매우 높다. 다만 이것이 2차 연도(분석 시작시점) 기준 응답값이라는 점에 주의가 필요하다. 가구형태는 자녀동거가구 57.2%, 부부가구 29.8%, 기타가구 7.8%, 독거가구 5.2% 순으로, 배우자 유무 비율과 유사한 경향을 띤다. 가구소득은 제5오분위 22.7%, 제4오분위 21.8%, 제3오분위 19.7%, 제2오분위 18.4%, 제1오분위 17.3% 순으로 비교적 고른 분포를 보인다.

출생코호트별 일반 특성을 살펴보면, 1935~1944년 출생코호트에서 여성의 비율은 61.0%로 남성에 비해 많다. 교육수준에 있어서는 초졸 이하가 63.1%, 고졸 16.3%, 중졸 13.8%, 대졸 이상 6.8% 순으로 비교적 낮은 교육수준을 나타낸다. 동부 지역 거주 비율은 68.0%로 읍면부 지역 거주 비율에 비해 더 높고, 배우자가 있다는 응답이 78.1%를 차지한다. 가구형태에 있어서는 부부가구 49.8%, 자녀동거가구 33.2%, 독거가구 12.1% 등의 순으로 나타나, 단독가구(독거+부부)의 비율이 약 1/2을 차

지한다. 가구소득에 있어서는 제1오분위가 38.4%로 가장 높고, 그다음 제2오분위 26.0%, 제3오분위 16.8% 등의 순으로 나타나, 전체 분석대상의 소득 분포와 다른 경향성을 보인다.

1945~1954년 출생코호트에서는 여성 50.7%, 남성 49.3%로 성별 구성비의 차이는 적다. 교육수준에 있어서는 고졸 33.7%, 초졸 이하 32.1%, 중졸 23.3%, 대졸 이상 10.9% 순이며 중졸 이하 및 고졸 이상이 비등한 비율을 차지한다. 앞서와 마찬가지로 동부 지역 거주 비율이 78.1%로 읍면부 지역 거주 비율에 비해 더 높다. 90%는 배우자가 있고, 가구형태에 있어서는 자녀동거가구 53.9%, 부부가구 33.9%, 기타가구 7.7%, 독거가구 4.5% 순으로 나타난다. 가구소득에 있어서는 비교적 고른 분포를 띤다.

1955~1963년 출생코호트 역시 성별 구성비의 차이는 두드러지지 않는다. 교육수준에 있어서는 고졸 이상의 비율이 70.5%로 이전 출생코호트들과 차이를 보이며, 동부 지역 거주 비율 역시 83.4%로 이전 출생코호트에 비해 더 높다. 유배우자 비율 또한 91.7%로 분석대상의 연령 감안 시 높은 비율을 차지하며, 가구형태 역시 자녀동거가구 75.2%, 부부가구 13.3%, 기타가구 9.8% 등의 순으로 나타난다. 가구소득에 있어서는 제5오분위 비율이 32.5%, 제4오분위 28.2%, 제3오분위 20.4% 등의 순으로 나타나, 이전 출생코호트와 비교할 때 높은 가구소득에 속한 비율이 크다.

114 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

〈표 4-17〉 전체 분석대상의 일반 특성

(단위: %)

구분	전체 (4,665명)	1935~1944년생 (1,498명)	1945~1954년생 (1,808명)	1955~1963년생 (1,359명)
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
출생연도				
1935~1944년	37.9	100.0	-	-
1945~1954년	38.9	-	100.0	-
1955~1963년	23.2	-	-	100.0
연령				
46~54세	37.9	-	-	100.0
55~64세	38.9	-	100.0	-
65~74세	23.2	100.0	-	-
성별				
남성	46.5	39.0	49.3	48.1
여성	53.5	61.0	50.7	51.9
교육수준				
초졸 이하	31.9	63.1	32.1	12.5
중졸	18.7	13.8	23.3	17.0
고졸	36.4	16.3	33.7	51.5
대졸 이상	13.0	6.8	10.9	19.0
지역				
동부	77.8	68.0	78.1	83.4
읍면부	22.2	32.0	21.9	16.6
배우자 유무				
배우자 있음	87.9	78.1	90.0	91.7
배우자 없음	12.1	21.9	10.0	8.3
가구형태				
독거가구	5.2	12.1	4.5	1.7
부부가구	29.8	49.8	33.9	13.3
자녀동거가구	57.2	33.2	53.9	75.2
기타가구	7.8	4.9	7.7	9.8
가구소득				
1분위	17.3	38.4	14.6	7.3
2분위	18.4	26.0	20.6	11.6
3분위	19.7	16.8	20.7	20.4
4분위	21.8	10.8	22.1	28.2
5분위	22.7	8.1	22.0	32.5

주: 원자료에 대해 가중치를 적용하여 분석하였으며, 2차 연도 기준 수치임. 가구소득은 균등화 가구소득을 기준으로 5분위로 구간화함.

자료: 한국고용정보원, 고령화연구패널 원자료(2차 연도) 재분석.

나. 분석대상의 건강 특성

분석대상의 건강 특성을 만성질환 유병률, 기능제한율, 우울증상 경험률, 인지기능제한율을 통해 살펴보았다. 먼저 전체 분석대상의 만성질환 유병률은 2008년 43.6%에서 2020년 68.5%까지 지속적인 증가 추이를 보이며, 평균 개수는 2020년 기준 1.4개 수준이다. ADL 및 IADL 제한율 역시 시간의 흐름에 따라 증가하는 것으로 나타나며, 2020년 기준 10.2%가 1개 이상의 기능제한을 가지는 것으로 나타났다. CES-D로 측정된 우울증상 경험률의 경우, 연도별 등락은 있으나 10% 내외의 수준이 유지되는 것으로 나타났다. MMSE-K로 측정된 인지기능저하 비율의 경우, 치매 의심 비율은 2008년 2.8%에서 2020년 8.2%로, 인지기능저하 비율은 동기간 13.0%에서 20.0%로 증가한 것으로 나타났다. 전반적으로 시간이 흐를수록 연령효과에 따른 건강 수준 변화가 나타남을 알 수 있다.

〈표 4-18〉 전체 분석대상의 건강 특성⁵⁾

연도	연령	만성질환유병률(%)		기능제한율(%)	우울증상 경험률(%)	인지기능제한율(%)	
		%	평균(개)			치매의심	인지기능저하
2008년	55~74세	43.6	0.7	6.2	8.4	2.8	13.0
2010년	57~76세	49.6	0.8	6.8	10.6	3.4	13.5
2012년	59~78세	54.2	1.0	6.4	8.4	3.9	13.1
2014년	61~80세	58.4	1.1	6.8	10.1	4.7	15.8
2016년	63~82세	62.0	1.2	8.4	10.2	5.2	16.7
2018년	65~84세	65.3	1.3	8.2	10.0	6.6	19.3
2020년	67~86세	68.5	1.4	10.2	9.5	8.2	20.0

자료: 한국고용정보원. 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

5) 보건복지부 및 한국보건사회연구원에서 수행한 ‘2020년도 노인실태조사(이윤경 외, 2020)’와 비교 시 만성질환 유병률 84%, 우울증상 경험률 13.5%, 기능제한 경험률 12.2%, 인지기능저하율 25.3%로 본 분석대상 결과와 만성질환 유병률을 제외하고는 유사한 경향을 나타냄. 만성질환 유병률의 경우, 본 분석자료에서는 9개 질환만이 포함되나, 노인실태조사에서는 30개의 항목이 조사된 점에 따른 차이로 간주됨.

출생코호트별 건강 특성을 살펴보면, 해방 이전 코호트(1935~1944년)는 분석 시작시점인 2008년에 소위 노인(65세 이상)에 진입한 세대로 건강 수준에서도 이 같은 특성이 나타나고 있다. 만성질환 유병률은 2008년 65.0%에서 이들이 후기노인(75세 이상)에 모두 진입한 2018년 83.3%까지 증가하였으며, 2020년 기준으로는 85.5%로 증가하였다. 최근 시점(2020년) 기준, 평균 만성질환 수는 약 2개 수준으로 나타났다. 기능제한율 역시 2008년 기준 7.8%가 1개 이상의 기능제한을 가진 것으로 나타났으나, 2020년 19.0%까지 증가하여 분석대상의 약 1/5이 이에 해당하였다. 우울증상 경험률은 전체 평균보다 더 높은 수준으로 2008년 13.8%에서 등락을 보이나 2020년에는 12.2%로 나타났다. 인지기능제한율의 경우, 치매의심 비율은 2020년 기준 18.9%로, 인지기능저하 비율은 동년 기준 30.8%로 전체 분석대상과 비교 시 높은 수준을 나타내고 있어 연령 증가에 따른 인지기능저하 경험률을 확인할 수 있다.

〈표 4-19〉 해방 이전 코호트(1935~1944년)의 건강 특성

연도	연령	만성질환 유병률(%)		기능제한율(%)	우울증상 경험률(%)	인지기능제한율(%)	
		%	평균(개)			치매의심	인지기능저하
2008년	65~74세	65.0	1.1	7.8	13.8	6.5	22.9
2010년	67~76세	70.5	1.2	9.2	16.2	7.8	23.5
2012년	69~78세	73.9	1.4	8.5	13.0	8.9	22.8
2014년	71~80세	77.8	1.5	9.7	13.5	10.8	26.2
2016년	73~82세	80.2	1.6	13.4	13.5	11.9	28.1
2018년	75~84세	83.3	1.8	14.3	13.6	14.3	31.2
2020년	77~86세	85.5	1.9	19.0	12.2	18.9	30.8

자료: 한국고용정보원, 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

해방 이후 코호트(1945~1954년)는 분석기간 동안 예비노인에서 전기 노인으로의 이행을 경험하는 세대이다. 분석 시작시점의 연령은 55~64세로 본격적인 노인 세대로 진입하기 전이다. 2008년 기준 만성질환 유

병률은 48.1% 수준이나, 이들이 모두 노인 세대로 진입한 2018년에는 동 비율이 70.0%까지 상승하며 2020년 기준으로는 72.7%로 나타났다. 평균 만성질환 개수는 2020년 기준으로 1.4개 수준이다. 기능제한율은 이전 출생코호트보다는 낮은 수준으로 2008년 6.2%에서 등락을 보이다 2020년 7.1%로 나타났다. 우울증상 경험률은 2020년 8.5%로 전체 분석대상과 비교하면 낮은 수준을 나타내며, 인지기능저하율 역시 유사한 경향을 보인다. 2008년 치매의심 비율은 1.6%, 인지기능저하 비율은 11.2% 수준이었으며, 2020년에는 동 비율이 4.6%, 19.8% 수준으로 나타났다.

〈표 4-20〉 해방 이후 코호트(1945~1954년)의 건강 특성

연도	연령	만성질환 유병률(%)		기능제한율(%)	우울증상 경험률(%)	인지기능제한율(%)	
		%	평균(개)			치매의심	인지기능저하
2008년	55~64세	48.1	0.7	6.2	6.7	1.6	11.2
2010년	57~66세	54.5	0.8	6.3	8.5	1.8	11.2
2012년	59~68세	59.4	1.0	5.8	7.0	2.2	10.9
2014년	61~70세	63.8	1.1	5.9	9.6	2.7	13.7
2016년	63~72세	67.0	1.2	6.5	9.9	3.0	15.0
2018년	65~74세	70.0	1.3	6.6	9.4	3.7	17.9
2020년	67~76세	72.7	1.4	7.1	8.5	4.6	19.8

자료: 한국고용정보원, 각 연도, 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

베이비부머 코호트(1955~1963년)는 분석기간 동안 예비노인으로의 이행을 경험하는 세대이다. 따라서 본격적인 노화를 경험하기 이전으로 앞서 살펴본 두 코호트에 비해 건강 수준의 변화가 크지 않다. 만성질환 유병률의 경우, 2008년 26.6%로 분석대상의 약 1/3 정도가 해당하였으며 2020년에는 약 2배 수준인 53.4%로 증가하였다. 기능제한 경험률은 분석기간 내 5% 내외 수준으로 극히 낮다. 우울증상 경험률은 연도별 경향이 일정치 않은 편이나, 2014년 이후 약 7% 내외의 수준이 유지되고

있다. 인지기능제한 경험률 역시 분석대상의 연령대 감안 시 낮은 수준이다. 치매의심률은 2020년 기준 1.5% 수준에 불과하며, 인지기능저하 경험률은 8.8% 수준으로 나타났다.

〈표 4-21〉 베이비부머 코호트(1955~1963년)의 건강 특성

연도	연령	만성질환 유병률(%)		기능제한율(%)	우울증상 경험률(%)	인지기능제한율(%)	
		%	평균(개)			치매의심	인지기능저하
2008년	46~54세	26.6	0.3	4.5	4.8	0.4	4.4
2010년	48~56세	32.4	0.4	4.6	7.1	0.6	5.7
2012년	50~58세	37.3	0.5	4.7	5.2	0.8	5.3
2014년	52~60세	40.8	0.6	4.6	7.1	0.8	7.2
2016년	54~62세	45.5	0.6	5.3	6.9	0.8	6.2
2018년	56~64세	49.0	0.7	3.7	6.8	2.2	8.1
2020년	58~66세	53.4	0.8	4.5	7.8	1.5	8.8

자료: 한국고용정보원. 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

다. 출생코호트별 건강궤적 유형 도출 및 유형별 특성

1) 해방 이전 코호트

가) 건강궤적 유형 도출

해방 이전 코호트의 건강궤적 유형 도출을 위해 집단 수를 증가시키며 최적 모형을 도출하였다. 관련하여 AIC 및 BIC, 베이지 요소의 값은 〈표 4-22〉와 같다.

통계적으로 유의한 집단 수를 결정하기 위하여 BIC 감소 경향과 베이지 요소값(Jeffrey's scale($\beta_{ij} \geq 3$))을 파악하였다. BIC는 집단 수가 늘어남에 따라서 차츰 감소하였으며, 집단 수를 5개(-66849.12)에서 6개로 증가시키는 과정 중 유형 도출에 실패하였다. 따라서 최적 집단 수를 6개 이상으로 구분하는 것은 통계적으로 유의하지 않다. 최적 모형으로 5개

집단으로 구분하는 모형에 대해 베이시 요소값을 산출한 결과, Jeffrey's scale($\beta_{ij} \geq 3$)을 충족하였다.

앞선 두 조건을 만족한 5개 모형의 유형 분류율을 살펴본 결과, 전 집단에서 분석대상이 5% 이상 포함되어 통계적 타당도를 확보하였다. 따라서 5개로 유형화한 모형을 최적 모형으로 선정하였다.

〈표 4-22〉 해방 이전 코호트의 다중계적 유형화 검증

집단 수	BIC	BIC	AIC	ln(Δ BIC)	집단 분류율(%)				
1	-75054.18	-75030.85	-74993.67		100				
2	-70739.59	-70697.94	-70631.54	8.3	61.8	38.2			
3	-68580.64	-68515.67	-68412.08	7.7	19.9	42.2	38.0		
4	67572.12	-67482.15	-67338.73	6.9	18.4	24.3	33.1	24.2	
5	-66964.08	-66849.12	-66665.86	6.5	10.9	11.1	25.7	30.7	21.6

주: 6개 이상 집단에서는 집단 분류에 실패하여 기재하지 않음.

다음으로 최적 모형으로 도출된 유형에 각 사례들이 속할 평균 사후 확률을 검증한 결과는 〈표 4-23〉과 같다. 건강 변화궤적의 해당 집단에 속할 사후 배정 확률이 선행연구(Nagin & Tremblay, 2001)에서 제시된 기준치(70%)를 충족하였다.

〈표 4-23〉 해방 이전 코호트의 다중계적 유형별 사후 배정 확률

(단위: %)

집단 수 \ 유형	1	2	3	4	5
1	94.6	1.6	0.7	0.1	0.0
2	2.1	96.4	0.0	0.0	0.0
3	2.0	0.1	95.4	3.6	0.3
4	1.3	1.4	3.8	93.2	3.4
5	0.0	0.4	0.1	2.7	96.3

주: 개인이 해당 유형에 포함(배치)될 때, 타 유형에 소속되는 것보다 표준오차에 있어서 오차(bias)가 발생할 확률이 상대적으로 낮다는 것을 뜻함(Nagin & Tremblay, 2001, p.30).
 자료: Nagin, D. S., & Tremblay, R. (2001). Analyzing development trajectories of distinct but related behaviors: a group-based method. *Psychological methods*, 6(1), pp.18-34.

나) 건강계적 유형 명명

앞선 유형 도출과정에 대한 설명과 같이, 해방 이전 코호트의 2008년부터 2020년까지 12년간의 건강계적 유형을 총 5개로 도출하였다. 각 건강계적 특성은 다음과 같다.

우선 집단1은 만성질환 및 기능제한의 문제없이 노년기로 이행하는 특성을 보인다. 인지기능 역시 정상 범주를 유지하며, 우울수준 역시 2점 미만으로 매우 낮다. 따라서 신체 및 정신건강 측면에서 큰 문제없이 노년기로 이행하는 집단이며, 전체의 11.2%를 차지한다. 이 같은 특성을 반영하여 집단1을 건강노화군으로 명명하였다.

집단2는 집단1과 비교하여 신체기능 측면(만성질환, 기능제한)에서 유사한 변화 경향을 보인다. 우울수준 역시 2점 수준에서 유지되어 매우 낮다. 인지기능 측면에서는 분석 시작 연도에서 6점 내외로 정상수준이었으나 점차 인지기능이 저하되어 경미한 치매증상이 지속되는 것으로 나타났다. 신체 및 정신건강 측면에서 전반적으로 이상은 없으나, 인지기능 측면에 있어서 경미한 문제가 동반되는 유형으로 전체의 10.9%를 차지한다. 이 같은 특성을 반영하여 집단2를 인지기능저하군으로 명명하였다.

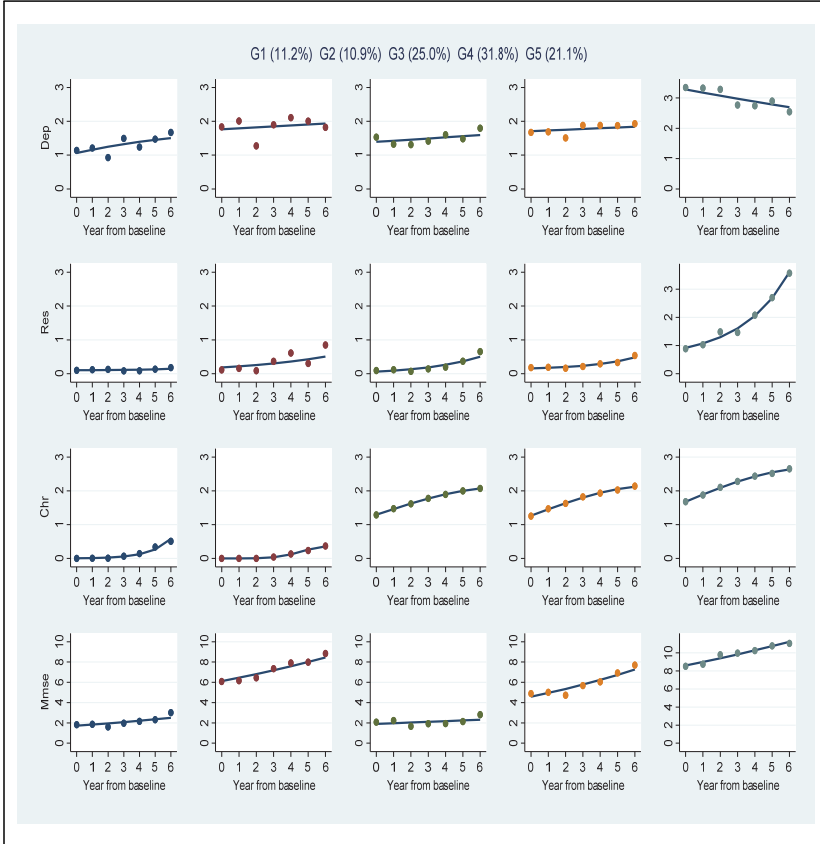
집단3은 이전 집단의 변화 경향과 유사한 흐름을 보이나, 만성질환의 경우 최근으로 올수록 복합이환(2개 이상) 경향이 나타남을 알 수 있다. 8차 연도 기준으로 집단3에서 2개 이상의 만성질환을 지닌 비율은 70.3%로, 3개 이상의 만성질환을 지닌 비율은 91.3%로 나타났다. 전체 집단 중 25.0%가 이 유형에 속한다. 이 같은 특성을 반영하여 집단3을 복합이환군으로 명명하였다.

집단4는 집단3과 마찬가지로 기능제한을 및 우울수준에 있어서 큰 변화가 없으며, 복합이환율만 최근으로 올수록 증가하는 경향을 띤다. 나아

가 인지기능 측면에서는 집단2와 마찬가지로 7점 이상의 인지기능저하가 가속화되는 것으로 나타났다. 전체 집단 중 31.8%가 이 유형에 속한다. 이 같은 특성을 반영하여 집단4를 인지기능저하군 및 복합이환군으로 명명하였다.

마지막으로 집단5는 전체 집단의 21.1%를 차지하며, 이전 집단들과는 다른 건강궤적을 나타낸다. 만성질환의 경우 2개 내외에서 점차 증가하는 복합이환의 양상이 두드러진다. 8차 연도를 기준으로 해당 집단에서 3개 이상 만성질환을 지닌 비율은 53.5%에, 4개 이상 만성질환을 지닌 비율은 21.8%에 달하는 것으로 나타났다. 기능제한을 역시 시작 연도에서는 제한수준이 낮았지만 최근 연도로 올수록 제한율이 높아지는 양상을 보이며, 8차 연도 기준 1개 이상 기능제한이 있는 비율은 38.3%로 나타났다. 인지기능 역시 분석 시작 연도에서 약 8점으로 인지기능저하가 나타나며 이후에도 지속되는 것으로 나타난다. 8차 연도 기준 인지기능제한을 평균은 약 10점으로 치매의심증상에 가까워지고 있다. 마지막으로 우울수준은 분석 시작 연도에 평균 2.6점으로 타 집단에 비해 우울수준이 높았으나, 시간이 지날수록 점차 개선되는 양상을 나타낸다. 이 같은 특성을 종합하여 집단5를 건강악화군으로 명명하였다.

[그림 4-1] 해방 이전 코호트의 건강궤적



주: 1) 우울증상, 기능제한, 만성질환의 경우 숫자가 커질수록 우울수준이 높고, 기능제한수준이 높으며, 만성질환 개수가 많음을 의미함.

2) MMSE의 경우, 한국고용정보원 유저가이드에서 제시한 바와 같이 0~17점 치매의심, 18~23점 인지능력저하, 24점 이상 정상으로 분류하였으며 본 분석에서는 이를 역코딩하여 모형에 투입함. 0~6점 정상, 7~12점 인지능력저하, 13점 이상 치매의심으로 분류함.

다) 건강궤적 유형별 일반적 특성

(1) 일반적 특성

해방 이전 코호트의 건강궤적 유형별 일반적 특성을 사회구조적 요인을 중심으로 살펴보았다. 관련 요인은 분석 시작시점(2차 연도)을 기준으로 살펴보고, 생애주기의 특성을 반영할 필요성이 있는 요인(사별기간, 총 근로기간 및 직업 수, 최장기 직종)에 대해서는 시가변 변수를 통해 살펴보았다.

평균 연령은 집단5(건강악화군)가 타 집단과 비교 시 가장 높은 69세로 나타났으며, 성별 구성비에 있어서도 여성의 비율이 79.4%로 타 집단과 비교 시 압도적으로 높다. 특히 집단1(건강노화군)의 여성 비율(37.4%)과 비교 시 약 2배 높은 수준으로 나타나, 이로써 성별에 따른 건강 수준의 차이를 가늠할 수 있다. 교육수준에 있어서도 초졸 이하의 저학력 비율이 집단5(건강악화군)의 경우 82.9%로 대다수를 차지하는 반면, 집단1(건강노화군)은 동 비율이 39.0%로 집단5와 비교 시 약 1/2 수준이다. 지역 거주에 따른 차이는 적다.

배우자 여부 및 가구 관련 사항을 살펴본 결과, 배우자가 있다는 응답이 전반적으로 높긴 하지만 집단5(건강악화군)의 경우 동 비율이 66.2%로 타 집단들과 비교 시 낮다. 가구형태에 있어서도 집단5(건강악화군)는 독거가구 비율이 17.7%인 반면, 집단1(건강노화군)은 7.4% 수준이며, 사별기간에 있어서도 집단5(건강악화군)는 약 10년으로 나타나, 이로써 축소된 사회적 관계망이 지속됨을 알 수 있다. 자녀동거 비율에 있어서는 집단 간 차이가 두드러지지 않으며, 오히려 집단5(건강악화군)에서의 비율이 높게 나타났다. 자녀와의 동거와 건강 수준과의 선후관계를 명확히 밝히기는 어려우나, 집단5의 경우 건강 수준 악화로 인해 보호(돌봄)가

필요함에 따라 자녀와 동거를 택하였을 것으로 해석된다.

평균 가구소득 및 가구소득 제1오분위와 제5오분위 간 비율에 있어서도, 집단5(건강악화군)는 타 집단과 비교하여 열악한 상황임을 알 수 있다. 제1오분위 비율에 있어서 집단5(건강악화군)는 56.1%로 약 1/2이 이에 해당하는 반면, 집단1(건강노화군)은 동 비율이 17.1%로 경제적 수준의 차이가 두드러진다.

분석 시작시점을 기준으로 경제활동을 하고 있다는 응답 역시 집단5(건강악화군)가 22.2%로 타 집단에 비해 가장 낮다. 건강 수준이 악화되었기 때문에 경제활동을 하지 못하는 것인지, 경제활동을 하지 못함에 따라 누적된 사회경제적 취약성이 건강 수준으로 발현된 것인지에 대한 관계를 명확히 밝히는 것은 어려우나, 전반적으로 낙후된 여건이 건강 수준에 영향을 미쳤을 것으로 해석된다. 생애근로기간 및 직업 수에 있어서는 집단 간 차이가 두드러지지 않는다. 다만 최장기 직종에 있어서는 집단 간 차이가 있다. 집단5(건강악화군)의 경우, 상대적으로 육체노동 집약적인 단순노무직 비율이 29.1%로 타 집단에 비해 높다. 농(임·어)업 종사 비율도 집단2⁶⁾ 다음으로 높은 32.0%를 차지한다. 반면 관리자 및 (준)전문가 비율은 2.7%, 사무직 비율은 2.3%로 나타나, 생애근로 경험이 사회경제적 여건 및 건강 수준에 영향을 미친 것으로 해석해볼 수 있다.

즉, 전기노인에서 후기노인으로 이행하는 과정에서 전반적인 건강 수준 저하가 압축적으로 발생하는 집단5(건강악화군)의 경우, 기존 연구 결과와 같이 사회구조적 요인에 따른 차이를 재차 입증하는 것으로 나타났다. 특히 사별기간 또는 생애근로 경험 등과 같이 생애사건의 누적적 경험이 건강 수준에 영향을 미친 것으로 해석된다.

6) 집단2의 경우, 읍면부 거주 비율이 42.4%로 타 집단과 비교 시 가장 높음. 즉 거주 비율 차이에 따라 최장기 직종에서 역시 농(임·어)업 종사 비율이 높은 것으로 해석됨.

〈표 4-24〉 해방 이전 코호트의 건강계적 유형별 일반적 특성

(단위: 세, %, 년, 만 원, 개)

구분	전체	집단1 (n=168)	집단2 (n=163)	집단3 (n=372)	집단4 (n=479)	집단5 (n=316)	F(χ²)
연령(평균(2차))	67.9	67.1	68.1	67.4	67.9	69.0	20.4***
성별							
남성	39.2	62.6	42.3	47.7	35.1	20.6	99.8***
여성	60.8	37.4	57.7	52.3	64.9	79.4	
교육수준							
초졸 이하	63.0	39.0	74.4	47.1	67.6	82.9	194.5***
중졸	13.7	15.0	10.2	16.8	15.2	8.8	
고졸	16.4	25.2	10.8	26.2	13.8	6.4	
대졸 이상	6.9	20.8	4.5	9.9	3.5	1.9	
지역							
동부	68.1	67.7	57.6	75.9	68.6	63.0	22.2**
읍면부	31.9	32.3	42.4	24.1	31.4	37.0	
배우자 유무							
배우자 있음	77.0	86.9	85.0	82.5	77.0	66.2	42.5***
배우자 없음	23.0	13.1	15.0	17.5	23.0	33.8	
사별기간(평균: 년)	7.2	5.6	8.2	5.0	7.3	9.9	2.9*
가구형태							
독거가구	12.1	7.4	7.8	8.9	14.1	17.7	31.5**
부부가구	49.9	55.0	51.5	53.3	50.0	41.8	
자녀동거가구	33.1	32.6	37.3	31.8	30.4	37.2	
기타가구	4.9	5.0	3.5	5.9	5.5	3.3	
가구소득							
1분위	38.4	17.1	38.5	29.2	41.7	56.1	124.4***
2분위	26.0	30.8	27.8	26.3	28.2	18.6	
3분위	16.8	16.6	18.0	22.1	13.5	15.2	
4분위	10.7	16.8	8.3	12.6	10.0	7.6	
5분위	8.1	18.7	7.3	9.9	6.6	2.6	
평균 가구소득(만 원)	1076.9	1454.4	1018.3	1241.7	932.2	738.0	21.4***
경제활동 여부(2차)	33.9	44.8	44.8	33.9	34.1	22.2	36.0***
총 근로기간(평균: 년)	35.1	36.7	36.9	32.0	33.9	35.9	4.7**
총 직업 수(평균: 개)	3.6	3.7	3.6	3.4	3.6	3.7	0.6
최장기 직종							
생애미취업	4.7	4.0	8.7	4.6	5.0	2.6	
관리자, (준)전문가	9.4	19.3	4.7	15.2	7.2	2.7	144.0***
사무직	6.7	9.8	5.7	11.3	5.1	2.3	
서비스/판매근로자	17.5	10.9	11.5	19.9	18.2	20.3	
농림어업	25.5	20.1	35.5	17.0	26.4	32.0	
기능원/장직 관련	11.2	14.7	6.6	14.6	9.1	10.9	
단순노무직	25.0	21.1	27.3	17.4	28.9	29.1	

주: 1) 2차 연도 기준 수치(사별기간, 총 근로기간, 총 직업 수, 최장기 직종 제외)이며, 가구소득은 균등화 가구소득을 기준으로 5분위로 구간화함.

2) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

자료: 한국고용정보원. 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

(2) 건강실천행위 및 보건의료자원 특성

현재의 건강 수준에 영향을 미치는 예방 또는 관리적 요인의 차이는 어떠한가를 파악하기 위해, 건강궤적 유형 중 집단1과 집단5를 중심으로 건강실천행위 및 보건의료자원의 특성에 대해 살펴보았다.

건강실천행위는 건강 수준을 향상시키는 증진의 목적으로 행해져야 하나 그렇지 못할 경우 건강 수준을 저해하는 부작용을 양산시키기도 한다. 통상적으로는 건강증진행위를 강화할수록 건강 수준 역시 좋아질 것으로 예견되나, 사회경제적 지위 또는 기존의 건강상태에 따라 건강실천행위 역시 영향을 받을 수 있다는 점에서 역의 인과성이 발현될 수 있다(이미숙, 2009).

본 연구 결과에서도 집단5(건강악화군)의 경우, 집단1(건강노화군)에 비해 흡연, 음주와 같은 건강을 저해하는 행위를 지속하는 비율이 더 크게 나타났다. 진입시기부터 상대적으로 건강 수준이 열악한 상태이고 이 같은 건강 수준이 지속(또는 악화)되고 있으므로 건강실천행위 역시 그에 따른 영향을 받았을 것으로 해석된다. 운동 지속 실천율도 이 같은 맥락에서 해석할 수 있을 것이다(집단1: 22.2%, 집단5: 1.1%). 아울러 예방적 차원의 한 축으로 건강검진율을 살펴본 결과, 집단 간 차이는 크게 두드러지지 않은 편이나, 집단5(건강악화군)의 검진율이 상대적으로 낮고 특히 최근 시점을 기준으로 타 집단에 비해 가장 저조한 것으로 나타났다. 검진을 받지 못한 이유(2차 연도 기준)로는 집단5(건강악화군)의 경우, 거동이 불편하거나(18.5%) 관련 정보가 부족해서(8.8%)라는 응답이 타 집단보다 높게 나타나 예방적 접근의 한계가 있었음을 시사한다.

〈표 4-25〉 해방 이전 코호트의 건강계적 유형별 건강실천행위 특성

(단위: %)

구분	전체	집단1 (n=168)	집단2 (n=163)	집단3 (n=372)	집단4 (n=479)	집단5 (n=316)	χ^2
흡연							
흡연 지속	2.8	4.0	3.1	4.3	1.8	1.6	31.0***
금연 지속	72.0	62.2	69.1	68.8	72.4	82.2	
흡연-금연	25.2	33.8	27.8	26.9	25.9	16.2	
음주							
음주 지속	13.7	24.7	7.6	17.6	15.1	3.9	62.6***
금주 지속	29.9	26.8	37.1	31.9	28.4	27.7	
음주-금주	56.4	48.5	55.3	50.5	56.5	68.4	
운동							
운동 지속	5.7	22.2	2.9	6.6	3.0	1.1	166.7***
비운동 지속	26.3	16.0	26.5	18.0	25.3	43.4	
운동-비운동	68.0	61.8	70.6	75.4	71.7	55.5	
건강검진율							
2차	70.6	69.0	69.0	73.6	71.1	67.9	3.2
8차	79.3	89.5	71.9	89.4	82.1	60.5	
미검진 사유(2차)							
거동 불편	6.1	1.6	2.9	2.9	2.1	18.5	71.8***
시간 부족	16.4	16.3	22.9	17.1	18.5	9.8	
정보 부족	6.2	2.3	3.5	3.0	8.9	8.8	

주: 1) 2~8차의 시계열적 변화를 기반으로 함. / 2) 건강검진은 무료 및 자비 검진을 모두 포함함.

3) 미검진 사유 중 관련된 주요 응답값을 기재함.

4) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

자료: 한국고용정보원, 각 연도, 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

지역별 보건의료자원은 의료 필요도가 있을 때 이를 적절히 이용할 수 있는지를 가늠할 수 있는 지표로 볼 수 있다. 의료기관에 대한 접근성 차원에서 종합병원과 공공의료시설 접근성(차량 이동 기준)을 각각 살펴본 결과, 집단5(건강악화군)의 경우 종합병원 접근시간이 평균 31.3분으로 타 집단에 긴 편임을 알 수 있다. 아울러 차량 이동을 기준으로 한 접근성 측정이라는 점에서, 적절한 이동 지원이 이루어지지 않을 경우 의료서비스 이용이 제한적일 수 있음을 내포한다. 공공의료시설에 대한 접근성은 기초지자체별로 위치한 보건소(지소, 진료소)가 공공의료시설에 포함된다는

점에서 집단별로 고른 접근성을 보이고 있다. 다만 보건소(지소, 진료소)와 상급종합병원의 의료적 역할이 상이하다는 점을 유념할 필요가 있다.

나아가 의료자원의 공급 측면에서 역시 유사한 경향이 드러나는데, 집단5(건강악화군)의 경우 인구 10만 명당 병상 수 187.9명, 의료인력 수 784.7명으로 타 집단에 비해 가장 낮은 수준이다. 지역의 보건의료자원 특성 분석은 2차부터 8차까지 지역 간 이동이 없는 대상에 한정하여 분석하였다는 점에서, 의료자원의 접근성 부족 문제가 노년기 이행과정에서 누적적으로 나타났을 수 있다. 노년기, 특히 후기노년기로 이행하는 과정에서 보건의료서비스에 대한 필요도가 높아짐을 감안할 때, 물적·인적 자원의 적절한 확보와 기관 이용에 대한 접근성 강화가 무엇보다 중요함을 드러내는 결과라 하겠다.

〈표 4-26〉 해방 이전 코호트의 건강궤적 유형별 보건의료자원 특성

(단위: 분, 개, 명)

구분	집단1 (n=168)	집단2 (n=163)	집단3 (n=372)	집단4 (n=477)	집단5 (n=315)	F
종합병원 접근시간	24.4	30.4	25.4	28.6	31.3	6.9***
공공의료시설 접근시간	7.8	7.5	7.8	7.6	7.5	4.6**
인구 10만 명당 병상 수	203.8	189.6	199.5	194.1	187.9	10.4***
인구 10만 명당 의료인력 수	906.9	776.5	880.0	838.7	784.7	8.3***

- 주: 1) 고령화연구패널 지역2 수준 변수에 각 자원(자료원 2~4)의 값을 투입하여 분석하였으며, 지역 간 이동이 없는 경우에 한해 분석하여 사례 수를 일부 감소함.
 2) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001
 자료: 1) 한국고용정보원. 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.
 2) 질병관리청. (2023). 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스. Retrieved from <https://chs.kdca.go.kr/chs/recsRoom/dataBaseMain.do>에서 2023.8.30. 인출.
 3) 통계청. (2023a). 2020년 교통접근성지표(읍면동). https://stat.kosis.kr/nsibsHtmlSvc/fileView/FileStbl/fileStblView.do?in_org_id=444&in_tbl_id=DT_444001_FILE 2020에서 2023.9.6. 인출.
 4) 통계청. (2023b). 행정구역(읍면동)별/5세별 주민등록인구(2011년~). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04005N&conn_path=I2에서 2023.9.4. 인출.

2) 해방 이후 코호트 건강궤적 유형 도출

가) 건강궤적 유형 도출

통계적으로 유의한 집단 수를 결정하기 위해 BIC 감소 경향과 베이지 요소값(Jeffrey's scale($\beta_{ij} \geq 3$))을 측정하였다. BIC는 집단 수가 늘어나면서 점차 감소하였고 집단 수를 5개(-67738.95)에서 6개로 증가시키는 과정 중 유형 도출에 실패하였다. 따라서 최적 집단 수를 6개 이상으로 구분하는 것은 통계적으로 유의하지 않다. 5개 집단으로 궤적을 유형화하는 모형의 베이지 요소값을 파악한 결과, 해당 기준(Jeffrey's scale($\beta_{ij} \geq 3$))을 충족하였다.

앞선 두 조건을 만족한 5개 모형의 유형 분류율을 살펴본 결과, 전 집단에서 분석대상이 5% 이상 포함되어 통계적 타당도를 확보하여 이를 최적 모형으로 선정하였다.

〈표 4-27〉 해방 이후 코호트의 다중궤적 유형화 검증

집단 수	BIC	BIC	AIC	ln(Δ BIC)	집단 분류율(%)				
1	-76440.54	-76418.88	-76383.13		100				
2	-72013.55	-71971.9	-71903.15	8.4	67.9	32.1			
3	-69251.11	-69186.13	-69078.88	7.9	31.5	44.2	24.3		
4	-68509.72	-68419.75	-68271.25	6.6	23.9	11.5	44.9	19.7	
5	-67853.91	-67738.95	-67549.2	6.5	24.3	7.4	33.8	27.0	7.5

주: 6개 이상 집단에서는 집단 분류에 실패하여 기재하지 않음.

평균 사후 확률 검증에 있어서도 기존 선행연구(Nagin & Tremblay, 2001)에서 언급된 기준치(70%)를 만족하여 5개로 유형화한 모형을 중심으로 살펴보았다.

〈표 4-28〉 해방 이후 코호트의 다중계적 유형별 사후 배정 확률

(단위: %)

집단 수 \ 유형	1	2	3	4	5
1	97.1	4.6	0.9	0.2	0.0
2	1.3	95.0	0.1	0.0	0.0
3	1.3	0.3	95.3	3.1	0.1
4	0.3	0.0	3.7	94.9	4.5
5	0.0	0.0	0.0	1.8	95.4

자료: Nagin, D. S., & Tremblay, R. (2001). Analyzing development trajectories of distinct but related behaviors: a group-based method. *Psychological methods*, 6(1). pp.18-34.

나) 건강계적 유형별 특성

해방 이후 코호트의 2008년부터 2020년까지 12년간의 건강계적 유형을 살펴본 결과, 해방 이전 코호트와 마찬가지로 총 5개 유형이 도출되었다.

집단1은 신체기능 및 우울증상, 인지기능의 뚜렷한 제약 없이 노년기에 접어드는 양상을 보이며 전체 집단의 24.3%를 차지한다. 이러한 특성을 반영하여 집단1을 건강노화군으로 명명하였다.

집단2는 집단1과 신체기능 및 우울증상 측면에서 유사한 수준으로 변화한다. 인지기능 측면 역시 4~6점 내외로 정상수준이긴 하나, 최근으로 올수록 인지기능저하를 경험하고 있다. 이 같은 특성을 종합하여 집단2를 인지기능저하군으로 명명하였으며 전체의 7.2%가 이에 속한다.

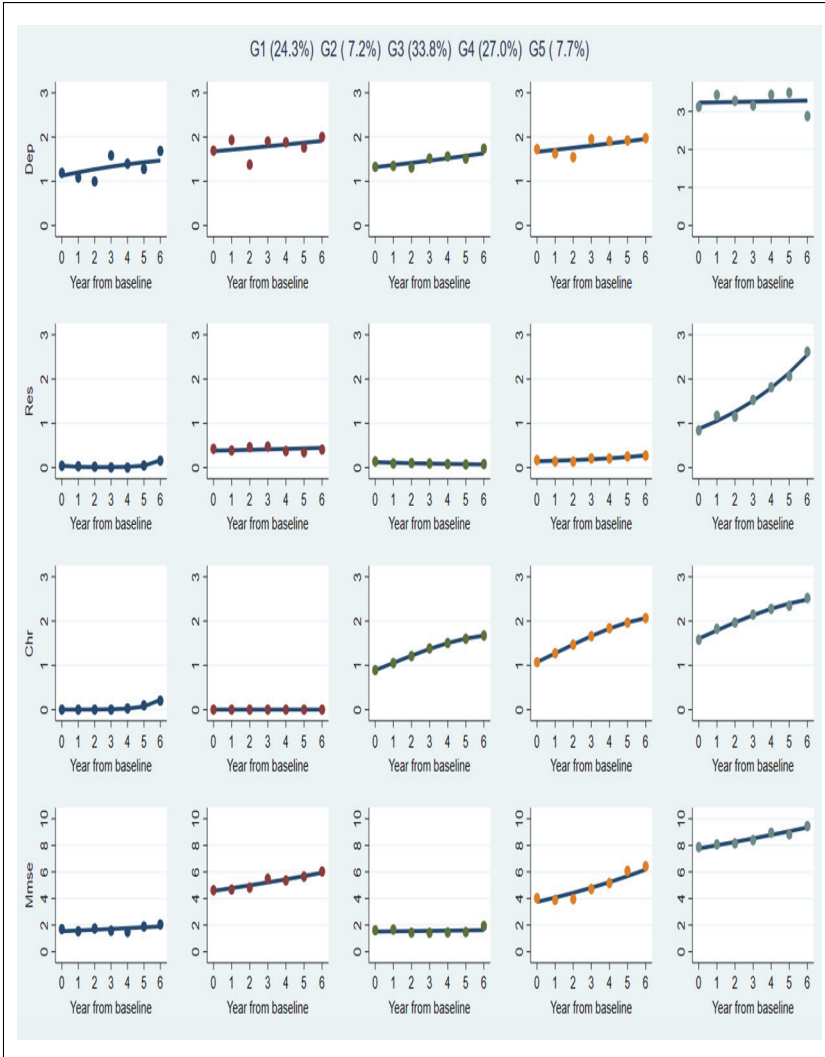
전체의 33.8%는 집단3에 해당한다. 이들의 경우 기능제한 및 우울증상, 인지기능 측면에 있어서는 특별한 어려움 없이 노년기에 접어드는 것으로 나타났다. 단 만성질환과 관련해서는 최근으로 올수록 2개 이상의 복합이환율이 증가하는 양상이다. 분석기간 내 해당 코호트의 경우, 55~64세에서 67~76세에 접어들게 되므로, 그간의 관리 여하에 따라 만

성질환 유병률이 높아지는 것으로 이해할 수 있다. 따라서 집단3을 복합이환군으로 명명하였다.

집단4는 집단3과 마찬가지로 기능제한 및 우울수준에 있어서는 큰 제약이 없으나, 복합이환율에 있어서는 최근으로 올수록 증가하는 경향을 띤다. 인지기능 역시 정상범주에 속하기는 하나, 8차 연도 기준 6.4점으로 인지기능저하에 근접한 수치를 보인다. 따라서 집단4를 인지기능저하군 및 복합이환군으로 명명하였다.

마지막으로 집단5는 전체의 7.7%를 차지하며, 이전 유형들과는 달리 전 측면에서 건강악화가 두드러진다. 특히 만성질환 증가 및 기능제한수준이 타 집단에 비해 뚜렷하다. 이 중 3개 이상의 만성질환을 보유한 비율이 8차 연도 기준 47.2% 수준으로, 신체적 차원에서 건강쇠퇴가 나타남을 알 수 있다. 인지기능 역시 저하가 지속되는 양상이다. 우울수준은 3점 내외로 정상범주이나, 타 집단에 비해서는 높은 수준이다. 이에 집단5를 건강악화군으로 명명하였다.

[그림 4-2] 해방 이후 코호트의 건강궤적



주: 1) 우울증상, 기능제한, 만성질환의 경우 숫자가 커질수록 우울수준이 높고, 기능제한수준이 높으며, 만성질환 개수가 많음을 의미함.

2) MMSE의 경우, 한국고용정보원 유저가이드에서 제시한 바와 같이 0~17점 치매의심, 18~23점 인지기능저하, 24점 이상 정상으로 분류하였으며 본 분석에서는 이를 역코딩하여 모형에 투입함. 0~6점 정상, 7~12점 인지기능저하, 13점 이상 치매의심으로 분류함.

다) 건강궤적 유형별 일반적 특성

(1) 일반적 특성

다음은 해방 이후 코호트의 건강궤적 유형별 일반 특성을 살펴본 결과이다. 우선 평균 연령은 집단5(건강악화군)가 59.4세로 타 집단과 비교하여 근소하게 많다. 성별 구성비에 있어서는 집단5(건강악화군)의 여성 비율이 70.2%로 타 집단과 비교 시 월등히 높아, 해방 이전 코호트와 마찬가지로 여성의 건강 수준 악화가 두드러짐을 알 수 있다. 교육수준에 있어서도 집단5(건강악화군)의 경우, 초졸 이하 저학력 비율이 62.4%로 집단1(건강노화군)과 비교 시 약 3배 높은 수준으로 나타났다. 지역 거주에 따른 차이는 적다.

배우자 여부 및 가구 관련 사항을 살펴본 결과, 배우자가 있다는 응답이 지배적이나, 집단5(건강악화군)에서는 동 비율이 83.9%로 타 집단들과 비교 시 상대적으로 낮게 나타났다. 가구형태에 있어서도 집단5(건강악화군)의 독거가구 비율은 10.3%로 전체 평균에 비해 높은 수준이며, 자녀동거가구 비율 역시 45.9%로 타 집단과 비교 시 상대적으로 낮다. 사별기간은 집단 간 차이가 크지 않다. 평균 약 3년 정도로 나타나는데 이들의 생애주기 특성(노년기로의 진입)을 반영한 결과로 해석된다. 해방 이후 코호트의 경우, 분석기간 내 노인 세대로 진입한다는 점에서 전반적으로 배우자 또는 가구형태 축소와 같은 변화 경향은 적다. 그럼에도 불구하고 노년기 진입과정 시 건강 수준 저하가 두드러진 집단5(건강악화군)의 경우, 상대적으로 협소한 관계자원을 지닌 것으로 나타났다.

가구소득에 있어서도 평균 수준 및 제1오분위와 제5오분위 간 비율을 통해, 집단5(건강악화군)가 보다 취약한 상황임을 알 수 있다. 제1오분위

비율의 경우, 집단5(건강악화군)는 37.1%가 이에 해당한 반면 집단1(건강노화군)은 7.4%에 그쳐 집단 간 소득수준 차이가 크다.

분석 시작시점을 기준으로 경제활동을 하고 있다는 응답 역시 집단5(건강악화군)가 31.2%였던 반면 집단1(건강노화군)은 66.8%로 약 1/2 수준이다. 앞선 출생코호트에서 논하였던 바와 같이, 경제활동과 건강 수준 간 관계의 선후를 밝히기는 어려우나 인구사회학적 특성을 종합적으로 고려할 때 전반적으로 취약한 사회적 여건들이 건강 수준에 영향을 미쳤을 것으로 사료된다. 생애근로기간과 직업 수에 따른 차이는 두드러지지 않는다. 단, 최장기 직종에 있어서는 앞선 출생코호트와 같이 관리자 및 (준)전문가, 사무직의 비율은 집단1(건강노화군)에서 12.5%, 14.7%인 반면 집단5(건강악화군)에서는 동 비율이 2.4%, 2.7%였다. 반면 농(임)업 또는 단순노무직의 비율은 집단5(건강악화군)에서 20.6%, 33.0%로 나타나 집단1(건강노화군)과 비교 시 더 높다. 즉, 생애과정 동안 어떠한 환경에서 근무하였는가가 사회경제적 특성뿐 아니라 건강 수준에 있어서도 영향을 미친다는 것으로 이해할 수 있다.

이전 출생코호트와 마찬가지로 노년기 진입과정에서 노화의 시작과 함께 사회구조적 요인에 따른 건강 수준 차이가 현격히 발생하기 시작하며, 특히 여성들이 취약한 상황에 처해 있음을 알 수 있다.

〈표 4-29〉 해방 이후 코호트의 건강계적 유형별 일반적 특성

(단위: 세, %, 년, 만 원, 개)

구분	전체	집단1 (n=444)	집단2 (n=126)	집단3 (n=612)	집단4 (n=486)	집단5 (n=140)	F(χ ²)
연령(평균(2차))	58.2	57.3	57.9	57.9	58.7	59.4	22.9***
성별							
남성	49.4	56.7	52.7	55.9	37.5	29.8	67.6***
여성	50.6	43.3	47.3	44.1	62.5	70.2	
교육수준							
초졸 이하	32.1	19.7	38.0	19.4	51.6	62.4	
중졸	23.3	22.8	21.9	25.9	20.9	22.9	256.0***
고졸	33.7	39.6	31.6	40.9	24.5	12.7	
대졸 이상	10.9	17.9	8.5	13.8	3.0	2.0	
지역							
동부	78.2	76.1	71.1	83.5	75.5	74.8	17.9**
읍면부	21.8	23.9	28.9	16.5	24.5	25.2	
배우자 유무							
배우자 있음	90.0	93.4	91.2	91.3	86.2	83.9	20.2**
배우자 없음	10.0	6.6	8.8	8.7	13.8	16.1	
사별기간(평균: 년)	2.7	2.1	3.4	1.4	3.4	3.3	3.5**
가구형태							
독거가구	4.5	2.5	5.6	3.4	6.1	10.3	
부부가구	33.8	32.9	33.2	30.1	38.3	40.4	42.3***
자녀동거가구	54.0	55.5	53.4	59.9	46.6	45.9	
기타가구	7.7	9.1	7.8	6.5	9.1	3.4	
가구소득							
1분위	14.6	7.4	18.5	11.5	18.5	37.1	
2분위	20.6	15.5	25.6	18.6	26.2	23.2	142.3***
3분위	20.7	21.1	19.0	21.4	20.6	17.8	
4분위	22.1	25.3	20.1	23.1	19.8	16.9	
5분위	22.0	30.6	16.8	25.5	14.9	4.9	
평균 가구소득(만 원)	1,698.3	2,187.8	1,879.7	1,933.8	1,458.7	1,031.6	12.5***
경제활동 여부(2차)	57.2	66.8	67.8	59.1	49.8	31.2	68.7***
총 근로기간(평균: 년)	25.0	28.2	30.8	28.0	28.5	29.4	2.0†
총 직업 수(평균: 개)	3.9	3.4	4.5	3.7	3.8	4.1	6.3***
최장기 직종							
생애미취업	3.1	2.5	0.8	2.7	4.3	4.9	
관리자, (준)전문가	10.4	12.5	9.6	14.1	5.7	2.4	
사무직	10.7	14.7	6.2	12.7	7.3	2.7	129.9***
서비스/판매근로자	20.1	20.0	17.1	21.6	18.3	22.6	
농림어업	13.6	11.8	23.9	8.6	17.6	20.6	
기능원/장차 관련	20.3	22.7	18.7	22.2	17.5	13.8	
단순노무직	21.9	15.9	23.8	18.0	29.4	33.0	

주: 1) 2차 연도 기준 수치(사별기간, 총 근로기간, 총 직업 수, 최장기 직종 제외)이며, 가구소득은 균등화 가구소득을 기준으로 5분위로 구간화함. / 2) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001
 자료: 한국고용정보원, 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

(2) 건강실천행위 및 보건의료자원 특성

다음으로 건강궤적 유형 중 집단1과 집단5를 중심으로 건강실천행위 및 보건의료자원의 특성에 대해 살펴보았다.

건강실천행위에 있어서는 이전 출생코호트에서도 발견되었던 바와 같이, 역의 인과성이 드러난다. 코호트 내 건강 수준이 빠르게 저하되는 집단5(건강악화군)에서 금연, 금주를 실천하는 등 건강실천행위를 지속하는 비율이 더 높게 나타났다. 다만 이는 앞선 출생코호트의 해석과 같이 당초부터 저하된 건강 수준에 따른 선택적 이행으로 해석된다. 운동실천과 관련해서는 통상적인 이해와 같이, 집단5(건강악화군)에서 지속 실천율(2.7%)은 낮고 비실천율(31.8%)이 높다. 예방적 관리 영역의 건강검진율에 있어서는 분석 시작시점(2차)에서 집단 간 차이가 크지 않으나, 최근 시점(8차)에서는 집단1(건강노화군)과 집단5(건강악화군) 간 차이가 두드러진다. 동 비율에 있어 집단1은 93.6% 수준이나 집단5는 73.0% 수준으로 약 20%p의 차이를 보인다. 건강검진행위 자체가 직접적으로 건강 수준에 영향을 미치는 요인은 아닐 수 있지만, 예방적 관리를 가능케 한다는 점에서 이 같은 차이가 장기적으로 건강 수준에 영향을 미칠 수 있을 것으로 판단된다. 검진을 받지 못한 이유(2차 연도 기준)에 있어서 집단5(건강악화군)는 거동 불편(17.5%)이라는 응답이 타 집단에 비해 압도적으로 높고, 정보 부족(8.0%)이라는 의견 역시 높아 취약집단에 대한 접근성 강화 노력이 강구될 필요가 있음을 시사한다.

〈표 4-30〉 해방 이후 코호트의 건강궤적 유형별 건강실천행위 특성

(단위: %)

구분	전체	집단1 (n=444)	집단2 (n=126)	집단3 (n=612)	집단4 (n=486)	집단5 (n=140)	χ^2
흡연							
흡연 지속	7.8	9.8	8.4	9.3	5.6	1.2	28.7**
금연 지속	62.1	60.6	64.5	56.6	67.9	72.2	
흡연-금연	30.0	29.6	27.1	34.2	26.5	26.6	
음주							
음주 지속	27.4	35.1	27.2	32.1	18.1	10.3	70.3***
금주 지속	44.0	44.0	43.7	38.4	48.0	57.2	
음주-금주	28.6	20.8	29.1	29.5	33.9	32.5	
운동							
운동 지속	8.5	10.7	2.6	11.6	5.3	2.7	52.4***
비운동 지속	18.5	18.6	23.6	13.2	20.4	31.8	
운동-비운동	73.0	70.7	73.8	75.2	74.3	65.5	
건강검진율							
2차	71.0	66.7	73.3	73.2	72.8	66.7	7.8
8차	89.1	93.6	80.3	92.3	87.0	73.0	
미검진 사유(2차)							
거동 불편	3.5	0.5	3.8	3.1	2.8	17.5	65.1***
시간 부족	28.2	28.2	23.3	30.4	32.1	10.7	
정보 부족	2.5	1.7	6.7	0.5	3.2	8.0	

주: 1) 2~8차의 시계열적 변화를 기반으로 함. / 2) 건강검진은 무료 및 자기 검진을 모두 포함함.

3) 미검진 사유 중 관련된 주요 응답값을 기재함.

4) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

자료: 한국고용정보원, 각 연도, 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

지역별 보건의료자원에 대해 살펴보면, 의료기관 접근성 중 종합병원에 대한 접근성 차이가 집단 간 크게 나타난다. 이는 지역별 편차가 반영된 결과로 이해되며, 집단1(건강노화군)의 경우 동 결과가 24.4분으로 집단5(건강약화군)의 35.0분과 비교 시 접근성 측면에서 용이하다. 공공의료시설 접근성에 따른 차이는 크지 않다.

의료자원의 공급 측면에서는 집단5(건강약화군)의 취약성이 나타난다. 인구 10만 명당 병상 수는 184.3명, 의료인력 수는 736.7명으로 타 집단과 비교 시 낮은 수준이다. 지역의 보건의료자원은 건강실천행위 이행 또

는 건강 수준 차이를 야기하는 요인으로 작용할 수 있다. 따라서 집단5(건강악화군)의 경우, 본인의 사회경제적 여건뿐 아니라 상대적으로 열악한 보건의료자원 공급 및 낮은 접근성을 경험함에 따라 이것이 건강실천행위 이행 또는 건강 수준의 차이를 야기했을 것으로 해석해볼 수 있다.

〈표 4-31〉 해방 이후 코호트의 건강궤적 유형별 보건의료자원 특성

(단위: 분, 개, 명)

구분	집단1 (n=443)	집단2 (n=125)	집단3 (n=610)	집단4 (n=486)	집단5 (n=140)	F
종합병원 접근시간	24.4	29.2	22.9	27.5	35.0	11.3***
공공의료시설 접근시간	7.7	7.6	7.9	7.7	7.4	7.5***
인구 10만 명당 병상 수	199.6	184.4	202.6	193.5	184.3	7.7***
인구 10만 명당 의료인력 수	890.5	819.4	929.4	852.3	736.7	8.6***

주: 1) 고령화연구패널 지역2 수준 변수에 각 자료원(자료원 2~4)의 값을 투입하여 분석하였으며, 지역 간 이동이 없는 경우에 한해 분석하여 사례 수를 일부 감소함.

2) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

자료: 1) 자료: 한국고용정보원. 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

2) 질병관리청. (2023). 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스. Retrieved from <https://chs.kdca.go.kr/chs/recsRoom/dataBaseMain.do>에서 2023.8.30. 인출.

3) 통계청. (2023a). 2020년 교통접근성지표(읍면동). https://stat.kosis.kr/nsibsHtmlSvc/fileView/FileStbl/fileStblView.do?in_org_id=444&in_tbl_id=DT_444001_FILE_2020에서 2023.9.6. 인출.

4) 통계청. (2023b). 행정구역(읍면동)별/5세별 주민등록인구(2011년~). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04005N&conn_path=12에서 2023.9.4. 인출.

3) 베이비부머 코호트

가) 건강궤적 유형 도출

통계적으로 유의한 집단 수를 결정하고자 BIC 감소 경향과 베이지 요소값(Jeffrey's scale($\beta_{ij} \geq 3$))을 파악하였다. BIC는 집단 수가 늘어남에 따라 점차 감소하였고 집단 수를 6개(-42902.64)에서 7개로 증가시키는 과정 중 유형 도출에 실패하였다. 따라서 최적 집단 수를 7개 이상으로 구분하는 것은 통계적으로 유의하지 않으며, 5개 집단에서 1개 집단을 추가하여 6개 집단으로 궤적을 구분하는 모형의 베이지 요소값을 파악한 결과 기준 요건(Jeffrey's scale($\beta_{ij} \geq 3$))을 충족하였다.

앞선 두 조건을 만족한 6개 모형의 유형 분류율을 살펴본 결과, 전 집단에서 분석대상이 5% 이상 포함되어 통계적 타당도를 확보하였다. 다만 구분된 6개 집단 모형에서 추가된 2개 집단의 궤적 모형이 4개 유형으로 설명이 가능한 형태의 변화를 보여, 간결성 기준에 따라(김소진, 2019) 4개 집단을 최종 모형으로 선정하였다.

〈표 4-32〉 베이비부머 코호트의 다중궤적 유형화 검증

집단 수	BIC	BIC	AIC	ln(Δ BIC)	집단 분류율(%)					
1	-48002.9	-47981.24	-47947.35		100					
2	-45437.02	-45395.36	-45330.18	7.9	54.9	45.1				
3	-43970	-43905.03	-43803.34	7.3	36.1	47.2	16.7			
4	-43462.51	-43372.54	-43231.75	6.3	19	34	34.6	12.3		
5	-43193.16	-43078.2	-42898.3	5.7	14.6	20.9	35.2	16.9	12.4	
6	-43042.59	-42902.64	-42683.63	5.2	12.6	21.4	23.8	12	20	10.1

주: 7개 이상 집단에서 집단 분류에 실패하여 기재하지 않음.

〈표 4-33〉 베이비부머 코호트의 다중계적 유형 분류율

(단위: %)

집단 수 \ 유형	1	2	3	4	5	6
1	100
2	54.9	45.1
3	36.1	47.2	16.7	.	.	.
4	19	34	34.6	12.3	.	.
5	14.6	20.9	35.2	16.9	12.4	.
6	12.6	21.4	23.8	12	20	10.1

다음으로 평균 사후 확률 검증 결과 역시 선행연구(Nagin & Tremblay, 2001)에서 언급된 기준치(70%)를 만족하였으므로, 4개로 유형화한 모형을 중심으로 추가 분석을 실시하였다.

〈표 4-34〉 베이비부머 코호트의 다중계적 유형별 사후 배정 확률

(단위: %)

집단 수 \ 유형	1	2	3	4
1	91.6	1.1	0.0	0.0
2	0.7	94.3	0.2	0.0
3	0.6	1.3	97.2	3.1
4	0.1	0.0	0.3	95.6

자료: Nagin, D. S., & Tremblay, R. (2001). Analyzing development trajectories of distinct but related behaviors: a group-based method. *Psychological methods*, 6(1), pp.18-34.

나) 건강계적 유형별 특성

베이비부머 코호트의 2008년부터 2020년까지 12년간의 건강계적 유형을 총 4개 유형으로 설명하고자 한다. 앞선 두 출생코호트와 비교할 때, 베이비부머 코호트는 진입 시작 연령이 중장년층에 해당하며 12년이 경과

한 시점에서 예비노인 시기에 도달한다. 따라서 본격적인 노화나 건강상의 변화가 두드러지지 않는다는 특성이 있고, 그에 따른 유형별 변화의 차이 역시 크지 않다. 베이비부머 코호트 내 이질성 또는 차이가 적다는 점에서 앞선 두 코호트와 마찬가지로 이 같은 변화를 불평등의 관점에서 논할 수 있는가에 대한 한계는 있으나, 코호트 간(이전 출생코호트) 차이를 비교하는 작업은 의미가 있을 것으로 판단하여 다음과 같이 분석을 진행하였다.

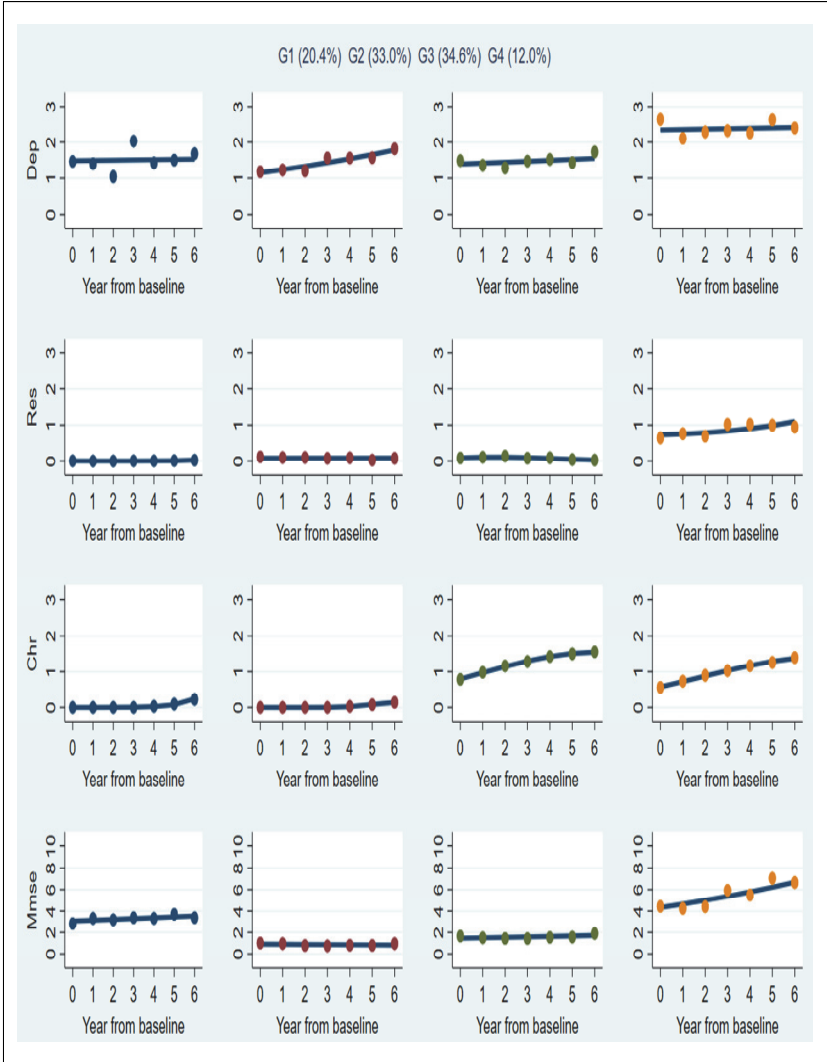
집단1은 앞선 두 코호트와 마찬가지로 신체 및 정신, 인지기능의 큰 쇠락 없이 예비노년기에 접어드는 것으로 나타났으며, 전체 집단의 20.4%가 이에 해당한다. 따라서 집단1을 건강노화군으로 명명하였다.

집단2 역시 집단1과 유사한 건강 변화를 보이며, 우울수준의 변화 경향만 차이를 둔다. 집단1이 우울수준의 변화가 거의 없던 것에 반해, 집단2의 경우 최근으로 올수록 우울수준이 소폭 증가하는 양상을 나타낸다. 전체의 33.0%가 집단2에 속하였으며, 집단2를 건강노화군 내 우울증가군으로 명명하였다.

집단3(복합이환군)에는 전체 집단의 34.6%가 속하며, 만성질환을 제외하고 다른 기능적 측면의 변화는 발견되지 않는다. 다만 만성질환과 관련해서는 50세 이후 복합이환의 경향성을 보이고 있다.

마지막으로 집단4(건강쇠퇴군)는 이전 유형과 달리 만성질환 증가 및 우울증상, 인지기능저하가 분석기간 내 발견되고 있다. 우울수준은 3점 내외로 정상범주이나 타 집단에 비해서는 높은 수준이며, 인지기능저하 경향이 비교적 뚜렷한 것으로 나타났다. 만성질환의 경우, 집단3과 마찬가지로 복합이환의 경향성을 보인다. 연령을 감안할 때 기능제한은 두드러지지 않는다.

[그림 4-3] 베이비부머 코호트의 건강궤적



주: 1) 우울증상, 기능제한, 만성질환의 경우 숫자가 커질수록 우울수준이 높고, 기능제한수준이 높으며, 만성질환 개수가 많음을 의미함.

2) MMSE의 경우, 한국고용정보원 유저가이드에서 제시한 바와 같이 0~17점 치매의심, 18~23점 인지기능저하, 24점 이상 정상으로 분류하였으며 본 분석에서는 이를 역코딩하여 모형에 투입함. 0~6점 정상, 7~12점 인지기능저하, 13점 이상 치매의심으로 분류함.

다) 건강궤적 유형별 일반적 특성

(1) 일반적 특성

베이비부머 코호트의 건강궤적 유형별 일반적 특성을 살펴본 결과, 전체 평균 연령은 50세로 집단 간 차이는 크지 않으나, 집단4(건강쇠퇴군)가 50.4세로 근소하게 높다. 성별, 지역별 구성비는 집단 간 차이가 크게 두드러지지 않는다. 교육수준에 있어서는 비교적 집단1(건강노화군)과 집단4(건강쇠퇴군) 간 차이가 발견되며, 초졸 이하 저학력 비율이 집단1은 14.2%에, 집단4는 33.8%에 해당한다.

배우자 유무에 있어서는 이들의 생애주기 특성을 고려할 때, 배우자가 있다는 응답이 전체 집단에서 지배적이며 사별기간 역시 1년 내외로 짧다. 가구형태에 있어서는 단독가구(독거+부부) 비율이 집단4(건강쇠퇴군)의 경우 20.0%로 집단1(건강노화군)의 14.2%에 비해 높은 편이다.

소득수준에 있어서는 집단4(건강쇠퇴군)에서 제1오분위에 속한 비율이 15.2%로 타 집단에 비해 상대적으로 높다는 것을 알 수 있으나, 평균 가구소득에 있어서는 이 같은 차이가 상쇄되는 것으로 나타났다. 동일 집단에 속할지라도 집단 내 가구소득의 편차가 크므로 이 같은 결과가 도출된 것으로 해석된다.

분석 시작시점을 기준으로 경제활동을 하고 있다는 응답을 살펴본 결과, 전반적으로 경제활동 중이라는 응답이 높긴 하나 집단4(건강쇠퇴군)에서 동 응답 비율이 63.0%로 나타나 타 집단과 비교 시 상대적으로 낮다. 생애근로기간과 직업 수에 따른 차이는 적다. 최장기 직종에 있어서는 생애미취업 비율이 7.7%로 집단4(건강쇠퇴군)에서 비교적 높고, 관리자 및 (준)전문가, 사무직 종사 비율이 각각 3.6%, 6.1%로 집단1(건강노

화군)에 비해 낮다. 반면 기능원 및 관련 기능종사자 비율은 29.3%, 농(임·어)업 종사 비율은 14.1%로 집단1(건강노화군)과 비교 시 상대적으로 고강도 노동 또는 육체노동 집약적인 직종의 종사 비율이 높다.

앞선 출생코호트들과 비교 시, 생애주기의 특성상 사회구조적 요인이 나 사회적 관계망 특성에 따른 건강 수준 차이가 가시적으로 나타나고 있지는 않다. 즉 이전 출생코호트와 비교 시 생애과정을 통한 누적성보다는 개인의 관리나 예방적 노력을 통한 개입의 여지가 더 큰 대상층이라 할 수 있다. 다만 경제활동 참여율이 높고 경제활동 참여기간을 고려 시, 현재 직종의 근로환경 등이 향후에 누적적으로 건강 수준에 영향을 미칠 수 있을 것으로 사료된다.

〈표 4-35〉 베이비부머 코호트의 건강궤적 유형별 일반적 특성

(단위: 세, %, 년, 만 원, 개)

구분	전체	집단1 (n=275)	집단2 (n=448)	집단3 (n=475)	집단4 (n=161)	F(X ²)
연령(평균(2차))	50.0	49.6	49.7	50.1	50.4	10.3***
성별						
남성	48.2	39.8	51.5	49.6	47.4	9.5*
여성	51.8	60.2	48.5	50.4	52.6	
교육수준						
초졸 이하	12.5	14.2	4.6	12.4	33.8	146.0***
중졸	17.0	20.7	12.0	16.0	28.8	
고졸	51.5	52.6	56.8	53.0	29.0	
대졸 이상	19.0	12.6	26.6	18.6	8.4	
지역						
동부	83.5	81.2	87.1	83.5	75.8	11.7*
읍면부	16.5	18.8	12.9	16.5	24.2	
배우자 유무						
배우자 있음	91.7	89.5	94.7	92.7	82.8	22.9**
배우자 없음	8.3	10.5	5.3	7.3	17.2	
사별기간(평균: 년)	0.9	0.6	0.5	1.3	1.3	1.9
가구형태						
독거가구	1.7	2.9	0.1	2.0	3.8	35.9***
부부가구	13.3	11.3	11.3	15.2	16.2	

구분	전체	집단1 (n=275)	집단2 (n=448)	집단3 (n=475)	집단4 (n=161)	F(X ²)
자녀동거가구	75.2	73.2	81.5	74.1	63.2	
기타가구	9.8	12.6	7.2	8.7	16.8	
가구소득						
1분위	7.3	7.6	3.2	8.5	15.2	55.9***
2분위	11.6	13.6	8.6	11.7	16.7	
3분위	20.4	19.2	18.0	21.9	24.9	
4분위	28.3	30.9	34.0	24.0	20.2	
5분위	32.5	28.6	36.3	33.9	23.1	
평균 가구소득(만 원)	2,128.2	2,169.8	2,244.3	1,983.2	2,115.6	1.8
경제활동 여부(2차)	72.0	73.0	74.7	71.9	63.0	7.8†
총 근로기간(평균: 년)	21.7	21.2	21.2	22.1	22.4	1.14
총 직업 수(평균: 개)	3.3	3.2	3.2	3.3	3.6	2.3†
최장기 직종						
생애미취업	2.7	1.6	1.9	2.6	7.7	55.9***
관리자, (준)전문가	13.6	9.6	19.2	13.6	3.6	
사무직	16.9	13.5	22.2	17.1	6.1	
서비스/판매근로자	22.5	24.8	20.2	24.9	18.1	
농림어업	7.6	10.3	4.0	7.4	14.1	
기능원/장치 관련	20.5	20.0	19.4	19.1	29.3	
단순노무직	16.2	20.2	13.2	15.4	21.2	

주: 1) 2차 연도 기준 수치(사별기간, 총 근로기간, 총 직업 수, 최장기 직종 제외)이며, 가구소득은 균등화 가구소득을 기준으로 5분위로 구간화함.

2) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

자료: 한국고용정보원, 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

(2) 건강실천행위 및 보건의료자원 특성

다음으로 건강궤적 유형 중 집단1과 집단4를 중심으로 건강실천행위 및 보건의료자원의 특성에 대해 살펴보았다.

건강실천행위에 있어서는 이전 출생코호트와는 다른 경향이 발견된다. 비교적 건강 수준의 변화가 적은 집단1(건강노화군)에서 금연, 금주와 같은 건강행위 지속 실천율이 높게 나타났다. 이는 앞서 살펴보았던 출생코호트들의 분석 결과와는 다른 측면이다. 이전 출생코호트들의 경우 건강 수준이 빠르게 악화되는 유형에서 건강증진행위 실천 비율이 높게 나타

나는 역의 인과성이 나타난 바 있다. 앞서 논하였던 바와 같이 진입시점부터 저하된 건강상태가 반영된 결과로 해석된다. 그러나 베이비부머 코호트의 경우, 집단1(건강노화군)에서는 증진행위의 비율이, 집단4(건강 쇠퇴군)에서는 건강저하행위의 비율이 높게 나타나고 있다. 또한 건강증진(예: 금주)-건강저해(예: 음주)행위가 변동하는 비율 역시 집단4(건강 쇠퇴군)에서 높게 나타난다. 이 같은 건강행위 실천 정도가 장기적으로 건강 수준에 영향을 미칠 수 있음을 고려하여, 개인적·제도적 차원의 예방적 관리 노력이 특별히 강구될 필요성을 시사한다.

건강검진율의 차이는 집단별로 비교적 두드러지지 않는다. 건강검진사업의 안착에 따라 사회경제적 요건 또는 건강 수준 여하와 관계없이 고르게 제도 이용이 가능하기 때문인 것으로 해석된다. 단, 최근 시점을 기준으로 집단4(건강쇠퇴군)에서 그 비율이 80.9%로 상대적으로 낮다. 미검진 사유에 있어서도 이들 집단에서 거동 불편(10.8%)이나 정보 부족(4.5%)의 비율이 상대적으로 높다는 점 역시 감안할 필요가 있다.

〈표 4-36〉 베이비부머 코호트의 건강계적 유형별 건강실천행위 특성

(단위: %)

구분	전체	집단1 (n=275)	집단2 (n=448)	집단3 (n=475)	집단4 (n=161)	χ ²
흡연						
흡연 지속	8.6	5.1	11.5	8.1	7.0	19.9*
금연 지속	62.1	72.0	59.1	60.9	58.1	
흡연-금연	29.4	22.9	29.4	31.0	34.9	
음주						
음주 지속	36.9	29.2	42.4	39.2	26.1	39.9***
금주 지속	38.6	42.1	38.9	38.0	33.2	
음주-금주	24.5	28.7	18.7	22.8	40.6	
운동						
운동 지속	7.5	4.7	9.4	8.3	4.2	21.2**
비운동 지속	23.5	27.3	18.9	22.5	34.6	
운동-비운동	69.0	68.0	71.7	69.3	61.3	

구분	전체	집단1 (n=275)	집단2 (n=448)	집단3 (n=475)	집단4 (n=161)	χ^2
건강검진율						
2차	67.0	67.4	64.9	68.4	67.6	1.5
8차	90.8	85.8	95.0	92.4	80.9	
미검진 사유(2차)						
거동 불편	2.3	0.0	0.9	2.4	10.8	66.1***
시간 부족	40.2	37.2	43.5	44.6	19.7	
정보 부족	2.5	2.7	1.6	2.7	4.5	

주: 1) 2~8차의 시계열적 변화를 기반으로 함. / 2) 건강검진은 무료 및 자비 검진을 모두 포함.

3) 미검진 사유 중 관련된 주요 응답값을 기재함.

4) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

자료: 한국고용정보원, 각 연도, 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

지역별 보건의료자원에 대해 살펴보면, 의료기관 접근성에 있어서는 종합병원 접근성에 있어 집단 간 차이가 발견된다. 집단4(건강쇠퇴군)의 경우, 동 결과가 29.4분으로 집단1(건강노화군)과 비교 시 낮은 접근성을 드러낸다. 집단 간 공공의료시설 접근성에 따른 차이는 적다.

보건의료자원의 공급 측면에서는 이전 출생코호트들과 마찬가지로 집단4(건강쇠퇴군)에서 다소 취약한 결과가 나타난다. 인구 10만 명당 병상 수는 180.6명, 의료인력 수는 784.2명으로 타 집단과 비교 시 적다.

지역의 보건의료자원이 이들의 건강 수준에 직접적 영향을 끼쳤다고 단언할 수는 없다. 다만 이전 출생코호트의 분석 결과에서도 언급하였던 바와 같이, 지역의 보건의료자원이 건강 수준을 결정하는 하나의 맥락으로 작용할 수 있다는 점을 염두에 둘 필요가 있다. 따라서 의료 접근성의 차이가 누적됨으로써 현재 건강 수준의 차이가 더 심화되지 않도록, 보건 의료자원의 형평적 이용 등이 담보되어야 할 것이다.

〈표 4-37〉 베이비부머 코호트의 건강궤적 유형별 보건 의료자원 특성

(단위: 분, 개, 명)

구분	집단1 (n=275)	집단2 (n=448)	집단3 (n=475)	집단4 (n=161)	F
종합병원 접근시간	24.4	22.6	25.7	29.4	6.4***
공공의료시설 접근시간	7.7	7.9	7.8	7.6	5.7***
인구 10만 명당 병상 수	193.1	198.2	197.4	180.6	9.9***
인구 10만 명당 의료인력 수	875.1	917.4	890.5	784.2	7.4***

- 주: 1) 고령화연구패널 지역2 수준 변수에 각 자료원(자료원 2~4)의 값을 투입하여 분석하였으며, 지역 간 이동이 없는 경우에 한해 분석하였음(사례 수 변동 없음).
 2) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001
 자료: 1) 한국고용정보원. 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.
 2) 질병관리청. (2023). 지역사회 건강 관련 요인 데이터베이스. Retrieved from <https://chs.kdca.go.kr/chs/recsRoom/dataBaseMain.do>에서 2023.8.30. 인출.
 3) 통계청. (2023a). 2020년 교통접근성지표(읍면동). https://stat.kosis.kr/nsibsHtmlSvc/fileView/FileStbl/fileStblView.do?in_org_id=444&in_tbl_id=DT_444001_FILE 2020에서 2023.9.6. 인출.
 4) 통계청. (2023b). 행정구역(읍면동)별/5세별 주민등록인구(2011년~). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04005N&conn_path=I2에서 2023.9.4. 인출.

라. 출생코호트별 건강궤적 유형 영향요인

건강궤적 유형별 일반 특성 파악에서 더 나아가, 대비되는 유형 간 차이를 야기하는 영향요인을 규명해내고자 다항 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 영향요인은 앞서 분석 변수에서 논하였던 바와 같이, 개인수준 및 지역수준의 변수를 모두 고려하여 분석에 포함하였다. 해석 과정에서는 가장 이질적인 차이를 드러내는 집단 간 비교를 중심으로 영향요인을 밝혀내는 것에 주안점을 두었다.

1) 해방 이전 코호트

집단5(건강악화군)를 기준집단으로 하여 다항 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 다음과 같다. 집단1(건강노화군)은 비교적 건강 수준을 유지

하면서 후기노년기로 이행하는 집단으로 집단5와 가장 대비되는 집단이다. 분석 결과, 사회구조적 요인 및 개인·지역 단위에서 중개요인의 차이가 두드러졌다. 기존 선행연구의 결과와 마찬가지로 교육수준 및 가구소득수준이 양호하고 취업 중인 경우 집단1(건강노화군)에 속할 확률이 높은 반면 생애근로 특성에 따라서 - 생애 총 직업 수가 많거나, 기존 직종(전문가, 관리자) 대비 기타 직종(서비스 및 판매근로자, 농림어업 등)에서 오래 일한 경우 - 집단5(건강악화군)에 속할 확률이 높아, 생애근로 경험의 안정성 및 근로환경 특성이 건강 수준에 미치는 영향을 확인할 수 있다. 개인 및 지역수준의 중개적 측면에서는 앞서 살펴본 일반적 특성과 유사한 경향을 띤다.

나아가 건강저해행위를 지속적으로 한 경우(지속음주, 지속비운동) 집단1(건강노화군)에 속할 확률이 높는데, 이는 건강실천행위와 건강 수준 간 선후관계가 명확히 밝혀지지 않음에 따른 결과로 해석된다(이미숙, 2009). 지역수준의 중개요인에 있어서는 의료 접근성이 떨어질수록 집단5(건강악화군)에, 의료자원의 공급 분포가 원활할수록 집단1(건강노화군)에 속할 확률이 높아 의료자원의 분포 및 의료 접근성이 직·간접적으로 건강 수준에 미치는 영향이 확인된다.

다음으로 집단5를 기준으로 이 외의 집단-집단2(인지기능저하군)~집단4(인지기능저하군 및 복합이환군)-과 비교한 결과, 집단1(건강노화군)의 분석 결과와 대체로 유사한 경향을 띤다. 구체적으로 사회구조적 요인 중 가구소득 및 취업 여부가 전 집단에서 공통적인 영향요인으로 밝혀졌다. 즉, 소득수준이 높거나 취업 중인 경우 집단5(건강악화군) 이외 집단들과 같은 건강 수준의 변화를 경험할 확률이 높게 제시되었다. 생애근로 경험 특성이 반영된 총 직업 수 역시 차이를 가져오는 요인으로 밝혀졌다. 다시 말해, 생애기간 동안 거처온 직업이 많을수록 집단5(건강악화

군)에 속할 확률이 높다는 것이다.

중개요인 역시 의료 접근성이 떨어질수록 집단5(건강악화군)에, 병상수와 같은 의료자원 공급이 풍부할수록 이 외의 집단에 속할 확률이 높게 제시되었다. 개인의 건강실천행위 중 하나로 음주 여부와 관련해서는 집단3과 집단4에서만 유의미한 요인으로 밝혀졌으며, 집단1의 분석 결과와 동일한 결과가 제시되어 건강 수준과 건강실천행위 간 역전이 현상이 다시 한 번 드러났다.

이를 종합할 때, 전반적인 건강상태의 악화를 경험하는 집단5(건강악화군)는 다른 건강궤적을 경험하는 유형들과 비교 시 사회구조적 요인의 영향이 결정적이었으며, 특히 소득수준, 취업 여부 및 생애기간 직업의 수가 주요한 영향요인으로 파악되었다. 이 중 생애기간 직업 수의 경우 근로형태의 안정성, 근로소득수준 등의 영향을 받을 수 있는 요인이다. 따라서 개인이 축적한 불안정한 근로 경험이 현재의 건강에 부정적 방향으로 나타날 수 있음(김영아, 곽은혜, 2021)을 뜻한다.

중개적 차원의 요인으로는 건강실천행위(음주, 운동) 및 지역의 의료 접근성과 의료자원 공급 분포가 건강 격차를 야기하는 주요한 요인으로 나타났다. 다만 건강실천행위의 경우, 행위의 지속성이 담보된 경우 집단5(건강악화군)에 속할 확률이 높게 제시됨으로써 통상적 이해를 넘어서는 부분이 있다. 양적분석을 통해서도 건강 수준과 건강실천행위 간 역행되는 측면을 명료히 설명하기 어려운 한계가 있으므로, 추후 질적분석 등을 통해 보완적으로 해석해볼 필요성이 제기된다. 나아가 의료자원 역시 단기적·장기적 차원에서 건강 수준 격차에 영향을 미치는 요인으로 드러났다.

〈표 4-38〉 해방 이전 코호트의 건강계적 영향요인(종합)

구분	집단1	집단2	집단3	집단4
기준집단: 유형5(건강악화군)				
인구사회학적 요인	연령(-) 여성(-)	연령(-) 여성(-)	연령(-) 여성(-)	연령(-) 여성(-)
사회구조적 요인	교육수준(+) 가구소득(+) 취업 여부(+) 총 직업 수(-) 최장기 직종 (기타 직종(-))	가구소득(+) 취업 여부(+) 총 직업 수(-)	교육수준(+) 가구소득(+) 취업 여부(+) 총 직업 수(-) 총 근로기간(-) 총 근로기간(+)	가구소득(+) 취업 여부(+) 총 직업 수(-)
증개요인	금주(-) 운동(-) 접근성(+) 병상 수(+) 의료인력 수(+)	접근성(+)	금주(-) 운동(-) 접근성(+) 병상 수(+)	금주(-) 운동(-) 병상 수(+)

주: (-)는 기준집단(건강악화군)에 속할 확률이, (+)는 비교집단에 속할 확률이 높음을 의미함.

〈표 4-39〉 해방 이전 코호트의 건강계적 유형 영향요인(기준집단: 집단5(건강악화군))

구분	집단1 (건강노화)	집단2 (인지기능저하)	집단3 (복합이환)	집단4 (인지기능저하+복합 이환)	
	OR	OR	OR	OR	
기준집단: 집단5(건강악화군)					
인구 사회 학적 요인	연령	0.78***	0.86***	0.81***	0.87***
	성별(기준: 남성)	0.12***	0.34*	0.23***	0.52*
	지역(기준: 동부)	1.66	0.86	0.63	0.82
	가구형태(기준: 독거)				
	부부가구	1.00	0.50	0.79	0.46
	자녀동거가구	0.62	0.58	0.59	0.38
	기타가구	0.95	0.73	1.31	1.50
	배우자 유무(기준: 무배우자)	1.25	2.44	1.25	1.89
사별기간	1.01	1.00	1.00	1.00	
사회 구조적 요인	교육수준(기준: 초등학교 졸업)				
	중학교 졸업	1.38	0.80	1.43	1.00
	고등학교 졸업	2.79*	1.09	2.28*	1.19
	대학교 졸업 이상	4.21*	0.91	1.93	0.79
	공적연금 가입 여부(기준: 무)	0.87	1.08	1.01	0.67
	자가 여부(기준: 비자가 유지(이동))				
	자가 유지(이동)	1.15	0.49	0.96	0.79
	가구소득	1.76***	1.34**	1.39***	1.19*
취업 여부(기준: 비취업)	3.11***	3.03***	2.47***	2.12***	

152 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

구분		집단1 (건강노화)	집단2 (인지기능저하)	집단3 (복합이환)	집단4 (인지기능저하+복합 이환)
		OR	OR	OR	OR
중개 요인	총 직업 수	0.88*	0.87*	0.85***	0.91*
	총 근로기간	0.99	1.00	0.98***	0.99
	최장기 직종(기준: 관리자/사무직)				
	서비스/판매근로자	0.34*	0.53	0.39*	0.48
	농림어업/단순노무직 외	0.55*	0.85	0.39*	0.53
	흡연(기준: 지속흡연)				
	흡연변화	0.58	0.60	0.62	1.37
	지속금연	0.92	0.68	0.78	1.17
	음주(기준: 지속음주)				
	음주변화	0.18***	0.77	0.28***	0.29***
	지속금주	0.46*	0.75	0.34***	0.33***
	운동(기준: 지속비운동)				
	운동변화	0.14***	0.62	0.49	0.81
	지속운동	0.07***	0.27	0.26*	0.41
	의료 접근성*				
	종합병원	0.96**	0.96**	0.97***	0.99
	공공의료시설	0.46**	0.66	0.51***	0.72
	인구 10만 명당 병상 수	1.21***	1.00	1.11***	1.01*
	인구 10만 명당 의료인력 수	1.10**	1.00	1.01	1.00
	LR $\chi^2=601.01$ *** Pseudo R ² =0.1425				

주: 1) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

2) 접근성의 경우, 값이 커질수록 접근성이 떨어짐을 의미함.

2) 해방 이후 코호트

해방 이후 코호트 역시 집단5(건강악화군)를 기준집단으로 하여 다항 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 상대적으로 건강 수준을 유지하면서 전기노년기로 이행하는 집단1(건강노화군)과 집단5를 비교·분석한 결과, 앞선 분석과 마찬가지로 사회구조적 요인에 따른 차이가 결정적으로 나타나 사회계층에 따른 건강 수준의 차이를 논한 다수의 연구 결과와 결을 같이한다. 교육수준 및 가구소득이 높을 시, 공적연금 가입(수령) 시, 취업 중인 경우 집단1(건강노화군)에 속할 확률이 높은 반면 생애근로 특성

에 따라 - 생애 총 직업 수가 많은 경우 - 집단5(건강악화군)에 속할 확률이 높게 제시되었다. 이전 출생코호트와 비교 시, 최장기 직종에 따른 차이는 발견되지 않았다. 중개요인에 있어서는 금연, 금주, 운동과 같은 건강실천행위를 지속적으로 실천(변화)한 경우 건강저해행위를 지속적으로 한 경우에 비해 집단5(건강악화군)에 속할 확률이 더 높게 나타났다. 지역적 측면에 있어서는 의료 접근성(종합병원, 공공의료시설)이 떨어질 경우 집단5(건강악화군)에 속할 확률이 높다.

다음으로 집단5를 기준으로 이 외의 집단-집단2(인지기능저하군)~집단4(인지기능저하군 및 복합이환군)-과 비교한 결과, 집단1(건강노화군)과 집단5의 비교·분석 결과와 마찬가지로 사회구조적 요인이 주요 요인으로 밝혀졌다. 다만 취업 여부를 제외하고는 건강궤적 유형 변화에 따라 영향을 미치는 요인을 달리한다(교육수준(집단3), 공적연금 가입 여부 및 가구소득(집단3, 집단4)). 생애근로 경험 특성이 반영된 총 직업 수의 경우, 본 분석에서는 주요 요인으로 밝혀지지 않았다. 중개요인과 관련해서는 집단4(인지기능저하군 및 복합이환군)를 제외하고는 건강실천행위 및 의료 접근성에 따른 차이가 도출된다. 건강실천행위는 증진행위를 하는 경우, 의료 접근성이 떨어지는 경우 집단5(건강악화군)에 속할 확률이 높게 제시되었으나, 이전 집단1(건강노화군)과의 비교만큼 결정요인의 영향력이 강하지 않았다. 아울러 집단4의 건강궤적 특성을 볼 때, 건강악화군 다음으로 건강 수준 변화가 큰 집단이라는 점에서 건강악화군과의 결정요인 차이가 작다는 것으로 해석된다.

해방 이전 코호트와 마찬가지로 전반적인 건강상태의 악화를 경험하는 집단5(건강악화군)의 경우 집단1(건강노화군)과 비교 시 사회구조적 요인-교육수준 및 소득수준, 취업 여부-이 본 분석에서도 주요한 결정요인으로 나타났다. 공적연금 가입 여부와 같은 소득보장제도 이용 여부가 유의

한 요인으로 발견되었다는 점은 이전 코호트 분석과 차별화되는 지점이다. 소득보장제도의 혜택을 누리기 시작한 출생코호트라는 점에서 이 같은 차이가 발견된 것으로 해석된다. 공적연금 가입 또는 수급 경험의 있다는 것은 일정 부문 소득보장제도 이용이 가능했다는 측면으로, 사회경제적으로 안정된 집단에 가깝다고 볼 수 있으며 앞서 살펴본 사회구조적 요인의 연장선상에서 해석 가능한 결과이다. 또한 해방 이전 출생코호트의 경우, 중개요인 중 지역의 의료자원 분포가 주요한 결정요인으로 밝혀졌으나 본 분석에서는 그렇지 않았다. 이 같은 결과가 의료자원 공급수준의 절대적인 양이 증가하였기 때문에 결정요인으로서의 영향력이 줄어든 것인지, 공급수준보다는 접근성의 영향이 더 크기 때문인지에 대해서는 추가적인 논의를 필요로 한다.

〈표 4-40〉 해방 이후 코호트의 건강궤적 영향요인(종합)

구분	집단1	집단2	집단3	집단4
기준집단: 유형5(건강악화군)				
인구사회학적 요인	연령(-)/여성(-)	연령(-)/여성(-)	연령(-)/여성(-)	
사회구조적 요인	교육수준(+) 공적연금(+) 가구소득(+) 취업 여부(+) 총 직업 수(-)	취업 여부(+)	교육수준(+) 공적연금(+) 가구소득(+) 취업 여부(+)	공적연금(+) 가구소득(+) 취업 여부(+)
중개요인	금연(-)/금주(-) 운동(-) 접근성(+)	금연(-) 접근성(+)	금연(-)/금주(-) 운동(-) 접근성(+)	-

(표 4-41) 해방 이후 코호트의 건강궤적 유형 영향요인(기준집단: 집단5(건강악화군))

구분		집단1 (건강노화)	집단2 (인지기능저하)	집단3 (복합이환)	집단4 (인지기능저하+복합 이환)
		OR	OR	OR	OR
기준집단: 집단5(건강악화군)					
인구 사회 학적 요인	연령	0.81***	0.86*	0.88***	0.96
	성별(기준: 남성)	0.39*	0.37*	0.51	0.88
	지역(기준: 동부)	2.20*	1.99	1.86	1.51
	가구형태(기준: 독거)				0.55
	부부가구	1.23	0.70	1.68	2.37
	자녀동거가구	0.88	0.68	1.26	1.86
	기타가구	3.38	1.69	2.76	4.77
	배우자 유무(기준: 무배우자)	0.84	1.25	0.62	0.55
	사별기간	1.00	1.00	0.99	1.00
	사회 구조적 요인	교육수준(기준: 초등학교 졸업)			
중학교 졸업		1.98*	1.41	2.52***	1.01
고등학교 졸업		3.58***	2.58*	3.70***	1.31
대학교 졸업 이상		4.76**	2.52	3.80**	0.63
공적연금 가입 여부(기준: 무)		1.85†	1.23	1.75†	1.96*
자가 여부(기준: 비자가 유지(이동))					
자가 유지(이동)		0.76	0.82	0.86	0.64
가구소득		1.69***	1.14	1.54***	1.32*
취업 여부(기준: 비취업)		2.44***	3.28***	2.08*	2.00*
총 직업 수		0.87*	1.06	0.92	0.95
총 근로기간		0.98	0.98	0.98	0.98
최장직 직종(기준: 전문가/사무직)					
서비스/판매근로자		2.73	2.73	9.38	4.21
농림어업/단순노무직 외	3.88	3.88	0.98	5.51	
중개 요인	흡연(기준: 지속흡연)				
	흡연변화	0.09*	0.09*	0.11*	0.13
	지속금연	0.16*	0.23	0.16	0.16
	음주(기준: 지속음주)				
	음주변화	0.28***	0.53	0.41*	0.91
	지속음주	0.58	0.72	0.48	0.82
	운동(기준: 지속비운동)				
	운동변화	0.31†	0.83	0.37†	0.70
	지속운동	0.21*	0.45	0.16*	0.37
	의료 접근성				
	종합병원	0.96***	0.98*	0.98*	0.99
	공공의료시설	0.68†	0.92	0.89	1.03
인구 10만 명당 병상 수	1.02	1.00	1.01	1.00	
인구 10만 명당 의료인력 수	1.01	1.00	1.01	1.00	
LR $\chi^2=593.19$ Pseudo $R^2=0.1199$					

주: 1) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

2) 접근성의 경우, 값이 커질수록 접근성이 떨어짐을 의미함.

3) 베이비부머 코호트

베이비부머 코호트의 집단4(건강쇠퇴군)를 기준집단으로 다항 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 베이비부머 코호트에 있어서도 사회구조적 요인의 영향력이 유지되었다. 즉, 교육수준이 높을수록 또는 취업 중인 경우 집단1(건강노화군)에 소속될 확률이 높게 나타났다. 소득수준에 따른 차이는 베이비부머 이전 출생코호트들과 달리 발견되지 않았는데, 유형의 일반적 특성에서 살펴본 바와 같이 유형별 차이가 크지 않았기 때문인 것으로 간주된다. 또한 베이비부머 이전 출생코호트에서는 두드러지지 않았던 최장기 직종에 따른 차이가 본 분석에서는 나타났다. 즉, 전문가 및 관리직, 사무직인 경우(준거집단)에 비해 서비스직(판매직), 농(임)업 또는 단순노무직인 경우 집단4(건강쇠퇴군)에 속할 확률이 더 높았다. 어떠한 직종에서 근무하는가는 근로환경 전반과 관련되며, 이러한 차이가 건강상의 차이로도 발현될 수 있음을 시사하는 결과로 볼 수 있다.

중개요인에 있어서는 금연, 금주, 운동과 같은 건강실천행위를 지속적으로 실천(변화)한 경우가 건강저해행위를 지속적으로 한 경우(흡연, 음주)에 비해 집단4(건강쇠퇴군)에 속할 확률이 더 높게 제시되어 베이비부머 이전 출생코호트의 분석 경향과 유사하다. 지역적 측면에 있어서는 의료 접근성(종합병원)이 떨어질 경우, 집단4(건강쇠퇴군)에 소속될 확률이 높다.

다음으로 집단4를 기준으로 이 외의 집단-집단2(우울증가군)~집단3(복합이환군)-과 비교한 결과, 집단1(건강노화군)과의 분석 결과와 마찬가지로 교육수준, 취업 여부, 최장기 직종이 주요한 결정요인으로 나타났다. 중개요인과 관련해서도 건강실천행위가 주요한 요인으로 도출되었으나, 앞선 분석들과 마찬가지로 건강 수준-건강행위 간 방향성이 명확치

않아 해석에 유념이 필요하다. 의료 접근성 중 종합병원의 접근성은 전 유형에서 영향요인으로 발견되었다.

해당 코호트의 경우, 분석집단의 연령대 감안 시 건강 수준의 변화가 크지 않고 일반적 특성에 따른 차이 역시 작은 편에 속한다. 따라서 앞선 출생코호트와 비교 시 사회구조적 요인의 누적적 효과는 두드러지지 않은 편이다. 단, 최장기 직종에 따른 차이가 발견되었다는 점을 유념할 필요가 있다. 이들이 경제활동을 지속할 수 있는 기간을 고려할 때, 직종에 따른 차이가 장기화되지 않도록 안전한 근로환경 조성을 위한 노력이 필요함을 시사한다. 나아가 지역수준에 따른 차이 중 의료적 접근성에 따른 차이는 지속적으로 제기되고 있다는 점 역시 고려해야 할 것이다.

〈표 4-42〉 베이비부머 코호트의 건강궤적 영향요인(종합)

구분	집단1	집단2	집단3
기준집단: 유형4(건강취퇴군)			
인구사회학적 요인	연령(-)	연령(-)	
사회구조적 요인	교육수준 취업 여부(+) 최장기 직종(-)	교육수준 취업 여부(+) 최장기 직종(-)	교육수준 최장기 직종(-)
중개요인	금연(-) 금주(-) 접근성(+)	금연(-) 금주(-) 접근성(+)	금주(-) 접근성(+)

〈표 4-43〉 베이비부머 코호트의 건강궤적 유형 영향요인(기준집단: 집단4(건강쇠퇴군))

구분		집단1 OR	집단2 OR	집단3 OR
기준집단: 집단4(건강쇠퇴군)				
인구 사회 학적 요인	연령	0.88*	0.89*	1.01
	성별(기준: 남성)	0.88	1.04	1.08
	지역(기준: 동부)	1.45	1.49	1.45
	가구형태(기준: 독거)			
	부부가구	0.63	5.21	1.10
	자녀동거가구	0.84	7.03	1.18
	기타가구	0.81	5.53	0.75
	배우자 유무(기준: 무배우자)	1.35	1.65	1.60
	사별기간	0.97	0.99	1.01
사회 구조적 요인	교육수준(기준: 초등학교 졸업)			
	중학교 졸업	1.64	3.16***	1.62†
	고등학교 졸업	2.97***	8.16***	3.44***
	대학교 졸업 이상	2.37†	8.11***	3.10**
	공적연금 가입 여부(기준: 무)	0.88	1.15	
	자가 여부(기준: 비자가 유지(이동))			
	자가 유지(이동)	0.83	0.64	0.84
	가구소득	0.96	1.02	0.80
	취업 여부(기준: 비취업)	1.64†	1.59†	1.51
	총 직업 수	0.98	1.03	1.04
	총 근로기간	0.99	0.98	0.99
	최장기 직종(기준: 전문가/사무직)			
	서비스/판매근로자	0.54**	0.35**	0.47*
	농림어업/단순노무직 외	0.47*	0.29***	0.34***
중개 요인	흡연(기준: 지속흡연)			
	흡연변화	0.76†	0.41*	0.65
	지속금연	1.52	0.58	0.83
	음주(기준: 지속음주)			
	음주변화	0.55*	0.27***	0.37***
	지속금주	0.95	0.93	0.89
	운동(기준: 지속비운동)			
	운동변화	0.92	0.56	0.61
	지속운동	0.91	0.46	0.49
	의료 접근성			
	종합병원	0.93*	0.94*	0.93*
	공공의료시설	0.74	0.89	0.97
	인구 10만 명당 병상 수	1.00	1.00	1.00
인구 10만 명당 의료인력 수	0.99	1.00	1.02	

LR x2=274.54

Pseudo R2=0.1017

주: 1) †p<.1, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

2) 접근성의 경우, 값이 커질수록 접근성이 떨어짐을 의미함.

제4절 소결

현재까지 노년기 건강 불평등과 관련하여 시계열 및 종단적 측면에서의 변화를 관측하였다.

시계열 분석을 통해서는 출생코호트에 따른 건강 수준 차이를 조망하였으며, 그 결과 최근 출생코호트일수록 전반적 건강 수준 및 예방적 관리가 양호하다는 것을 확인하였다. 사회 전반의 여건 개선과 보건의료기술의 발달, 건강보장 관련 제도의 확대 등이 미치는 영향을 시사하는 결과이다.

지역적 차원과 관련해서는 의료서비스에 대한 접근성 및 예방, 관리 차원의 노력이 형평적으로 이루어지는가를 중심으로 파악하였다. 그 결과, 절대적 수준에서의 공급량(병상 수, 의료인력 수)은 시계열적으로 증가하였으나, 고령인구의 자연증가분을 감당할 수 있는 수준까지는 이르지 못한 것으로 나타났다. 읍면부, 특히 도지역일수록 이 같은 경향이 두드러졌으며, 이러한 차이는 의료적 접근성 저하로 이어진다. 특히 (상급)종합병원과 같은 2·3차 병원의 이용률 차이가 크게 나타났다. 미충족 의료율은 전반적으로 낮아졌는데, 1차 의료기관인 병(의)원 확대 등에 따른 결과로 간주된다. 반면 예방적 관리 측면(건강실천행위, 만성질환관리 등)에 있어서는 지역별 편차가 작다. 이는 지역과 관계없이 예방적 관리 측면을 전반적인 수준으로 끌어올릴 필요가 있다는 측면으로 해석되며, 현재까지도 저조한 이행률이 시계열적으로 이어지고 있다.

〈표 4-44〉 시계열 분석 결과 요약

분석 결과	
출생 코호트	- 최근 출생코호트일수록 전반적 건강 수준 및 예방적 관리 양호 & 시계열적으로 이 같은 차이 확대
지역	- 절대적 수준에서 공급량 확대: 고령인구의 자연증가분 감당에는 한계 - 의료 접근성(이용률)은 시계열적으로 개선/도의 읍면부 지역 등은 2·3차 병원 이용률 여전히 낮은 수준 - 거주지역 인프라 등과 관계없이 예방적 관리를 위한 노력은 저조

주: 본문 내용을 요약함.

종단 분석을 통해 파악된 주요 연구 결과는 다음과 같다. 첫째, 동일한 출생코호트 내에서도 노년기를 이행하는 과정에서 건강 수준의 이질적 변화, 즉 노화과정의 격차가 두드러진다. 전 출생코호트에서 다음 생애단계로 이동하는 약 12년간의 과정에서 급격한 건강 수준의 악화 또는 쇠퇴를 경험하는 집단과 비교적 양호한 건강 수준을 유지하는 집단이 반복적으로 출현한다. 노년기의 건강악화는 모든 노인에게 동등 또는 유사하게 발생하는 자연적 현상이나, 구조적 차원에서 야기된 건강 변화 또는 노화과정의 격차가 시대를 거듭하여 지속적으로 발생한다는 점에 주목할 필요가 있으며 이 같은 차이를 줄이기 위한 노력이 선제적으로 이루어져야 함을 시사한다.

둘째, 건강 수준 변화가 가시화된 해방 이전 이후 코호트를 중심으로 볼 때, 건강악화군의 비중은 해방 이전 코호트에서 높게 나왔다. 후기노년기에 접어든 해방 이전 코호트의 경우 건강악화군의 비율이 21.1%로 해방 이후 코호트(7.7%)의 약 3배 수준이다. 반대로 비교적 건강 수준을 유지하는 집단(건강노화군)은 최근 출생코호트일수록 그 비율이 높다. 일정 부문 연령효과를 배제할 수 없으나, 이들이 경험한 사회경제적 환경과 제도적 혜택 등의 영향 역시 작용했을 것으로 해석된다. 이 같은 결과는 노인 생애주기에 따라 건강 수준 격차의 양상이 달라진다는 논의와 결을

같이한다(김영선, 2012; 이현숙, 염영희, 2017). 따라서 그간의 생애경험 및 보유자원 등에 따라 이질적인 노화과정의 차이가 대비되어 나타난다는 점을 고려한 사전적 개입이 무엇보다 중요하다.

셋째, 건강노화군 대비 건강악화군의 일반적 특성을 파악한 결과, 기존 선행연구와 같이 건강악화군에서 사회경제적 취약성이 두드러진다. 나아가 개인의 예방적 관리나 지역의 보건의료자원 및 그 접근성에 있어서도 건강노화군에 비해 건강악화군이 더 열악한 수준이다. 해방 이전 코호트일수록 이 같은 특성은 두드러지며, 생애기간 동안 누적적으로 이 같은 경험이 강화되는 것으로 해석된다. 즉 그간의 잠재된 불평등이 후기노년기에 극대화되어 발현되는 것으로 이해할 수 있다.

마지막으로 건강 격차를 유발하는 요인 역시 일반적 특성과 결을 같이 하여, 사회구조적 요인에 따른 차이가 결정적이며 중개요인, 특히 지역적 요인에 따른 차이가 두드러진다. 건강결정요인과 관련한 주류의 논의와 같이, 사회구조적 요인의 중요성은 간과할 수 없는 측면이다. 다만 사회구조적 취약성과 관련해서는 보건의료정책의 지원만으로는 해결될 수 없으며 사회보장 차원에서의 전방위적 대응과 취약계층에 대한 지속적인 지원이 생애과정 동안 이루어질 필요가 있다. 나아가 사회구조적 요인 중 개인의 사회경제적 지위에 관련한 특성과 함께 생애기간 동안 거처온 직업의 수나 최장기 직종 역시 건강 격차를 유발하는 요인으로 밝혀져, 근로의 안정성 및 근로환경 등이 장기적으로 노년기 건강에 영향을 미칠 수 있음을 내포하는 결과로 여겨진다.

지역적 특성에 있어서는 의료기관, 특히 종합병원의 접근성이 전체 출생코호트에서 공통적 요인으로 지적되었으며 이는 시계열 분석에서 도출된 결과와도 부합한다. 노년기 건강 격차를 유발하는 요인으로 사회구조적 요인과 지역적 요인에 따른 차이가 노년기 이행과정에서 지속적으로

영향을 미치고 있다는 점에서, 이를 완화하기 위한 노력이 강화되어야 할 것이다. 반면 공공의료시설에 대한 접근성은 집단 간 통계적으로 유의한 요인으로 나타나지 않았는데, 기초지자체를 중심으로 한 공급 확대가 영향을 미친 것으로 보인다. 나아가 이들 기관의 경우 도시로부터 거리가 먼 지역에서 일차의료 등 중요한 역할을 보완적으로 담당하고 있다는 기존 연구 결과(전보영, 최수민, 김창엽, 2012)와도 일정 부분 맥이 맞닿아 있다.

마지막으로 개인의 건강행태는 통상적인 해석의 방향과 반대되는 결과가 도출되는 역의 인과성을 보이고 있어, 해석에 주의를 요하며 질적연구 등을 통해 보완적으로 설명될 필요가 있다.

〈표 4-45〉 건강궤적 유형화 분석 결과 요약

해방 이전 코호트 (1935~1944년생)	(%)	해방 이후 코호트 (1945년~1954년생)	(%)	베이비부머 코호트 (1955~1963년생)		(%)
건강노화군	11.2	건강노화군	24.3	건강노화군	a	20.4
인지기능저하군	10.9	인지기능저하군	7.2		b	33.0
복합이환군	28.8	복합이환군	33.8	복합이환군		34.6
인지기능저하군 및 복합이환군	31.8	인지기능저하군 및 복합이환군	27.0	-		-
건강약화군	21.1	건강약화군	7.7	건강쇠퇴군		12.0

- 주: 1) 본문 내용을 요약함.
 2) 베이비부머 코호트의 경우, 건강노화군b는 건강노화군a와 유사한 건강변화 특성을 보이나 우울수준에 있어서만 최근에 증가하는 경향(본문 내에서는 ‘우울증가군’으로 명명)을 보여 건강노화군으로 간주함.

〈표 4-46〉 건강악화군(쇠퇴군)의 주요 특성 및 영향요인²⁾ 비교

구분		해방 이전 코호트 (1935~1944년생)	해방 이후 코호트 (1945~1954년생)	베이비부머 코호트 (1955~1963년생)	
주요 특성	일반적 특성	- 여성/저학력/저소득/독거가구 - 최장기 직종(단순노무, 농(임, 어)업 다수)		- 저학력/저소득 - 최장기 직종 (기능원, 농(임, 어)업)	
	건강행태	- 건강행태 다양*			-
	의료자원	- 종합병원에 대한 낮은 의료 접근성 - 낮은 의료자원 공급: 병상 및 의료인력			
영향 요인	인구사회학적 요인	연령(-)/여성(-)	연령(-)/여성(-)	연령(-)	
	사회구조적 요인	교육수준(+) 가구소득(+) 취업 여부(+)	교육수준(+) 가구소득(+) 취업 여부(+) 공적연금(+)	교육수준 취업 여부(+)	
		총 직업 수(-) 최장기 직종	총 직업 수(-)	최장기 직종(-)	
	중개 요인	건강 행태	금주(-)/운동(-)	금연(-)/금주(-)/운동(-)	금연(-)/금주(-)
		의료 자원	접근성(+) 병상 수(+) 의료인력 수(+)	접근성(+)	접근성(+)

주: 1) 본문 내용을 요약함.

2) 영향요인은 건강노화군 대비 건강악화(쇠퇴)군 간 분석 내용임.

현재까지의 분석 내용을 주요 사회지표와 건강보장정책의 주된 변화와 함께 살펴보면 〈표 4-47〉과 같다. 시계열 및 종단 분석에서 일관되게 제시하고 있는 바와 같이, 각자가 성장한 사회적 배경 및 제도적 혜택 경험에 따라 건강 수준에 있어서도 차이가 나타난다. 최근 출생코호트일수록 향상된 건강 수준을 나타내는 것은 연령효과적 측면을 배제할 수 없으나, 제도적 수혜 경험 등의 차이 역시 반영된 것으로 볼 수 있다. 즉 전 국민을 대상으로 한 건강보험제도의 확대, 예방적 관리체계로서 국가건강검진체계 도입 등을 어떠한 생애단계에 경험하는가가 개인의 전반적 건강 수준에 미치는 영향을 가늠할 수 있는 부분으로 제도의 설계에 있어 전(全) 생

애주기적인 고려가 이루어져야 할 필요성을 제기한다.

아울러 건강보장정책 흐름을 볼 때, 2000년대 이후 보장성 확대를 위한 노력이 다각화되었음을 알 수 있다. 다만 분석 결과에서 본 바와 같이, 이 같은 제도적 혜택이 고르게 배분되지 못함에 따라 건강 수준의 격차가 노년기 생애과정 속에서 이어지고 있다. 특히 사회경제적 지위와 지역의 의료 접근성 등이 유의한 영향을 미치는 것으로 나타나, 형평성 담보를 위한 노력이 보다 내실화되어야 함을 시사한다.

마지막으로 현재 다수의 건강보장정책은 보장성 확대와 질병의 ‘관리적’ 측면에 집중되어 있다는 것을 알 수 있다. 분석대상 중 베이비부머 코호트를 제외한 1950년대 이전 노인들의 경우, 질병관리 및 보호에 초점을 둔 정책적 지원을 강화함으로써 현재의 격차를 완화하고 건강하지 않은 시기를 최소화할 수 있는 방안 마련이 중요하다. 그러나 베이비부머 코호트를 비롯한 베이비부머 이후 세대의 경우, 현재 집중된 ‘관리적’ 측면 이외에 사전 예방적 차원에서 개인의 건강 수준을 향상시킴으로써 건강하지 않은 시기로의 진입을 지연시킬 수 있는 방안에도 대해서도 함께 모색해나가야 할 것이다.

(표 4-47) 건강보장정책의 주요 변화 및 출생코호트 특성

구분	~1980년대	1990년대	2000년대	2010년대
고령화율	(1970) 3.1% / (1980) 3.8%	(1990) 5.1% / (1995) 5.9%	(2000) 7.2% / (2005) 9%	(2010) 10.8% / (2020) 15.7%
건강수명	-	-	(2000) 67.4세 / (2005) 69.9세	(2010) 70.9세 / (2019) 73.1세
주요 건강보장 정책 변화	(1961)생활보호법 제정(의료급여) (1977)의료보험 (1983)저소득 노인 건강검진 (1985)건강검진 대상 일반 노인으로 확대 (1988)농어촌 지역 의료보험 전국 확대 / 5인 이상 사영장 의료보험 실시	(1990)방문간호관리사업 실시 (1995)외래진료비 본인부담정액제(70세) (1997)국민의료보험법 제정	(2002)외래 본인부담금정액제 대상 연령 인허(65세) (2006)차매조기검진사업 실시 (2007)생애전환기 건강검진 (2008)노인장기요양보험제도* 시행	(2011)차매관리법 제정 (2012)노인복지보험 적용 이후 계속 확대 (2013)지역사회통합건강증진사업 (2015)무릎관절수술비 지원 (2016)블루, 임플란트 건강보험 적용(65+) (2017)차매 국가책임제 실시 (2018)본인부담금상한제, 노인 외래진료비 본인부담정액제 개선
베이비부머 코호트 (1955-1963)	10~20대 -급격한 경제성장기의 청년 세대	30~40대 -1990년대 말~2000년대 중장년 시기로 IMF를 경험한 세대	40~50대	50~60대 -노인복지정책 확대기에 노인이 된 세대
주요 특징	20~30대 -우여기 이후 해방을 경험하였으며, 한국전쟁 시 청년기	40~50대 -1980~1990년대 중장년 시기로 급격한 경제성장기	50~60대	60~70대 -노인복지제도 미성숙기에 노인이 된 세대
해방 이전 코호트 (1935-1944)	30~40대 -임제강장기 출생 집단으로 한국전쟁 시 청년기	50~60대	60~70대	70대 이상 -2000년 이전 노인 세대 진입으로 복지제도 취약집단

주: 1) 자료원(1)을 바탕으로 작성하되, 이 외의 추가적인 고려사항, 건강수명 및 정책 변화 관련 내용은 하기 자료원을 활용함.
 자료: 1) 김세진 외. (2021). 한국 노인의 삶과 인식 변화 - 세종: 한국보건사회연구원, p.30.
 2) 정경희, 강은나, 이윤경, 황남희, 양찬미. (2016). 노인복지정책 진단과 발전전략 모색 세종: 한국보건사회연구원.
 3) 신우석 외. (2016). 사회보장제도 노인건강분야 기본평가. 보건복지부·한국보건사회연구원.
 4) 박중서 외. (2021). 제4차 저출산고령사회기본계획 시안 마련 연구. 서울: 대통령직속 저출산고령사회위원회, 한국보건사회연구원, 한국여성정책연구원.
 5) 국가지표체계. (2021). 건강수명. Retrieved from <https://www.index.go.kr/unify/idx.do?idxCd=5067>에서 2023.9.27. 인출.
 6) KOSIS. (2023g). 생 및 연령별 추계인구(1세별, 5세별)/잔구. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BP_A001&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=A41_10&scrid=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE&path=%25FstatisticsList%252fstatisticsListIndex.do에서 2023.9.27. 인출.



제5장

사례연구를 통한 노년기 건강 불평등 양상 분석

제1절 사례연구 개요

제2절 사례 내 분석을 통한 노년기 건강 불평등 양상

제3절 사례 간 분석을 통한 노년기 건강 불평등 양상

제4절 소결

제 5 장 사례연구를 통한 노년기 건강 불평등 양상 분석

본 장에서는 앞서 살펴본 노년기 건강궤적 유형별 격차와 그 격차를 유발하는 요인들에 대한 심층적인 이해를 위해 사례연구 결과를 살펴보고자 한다.

제1절 사례연구 개요

1. 사례연구 개요

사례연구는 하나 또는 여러 사례들에 대한 총체적인 서술과 분석, 해석을 목표로 하는 질적 연구 방법으로서 다양한 자료수집을 통해 하나의 사건, 현상 또는 한 명 이상의 개인에 대한 철저하고 체계적인 조사와 분석을 하는 연구 방법이다(Woods & Catanzaro, 1988). 사례연구의 초점은 상황 속의 사람에 있으며, 사례에 대한 완전한 이해를 위해서 연구는 맥락 내에서 이루어져야 한다(신경림 외, 2004). 본 연구가 노인의 생애과정 동안 야기된 건강 불평등에 대한 다차원적인 이해를 목적으로 한다는 점에서, 개별 심층인터뷰에 기반한 사례연구는 보다 적절한 자료수집 방법이라 할 수 있다. 심층인터뷰를 통해 제기된 개개인의 삶의 맥락을 바탕으로 노년기 건강 불평등 현상을 관통하는 공통의 맥락과 차이에 대한 경험적 이해를 가능케 하기 때문이다.

사례연구는 제4장에서 양적연구를 통해 도출된 다수의 유형 중 전 출생코호트에서 공통적으로 도출된 건강노화군, 복합이환군, 건강악화군을 중심으로 진행하였다. 건강노화군과 건강악화군은 가장 대비되는 건강

격차를 나타내는 유형이라는 점에서 실현 가능한 정책적 시사점을 제공할 수 있는 유형으로 판단하였다. 나아가 복합이환군은 개인적, 제도적 차원의 노력이 어떠한 방향으로 더해지는가에 따라서 향후 건강상태의 변화궤적이 달라질 수 있는 유형이라는 점에서 사례연구의 대상에 포함시켰다. 이 세 유형을 앞선 양적분석의 결과를 참고하여 구분하였으며, 건강노화군은 만성질환 2개 이하 및 기능제한이 없는 경우, 복합이환군은 만성질환 3개 이상인 경우, 건강악화군은 기능제한이 있는 경우(경우에 따라 장기요양 재가등급을 받은 자)로 조작적 정의를 하였다.

유형별로 연령(1944년 이전, 1945~1954년, 1955~1963년), 지역, 성별, 교육수준, 주관적 경제수준 등을 고려하여 총 12명의 대상자를 섭외하였다. 당초 유형별로 각 3명씩 총 9명의 인터뷰를 진행하고자 하였으나, 건강악화군을 통한 건강 불평등 이해가 중요하다고 판단하여 추가적인 섭외가 이루어졌다(건강악화군 6명, 이 외 유형 각 3명).

사례연구는 일대일 심층면접을 통해 주요한 생애경험, 사회적 관계를 비롯한 지지체계, 평소의 건강관리 및 건강행태, 건강관리 및 의료 이용과 관련한 경험 등을 파악하는 과정으로 진행되었다. 사례연구를 위한 일대일 심층면접은 2023년 8월 1일부터 8월 27일까지 이루어졌고 면접시간은 참여자의 상황에 따라 1~2시간 이내로 진행하였다.

2. 연구의 윤리성 확보

사례연구 수행을 위하여 한국보건사회연구원 생명윤리위원회의 심사를 거쳤다(제2023-043호(2023.6.12.)). 아울러 연구의 윤리성을 확보하고자 참여자와의 인터뷰 전에 연구자들의 신분을 밝히고 연구자가 연구 참여 동의서 내용을 한 줄씩 천천히 읽으면서 연구 목적에 대한 이해를

도왔다. 또한 참여자의 녹음에 대한 동의를 얻고 본 자료가 익명으로 사용될 것이며 연구 수행으로만 분석될 것임을 고지하였다.

녹취된 자료는 녹취록으로 재구성하였으며, 녹취록은 작성 원칙을 마련하여 가능한 한 침묵 등을 놓치지 않고 분위기를 담도록 하였다. 1차 녹취록을 검토한 이후에 녹취록 작성의 원칙을 바탕으로 재검토하는 과정을 거쳤다. 연구자들은 면접대상자들에게서 수집한 자료를 여러 번 읽으면서, 자료에 반복해서 나타나는 주제를 찾아가며 수집된 자료원을 분석하였다. 또한 분류한 자료들을 재검토하면서 그 내용을 포괄할 수 있는 상위 범주(주제)를 찾아가는 과정을 이행하였다. 최종적으로 공동연구자와의 의견교류 및 확인 과정을 거쳐 분석을 마무리하였다.

본 사례연구는 Guba & Lincoln(1981)이 제시한 질적 연구의 평가 기준인 엄밀성에 대한 4가지 측정 기준, 즉 사실적 가치(내적 타당도: 신빙성), 적용성(외적 타당도: 적합성), 일관성(신뢰도: 확실성), 중립성(객관성: 확증성) 등을 통해 신뢰도와 타당성을 확보하였다.

3. 연구참여자의 일반적 특성

연구참여자 총 12명의 일반적 특성은 다음과 같다. 건강노화군에 포함된 참여자 A는 1954년생(69세) 남성, 참여자 B는 1943년생(80세) 여성으로 수도권에 거주 중이다. 두 참여자 모두 만성질환 1~2개를 갖고 있고 약물 복용 등을 통해 관리 중에 있다. 참여자 C는 1946년생(77세) 여성으로 비수도권(읍면부)에 거주하며 디스크수술 경험 이외 질병 이력은 부재하다.

복합이환군에 포함된 참여자 D는 1950년생(73세) 남성으로 고혈압 외 두 번의 수술 경험이 있다. 참여자 E는 1955년생(69세) 여성으로 수

도권에 거주 중이고, 참여자 F는 1952년생(72세) 남성으로 비수도권(읍면부)에 거주 중이며 두 참여자 모두 당뇨, 고혈압 등 지속적으로 관리를 요하는 만성질환을 갖고 있다.

건강악화군에 포함된 참여자 G는 1955년생(69세) 남성으로 수도권에 거주 중이며 시각장애 및 고혈압, 천식 등의 만성질환이 있다. 참여자 H는 1945년생(78세) 여성으로 수도권에 거주 중이고, 참여자 I는 1936년생(87세) 여성으로 비수도권(읍면부)에 거주 중이다. 두 참여자 모두 장애 및 고혈압을 비롯한 다수의 만성질환을 지니고 있어 독립적인 생활에 제한이 있다. 참여자 J는 1939년생(84세)으로 수도권에 거주하는 남성, 참여자 L은 1934년생(89세)으로 비수도권(읍면부)에 거주하는 여성이며, 기능제한 등의 사유로 현재 장기요양서비스를 이용 중(4등급)이다. 참여자 중 가장 젊은 참여자 K는 1963년생(60세) 남성으로 비수도권(읍면부)에 거주하며 다수의 사고 경험으로 인해 독립적 보행 및 이동에 제한이 있다.

〈표 5-1〉 연구참여자 일반적 특성

유형	연구 참여자	출생연도	성별	지역	가구 형태	학력	주관적 경제수준	주요 건강 특성
건강 노화군 (3명)	A	1954년	남	수도권 (동부)	부부	대졸	중상	- 고지혈증
	B	1943년	여	수도권 (동부)	부부	고졸	중상	- 이상지질혈증, 감상선질환
	C	1946년	여	비수도권 (읍면부)	독거	중졸	중하	- 허리디스크(수술)
복합 이환군 (3명)	D	1950년	남	수도권 (동부)	부부	대졸	중상	- 고혈압, 심장질환(수술), 체장압(완치)
	E	1955년	여	수도권 (동부)	부부	중졸	중	- 당뇨, 관절염, 감상선질환
	F	1952년	남	비수도권 (읍면부)	독거	중졸	하	- 당뇨, 고혈압, 뇌경색
건강	G	1955년	남	수도권	자녀	중졸	하	- 시각장애 1급

유형	연구 참여자	출생연도	성별	지역	가구 형태	학력	주관적 경제수준	주요 건강 특성
악화군 (6명)				(동부)	동거			- 고혈압, 천식 외
	H	1945년	여	수도권 (동부)	자녀 동거	초졸	중	- 장애등급 있음 - 고혈압, 녹내장, 갑상선암수술 외
	I	1936년	여	비수도권 (읍면부)	독거	초졸	하	- 장애등급 있음 - 고혈압, 골다공증, 척추협착증 외
	J	1939년	남	비수도권 (읍면부)	자녀 동거	초졸	중	- 장기요양 4등급 - 고혈압, 관절염, 수면장애 외 - 기능제한(독립 보행 힘듦)
	K	1963년	남	비수도권 (읍면부)	독거	대졸	하	- 디스크 및 협착증 외 - 기능제한(독립 보행 힘듦)
	L	1934년	여	수도권 (동부)	독거	초졸	하	- 장기요양 4등급 - 뇌졸중(수술) - 기능제한(독립 보행 힘듦)

주: 1) 연구참여자에 대한 사전질문 및 심층면접을 통해 파악한 내용을 재구성함.

2) 장애등급 폐지 이전에 장애등급을 받은 경우, 기재받았던 등급을 중심으로 기재함.

제2절 사례 내 분석을 통한 노년기 건강 불평등 양상

본 절에서는 유형별 개별 사례를 중심으로 사례 내 분석을 실시한 결과에 대해 서술하였다.

1. 건강노화군

가. 연구참여자 A

연구참여자 A는 1954년생(69세) 남성으로 배우자와 함께 살고 있으

며, 슬하에 1남(45세) 1녀(43세)를 두었다. 자녀들은 모두 연구참여자 A와 근거리에 거주하고 있으며, 자녀들과 원만한 관계를 유지하여 거리낌 없이 도움을 주고받을 수 있다. 손주들과도 일주일에 1~2번 왕래하는 사이로 가족 간 관계가 돈독하다.

연구참여자 A는 대학교 졸업 후 재정 및 회계업무를 담당하는 사무직에서 60세까지 일하다 퇴직하였다. 매달 지급되는 국민연금 및 그간의 저축으로 노후의 가계 운영이 가능한 상황이다.

연구참여자 A는 현재 고지혈증이 있다. 최근 2~3년간 이전과 비교하면 몸이 둔해지고 근력이 감소한 느낌이 있으나, 동년배들과 비교하였을 때 상대적으로 건강하다고 느끼는 편이다.

연구참여자 A는 미리부터 본인의 노후대비 중 하나로 건강관리를 철저히 해온 편이다. 2년에 한 번 건강보험공단에서 진행하는 건강검진을 빠지지 않고 받고, 고지혈증 관리를 위해 콜레스테롤 관리용 약을 복용 중에 있다. 평생 흡연을 하지 않았으며 음주도 즐기지 않는다. 이 외에도 균형 잡힌 식단으로 규칙적인 식사를 하며, 20년 넘게 꾸준히 산책 및 스트레칭, 가까운 공원에서 러닝 등의 습관을 유지해오는 등 전형적인 건강한 생활상의 모습을 보인다.

이전보다는 노쇠해간다는 느낌이 들어, 더 활발하게 사회생활을 이어가는 편이라 전 직장동료들과의 모임, 친척모임에 자주 참여한다. 이 외에도 인터넷을 활용(시청, 구청 등 홈페이지)하여 자원봉사나 구립도서관에서 무료 강좌 수강 등을 자유롭게 하는 편이다. 현재는 친교의 목적이자 건강한 생활을 지속하려는 목적으로 하루에 4시간씩 소일거리를 이어나가고 있으며, 오랜 기간 알아온 마음을 터놓을 수 있는 지인이 있다.

나. 연구참여자 B

연구참여자 B는 1943년생(80세) 여성으로 배우자와 함께 살고 있으며, 슬하에 1남(51세) 2녀(54세, 52세)를 두고 있다. 배우자는 공군 장교로 일하다 59세 은퇴 후 다른 직업을 찾아 전직하여 5년을 더 근무하고 나서 현재는 은퇴한 상태이다. 첫째 딸을 제외한 두 자녀가 연구참여자자와 근거리에서 거주하고 있어 자주 왕래하는 편이다.

연구참여자 B는 평생 주부로 생활하였으며, 배우자의 군인연금 및 저축 등으로 노후생활에 여유가 있는 편이다.

연구참여자 B는 현재 갑상선기능저하증과 고지혈증을 앓고 있으며, 지속적으로 약을 복용 중이다. 연구참여자 B의 어머니가 비교적 이른 나이(65세, 신경암)에 사망하셨고, 본인 역시 40세에 짧은 기간이지만 입원한 경험이 있기에, 젊었을 때부터 건강관리를 위한 노력을 펼쳐왔다. 오랫동안 이어온 운동습관(자전거 타기, 수영)으로 현재도 운동을 하는 데 무리가 없으며, 65세에 산악회, 73세에 노인복지관에서 요가를 배우는 등 무언가를 새롭게 배우고 익히는 데 적극적이다. 아직까지 식사 준비 및 차리기 등 가사활동에 어려움이 없고, 고루 영양소를 갖춘 식단으로 식사를 하려 노력한다. 다만 나이가 들어감에 따라 치매에 대한 두려움이 있어 최근 메모하는 습관을 들이고 있다. 고령임에도 불구하고 젊었을 때부터 지켜온 건강관리를 위한 노력이 체화되어 나타나는 모습이다.

몸이 아플 때(최근에는 청력 이상 경험) 주로 동네병원을 이용하며, 경제적으로 여유가 있는 상황임에도 불구하고 진료비나 간병비에 대한 부담은 있다. 이 외 건강과 관련한 정보 또는 건강상태에 대한 고민이 있을 때, 배우자나 자녀의 도움을 구할 수 있고 본인 스스로 인터넷을 활용하여 습득할 수 있다.

현재도 일주일에 한두 번은 적십자에 봉사활동을 나가며, 배우자와 비교적 돈독한 관계를 유지하고 있고, 힘들 때 의지할 수 있는 친구도 여럿 있다.

다. 연구참여자 C

연구참여자 C는 1946년생(77세) 여성으로 2018년에 배우자 사망(심장질환) 후 혼자 거주한다. 슬하에 2녀를 두고 있으며, 자녀 모두 같은 도(道)에 거주한다. 한 달에 2회 정도 자녀들과 만나며, 전화통화는 일주일에 2회 정도 하는 등 자주 연락을 주고받는다. 배우자 사망 후 3~4년간 정신적으로 힘든 시기가 있었고, 당시 복지관의 사회복지사가 정서적으로 많은 도움을 제공하여 현재까지도 사회복지사를 많이 의지하는 편이다.

연구참여자 C는 70세까지 배우자와 농사일을 해왔으며, 현재는 소일거리로 하루에 2시간씩 작물을 가꾸어 용돈벌이를 한다.

연구참여자 C는 약 10년 전 서울 소재 대형병원에서 디스크수술을 받은 바 있고, 그에 따른 통증은 있으나 이 외 별도의 질환은 없는 상태이다. 동년배와 비교 시 건강한 편에 속하는 연구참여자 C는 이 같은 건강 특성을 C의 어머니의 건강한 생활습관을 많이 물려받았기 때문인 것으로 설명한다. 본인이 좋아하는 활동을 꾸준히 함으로써 건강관리를 하는 편으로, 인근 마을회관이나 복지관에서 구기 운동을 하거나 30분 이상 규칙적으로 걷는다. 허리수술 경험이 있기에 힘이 많이 들어가거나 무리한 운동은 하지 않고, 복지관을 통해 악기 연주도 배우고 있다. 세 끼 식사는 물론 과일 등도 잘 챙겨 먹는 편이며, 자녀들을 통해 건강보조식품도 꾸준히 복용한다.

몸이 경미한 수준으로 아플 때는 자녀의 도움 없이 동네병원을 이용할 수 있는 상황이나, 지역의 대형병원을 가기 위해서는 버스를 타고 이동해야 하는 번거로움이 있다. 10년 전 연구참여자 C의 치료 시 거주지역에서는 치료가 불가하여 서울의 대형병원을 이용해야 했으며, 오랜 시간 여러 교통편을 이용해야 하는 어려움을 경험한 바 있다. 배우자의 질병 치료 시에도 이 같은 경험이 반복되었다. 질환에 대한 설명이나 향후 치료 방식 등에 대한 이해는 편리한 편이었지만, 지방에서 큰 도시로 이동하는 어려움 및 해당 병원의 익숙하지 않은 물리적 환경(동선)으로 애로사항이 많은 편이었다. 본인 및 배우자의 상황을 경험하면서 응급상황이 있을 때, 바로 대응할 수 있는 시설(응급센터)이 지역에 있지 않아 그에 대한 아쉬움은 있다. 현재 건강검진은 인근 대형병원에서 마을회관으로 출장나오는 건강검진서비스를 2년에 한 번씩 이용하고 있다. 본인의 건강상태와 관계없이 의료적인 접근성에 있어서는 지역적 차이가 여실히 드러나는 측면이 있다.

배우자 사망 후 관계를 맺게 된 복지관으로부터 다양한 정보를 얻을뿐더러 자원봉사, 동아리 활동(스포츠 댄스, 합창) 등에 적극적으로 참여하며, 그곳에서 사귀 친구들과도 오랜 기간 마음을 터놓고 지내고 있다.

2. 복합이환군

가. 연구참여자 D

연구참여자 D는 1950년생(73세) 남성으로 배우자와 함께 살고 있다. 자녀는 2명으로 큰딸은 43세, 작은딸은 41세이며 자녀들과 교류가 잦다. 대학에서 선박 엔지니어링을 전공한 연구참여자 D는 약 32년간 선박업

분야에서 공무원으로 일하다 2010년 퇴직하였다.

연구참여자 D는 이북 태생의 피난민으로 유년 시절 어려운 생활환경을 경험하였고, 성인이 된 이후 직장에서 역시 잦은 발령으로 스트레스가 큰 편이었다.

연구참여자 D는 약 10년 전(2013년) 인근의 종합병원에서 심장수술을 받은 바 있으며, 본인의 과거 생활환경이 이에 영향을 미쳤을 것으로 본다. 3년 전(2020년)에는 건강검진 시 췌장암 진단을 받았고, 초기였기에 서울의 상급종합병원에서 절제술을 받았다. 오랜 직장생활에 따른 음주습관 및 운동 부족 등이 암 발병과 관련되었을 것이라고 보고 있다. 췌장암절제술 이후 복용 약은 모두 비급여로 약제비 지불에 부담을 느끼는 상황이다. 수술 및 회복 단계에서 배우자의 도움을 많이 받았으나, 배우자 역시 무릎수술을 받은 경험이 있어 부담을 덜고자 간호간병통합서비스를 이용한 바 있다. 어깨통증과 같은 불편을 경험할 때는 인근의 보건소나 동네병원 이용이 가능한 상황이다.

비교적 큰 수술을 2회 경험하였으나, 배우자의 도움으로 빠른 대응을 할 수 있었으며 이후에도 금연이나 운동을 꾸준히 해오는 등 나름의 건강 관리를 하고 있다. 행정복지센터 이용을 통한 교육 참여에 적극적인 것 역시 그 일환이다. 다만 수술 전과 비교 시 스스로 쇠약하다고 느끼는 편으로, 수술 전의 건강을 회복하지 못하는 상황에 대한 불안감이 있다.

나. 연구참여자 E

연구참여자 E는 1955년생(69세) 여성이며, 배우자와 함께 거주하나 관계가 좋지 않다. 슬하에 세 명의 딸(48세, 46세, 44세)이 있으며 모두 타 지역에 거주하고 있어, 딸들의 왕래가 적다.

연구참여자 E는 결혼 후 자영업을 해왔으며(양품점-고철사업), 약 20년 전 일을 그만두었다. 현재는 환경미화활동을 통해 경제활동을 하고 있으며, 임대수입 등이 있어 노후생활을 운영함에 어려움이 적은 편이다.

연구참여자 E는 5년 전 서울의 대형병원에서 자궁암 초기 판정에 따른 수술을 받은 바 있으며, 현재는 완치 상태이다. 당뇨약을 오래 복용해왔으나, 3년 전 중단했다. 최근 당뇨 수치가 높게 나와 지속적으로 자가체크(혈당검사)를 하고 있다. 갑상선질환에 따라 복용 약이 있으며, 백내장수술을 대기 중이다. 가족들과의 관계가 깊지 않기 때문에, 수술 이후 회복 기간에 누군가의 도움을 받아야 하는 상황에 대한 걱정이 있다.

연구참여자 E는 자영업 운영 시 스트레스로 인한 흡연을 해왔으나, 사업을 그만둔 이후 금연 중이며 음주는 하지 않는다. 당뇨가 있는지라 식생활에 유의하며 걷기 운동을 자주 한다. 교회를 통해 심리적인 지지를 많이 얻는 편이며, 종교활동을 통해 맺은 인연들과 돈독한 관계를 유지하고 있다.

다. 연구참여자 F

연구참여자 F는 1952년생(72세) 남성으로 배우자와 사별한(2016년) 후 현재 거주지로 이사하여 혼자 살고 있다. 자녀는 1남 1녀가 있으나, 외국 또는 타 지역에 거주 중이며 연락 및 왕래가 거의 없다.

오랫동안 전기기술자로 일해왔으며, 현재는 노인일자리사업(청소) 참여 및 국민연금 등으로 소득 보전을 하고 있다.

연구참여자 F는 기존 거주지(광역시)의 종합병원에서 25년 전 고혈압 진단을 받았으며, 13년 전 같은 병원에서 뇌경색, 10년 전 당뇨 진단을 받았다. 뇌경색은 현재 70% 이상 완치가 되었으나, 후유증으로 인해 발

화가 어려운 상태이다. 거주지를 이전하기 전까지는 진단받은 병원을 통해 약을 복용하였으나, 이전 이후 해당 병원까지 물리적 거리가 너무 멀어 현재는 지역의 보건소에서 처방전을 받아 약을 복용 중이다. 보건소의 지리적 접근성에 대해서는 만족하는 편이나, 이동의 어려움이 적다면 종합병원에서 지속적으로 진료받는 것을 희망한다.

건강관리를 위해 아침저녁으로 걷기 운동을 1~2시간 정도 실천하고 있으며, 당뇨관리를 위한 식단관리도 하는 편이다. 과거에는 오래 흡연을 하였으나 여러 질환을 경험하면서 현재는 금연한다. 이 같은 개인적인 노력에도 불구하고 경제적 수입원이 많지 않기에, 약제비 지불에 대한 부담을 많이 느낀다.

지역의 복지관을 자주 이용하며 다양한 교육활동과 운동(당구, 탁구)에 참여하나, 친목을 위한 교류는 많지 않는다. 복지관을 통해 가사도우미서비스를 신청하여 주 1회 1시간씩 서비스를 받고는 있으나, 부족하다고 느끼는 편이다.

배우자 사망 이후 마음을 나눌 수 있는 관계가 거의 없는 데다 거주지까지 이전한 탓에 친인척과의 교류도 줄어들어 가끔 외로움을 느낀다. 나아가 거주지 이전을 하기 전까지는 친인척이 같은 지역에 거주함에 따라 병원 동행과 같은 도움을 제공받았으나, 이제는 그마저도 어려워져 그에 대한 걱정이 있다.

3. 건강악화군

가. 연구참여자 G

연구참여자 G는 1955년생(69세) 남성으로 슬하에 1남(39세) 1녀(37

세)를 두고 있으며, 현재 배우자 및 딸과 함께 거주한다. 제약회사에서 생산관리직으로 1978년(23세)에 입사하여 1997년(42세)까지 근무하였으며, 이후 가족의 생계는 배우자가 청소일을 통해 책임지고 있다. 자녀 중 딸과 유대가 깊은 편이다. 자가는 있으나 경제적 어려움으로 인해 전기세 감면 혜택 등을 받고 있다.

연구참여자 G의 부모님이 본인이 아홉 살, 스물여섯 살 무렵 돌아가심에 따라 어렸을 때부터 가장으로서의 역할을 수행해야 하는 부담이 있었으며, 경제 형편 역시 넉넉하지 않아 중·고등학교를 야학으로 다녔다.

연구참여자 G는 서울 대형병원에서 1994년 망막색소변성증 판정을 받았으며, 별다른 치료 방법이 없다는 절망감에 10년 이상 알코올 중독 및 우울증을 경험한 바 있다. 망막색소변성증은 진행성으로 계속하여 나빠지는 탓에 1997년 퇴직하게 된 것이다. 고혈압은 망막색소변성증 진단 이후 신경성으로 발병하였으며, 심근경색은 퇴직 이후 발병하였다. 심근경색에 대해서는 시술을 받았고, 현재 정기적인 검진과 약을 복용 중이다. 2007년 시각장애로 인해 장애 4급 판정을 받았으나, 현재는 1급으로 방향감각도 많이 잃어버린 상태이다.

연구참여자 G는 시력을 많이 잃기 전까지는 외부에서 진행되는 다양한 구기 운동을 좋아했지만, 현재는 집 안에서만 걷기 운동을 실천하는 수준이다. 심근경색 판정 이후 최대한 절주하고자 했으며, 식사도 잘 챙기려 하는 편이다. 그럼에도 불구하고 고정적으로 들어가는 의료비 및 약제비에 부담을 느끼고 있으며, 본인의 수입원이 없는 상황이기에 더욱 그렇게 인식한다.

배우자 및 자녀 이외에도 자주 연락할 수 있는 사교모임(동창회, 향우회 등)이 있어서 정서적으로 지지를 받는 편이며, 사회에서 경험하는 차별적 대우를 이들과의 모임을 통해 많이 극복하는 편이다.

나. 연구참여자 H

연구참여자 H는 1945년생(78세) 여성으로 2008년 남편이 사망한 이후 둘째 아들(40세)과 함께 살고 있다. 자녀는 아들 2명으로 첫째 아들은 결혼하여 분가하였고, 왕래가 적다. 경제적 지원은 두 자녀 모두에게 받고 있으며, 대체로 둘째 아들에게 심리적으로 많이 의지한다.

남편이 오랫동안 뇌졸중을 앓았고 당뇨 합병증으로 인해 다리를 절단하기까지 수발을 들어야 했기에, 참여자 H의 몸 상태는 좋지 않으며 특히 남편을 부축하는 과정에서 고관절이 나빠졌다. 노화와 함께 고관절 상태가 더욱 악화되어 서울의 대형병원에서 인공관절삽입술을 받았고, 같은 병원에서 갑상선암에 대한 추적검사를 연 1회마다 받고 있다. 수술 후 간병인을 고용한 바 있으나, 좋은 기억으로 남지 않았다.

연구참여자 H는 현재 장애 3등급으로, 과거에 사고로 오른쪽 눈의 시력을 많이 잃은 상태이다. 사고 이후 우울감을 자주 경험하며 현재 시각 장애가 악화되어 혼자서 외출이 어려운 상황에 놓여 있다.

별도의 건강관리를 위한 노력을 하지 않았으나, 장애가 생기기 전에는 인근 노인복지관을 자주 이용하면서 다양한 프로그램에 참여하기도 하였다. 현재는 독립적 이동의 어려움 등으로 인해 외출이 적고, 사람이 적은 시간에 집 근처 공원을 1시간 산책하는 것이 전부이다.

현재 거주지로부터 병원까지 거리가 있는 데다 교통편이 원활치 않아 동행해줄 누군가가 필요하며, 둘째 아들이 자주 동행한다. 이동의 번거로움에도 불구하고 배우자 및 본인의 치료 경험이 있기에, 대형병원에 대한 신뢰도가 높고 이동의 어려움만 해결된다면 지속적인 대형병원 이용을 희망한다. 단, 병원 이용 시 키오스크나 QR 사용의 어려움, 긴 대기시간 등에 따른 불편함이 크다.

다. 연구참여자 I

연구참여자 I는 1936년생(87세) 여성으로 남편이 1992년 급성간암으로 사망 이후 혼자 거주한다. 자녀는 1남(49세) 1녀가 있었으나, 딸이 1974년에 사고로 사망하였다. 아들과는 연 2~3회 정도 드물게 왕래하며 정서적 유대가 거의 없다.

연구참여자 I는 비교적 유복한 환경에서 성장하였으나, 결혼 이후 경제적으로 궁핍한 상황을 경험하였으며 어린이집에서 주방일을 10년 정도 하였다.

연구참여자 I는 딸의 사망 이후 극심한 우울증을 경험하였고 그로 인해 정신과 입원 및 약을 복용한 바 있다. 현재까지도 신경성으로 인해 몸이 가려운 증상이 반복된다. 무릎수술을 받은 경험이 있어 후유증으로 다리가 자주 붓고 무거우며, 2015년(당시 79세)에 허리수술을 받아 7개월간 입원한 바 있다. 장기간 입원한 탓에 가족(아들)의 도움을 받기 어려워 간병인을 고용하였으나, 가계 지출 부담이 컸던 것으로 기억한다. 현재까지도 가족의 연이은 사망에 따라 신체적, 심리적으로 많이 지쳐 있는 상황이며 자살 생각을 빈번히 한다.

현재 장기요양 4등급으로 인근의 주간보호센터를 2022년 5월부터 다니고 있으며, 일주일에 6회(월요일~토요일) 이용한다. 고혈압, 고지혈증, 신경성 등으로 인한 약을 처방받기 위해 인근 병원의 가정의학과를 이용하며, 병원 방문 시에는 주간보호센터의 간호사가 동행한다.

주간보호센터와 병원 방문, 30분 정도 인근 산책 이외 특별히 자주 외출하는 곳은 없으며, 행동반경이 넓지 않다. 식사는 주간보호센터를 통해 두 끼 모두 해결하며, 집에서 혼자 가사생활이 어려운 상태로 가사도우미를 고용하여 생활하고 있다.

라. 연구참여자 J

연구참여자 J는 1939년생(84세) 남성으로 배우자와 함께 거주한다. 자녀는 2남 2녀로 모두 독립하였으며, 자녀들과 연 4~5회 정도 왕래하고 자주 연락하는 등 관계가 좋은 편이다. 무엇보다 배우자와 신뢰가 두텁고 서로 많이 의지한다.

연구참여자 J는 1970년대(30대)에 소방대원으로 일하다가, 이후 최근 까지 농업에 종사하였다. 현재 가계를 배우자의 노인일자리급여 및 기초연금 등으로 꾸려가는데, 넉넉지 않은 편이다.

50대부터 금연, 절주 등의 생활을 하였지만 2021년 전립선암수술을 받고 1년간 입원한 경험이 있다. 현재는 완치상태이나, 잇따른 2022년 교통사고로 9개월간 인근 병원에 입원한 경험이 있다. 사고 이후 보행에 어려움을 느끼고 있으며, 인지기능저하 등으로 인해 현재 장기요양 4등급이다.

2023년도부터 주간보호센터를 이용하며 식사를 모두 센터에서 해결한다. 센터에서 진행되는 체육활동에 조금씩 참여하는 편이나 적극적인 활동을 즐기지 않는다.

마. 연구참여자 K

연구참여자 K는 60세(1963년생) 미혼 남성으로 임대아파트에 혼자 거주한다. 공무원을 하였으나 그만둔 후, 광고영업직으로 일하였다.

연구참여자 K는 30대, 40대, 50대 중반 전후로 교통사고를 연이어 세 차례 경험하였다. 첫 번째 사고는 30대 중반에 일어났으며 비교적 경미한 사고였다. 두 번째 사고는 40대 중반에, 세 번째 사고는 50대 중반에 일

어났다. 후유증으로 목과 허리디스크, 협착증이 있어 오래 앉아 있거나 걷지 못한다. 또한 후유증으로 인해 심근경색을 얻게 되어 응급실 이용 경험이 잦다.

교통사고 이후 실내에서 하는 운동 위주로 하고 있으며, 식사를 세 끼 모두 챙기기는 어렵다. 복지관을 통해 주 2회씩 반찬서비스를 이용하며, 복지관의 사회복지사가 유일하게 교류하는 사회적 관계이다.

바. 연구참여자 L

연구참여자 L은 1934년생(89세) 여성으로 1990년에 배우자 사망 후 홀로 거주한다. 자녀는 1남 4녀를 두고 있으나, 이 중 둘째 딸이 사망하였다. 나머지 자녀들은 외국 또는 타 지역에 거주 중이며, 막내딸이 경제적 관리를 도맡는다. 자녀들과 왕래 및 연락이 잦은 편이다.

연구참여자 L은 평생 농사일을 해왔으며, 그로 인해 허리가 많이 구부러져 있고 보행을 힘들어 한다. 1985년에 허리수술을 받은 경험이 있고, 1990년 즈음에 뇌졸중 치료를 받은 바 있다. 이후에도 낙상사고에 따른 입원 경험이 몇 차례 있으며, 골다공증이 심한 편이다. 현재 장기요양 4등급(2019년 등급 판정)으로 방문요양서비스를 이용 중이다.

현재까지 두 명의 요양보호사를 경험하였으며, 첫 번째 요양보호사를 통해 다양한 복지서비스에 대해 알 수 있었다. 요양보호사는 가사 지원 및 수발 업무 등에 적극적이었다. 첫 요양보호사가 건강상의 이유로 퇴사한 후 두 번째 요양보호사의 방문을 받는 중이며, 그에 대한 만족도 역시 높다.

병원 이용이 필요한 경우, 요양보호사가 동행하거나 혼자 보행보조기를 통해 외출한다. 수발 지원에 있어서는 요양보호사가 많은 역할을 담당

하나, 막내딸 역시 부수적인 도움을 제공한다. 이 외에도 이웃들과의 교류가 있는 편이며, 병원 이용 이외 외출은 적다.

제3절 사례 간 분석을 통한 노년기 건강 불평등 양상

본 절에서는 개별 사례에 대한 분석을 바탕으로 유형별 특성을 종합적으로 파악한 결과에 대해 정리하였다. 현재의 건강상의 변화 특성과 관련하여, 생애주기에 걸쳐 나타난 위험요인 혹은 완화요인은 무엇이었는지에 초점을 두어 유형별로 이를 파악하였다.

1. 건강노화군

건강노화군에 속한 사례들은 노년기 이전까지 본인 또는 배우자의 비교적 안정적인 직장생활 등으로 인해 노후에 대한 대비가 마련되어 있는 경우였다. 건강관리 역시 노후생활의 한 영역으로서 젊었을 때부터 관리하는 습관이 체화된 양상이다. 따라서 노화 또는 건강상의 변화를 갑작스럽게 경험하기보다는 하나의 과정으로 이해하고 행동하는 모습이 관찰된다.

무엇보다 본인들이 좋아하는 활동을 지속적으로 실천해오거나 건강한 생활습관(운동, 식생활, 건강검진 등)을 유지하여 최대한 오랫동안 현재의 건강상태를 유지하려 한다.

- 항상 30분 정도는 스트레칭을 해요. 집에서 하고 공원에 나가서도 하고. (중략)
내가 하루에 한 1만 보 가까이 걸어요. 못 걸을 때가 하루에 7~8천. (중략) 건강검진 2년마다 한 번씩 하고 있죠. 공단에서 하는 것에 더해서. (연구참여자 A)

- 지하철을 몇 정거장 뛰어서 걸어와요. 스트레칭도 항상 집에서 하고. 내 나이로 73

세에 요가를 배우러 갔어요. (연구참여자 B)

본인 스스로 정보화 기기를 활용할 수 있어, 건강관리를 위한 정보를 적극적으로 구득하고 이용할 수 있는 것 역시 하나의 강점으로 작용한다.

- 신문이나 인터넷 같은 거, 근교에 가까우면서 산책하기 좋은 곳, 이런 것 인터넷 치면 나오니. (연구참여자 A)

- 자기 나름대로 건강 체조요법인, 건강관리법도 요새는 많이 나와요. 허리 아픈 데에는 뭐가 좋고, 어디 아픈 데 뭐가 좋다는 거 많이 나오잖아요. (연구참여자 B)

현재 이들의 건강상 변화가 크지 않으므로, 배우자 또는 자녀와 같은 비공식적 관계망이 수발자원으로서의 역할을 크게 담당하고 있지는 않다. 그러나 이들의 정서적 기반으로서의 역할과 적극적인 사회참여 또는 신체활동을 이끄는 하나의 원동력으로 작용한다.

- 와이프가 바탕을 깔아준 거 같아. 그것이 밑바탕이 돼서 이것저것 할 수 있는 힘이 원천이 된 것 같아요. (중략) 활동도 많이 해요. 동아리 활동도 한다든지 또는 지역사회에 무슨 활동 이런 거 한다든가. (연구참여자 A)

- 내가 또 산에 다니면 나만 다니면 안 되잖아. 그러면 우리 또 남편도 같이하고. (연구참여자 B)

인근 복지자원의 활용 역시 눈여겨볼 만한 부분이다. 연구참여자 C는 유형군 중 가장 고령이며 배우자의 사별을 경험한 바 있으나, 당시 복지관 사회복지사와의 라포 형성을 계기로 다양한 활동에 참여함으로써 이후 비교적 건강한 삶을 유지하고 있다. 관계망 축소가 수반되는 연령대임에도 불구하고 보상기제로서 공식적 자원을 활용할 수 있었던 것이 이후 생활상 전반의 차이를 가져온 것으로 보인다. 이석미(2019)의 연구에서

공식적 관계와 비공식적 관계가 서로 교차하며 개선되는 상보성을 보일 수 있다는 연구 결과는 일정 부분 이와 맞닿아 있다.

- 복지관 선생님이 막 나오라고. 막 전화를 막 해주더라고. 얼마나 고마운지. 그래, 나가보자 하고 나왔더니 하루 이틀 나오니까 이렇게. (후략) (연구참여자 C)

개인적 차원에서 수반되는 노력 이외 지역사회에서 이용할 수 있는 자원이 다양하게 확보된 것 역시 건강상태를 유지하는 보호기제이다. 특히 수도권에 거주하는 연구참여자 A나 B의 경우, 인근의 산책로나 생활체육 시설, 복지관 등이 잘 구축된 덕에 적극적으로 이를 활용할 수 있는 여건이 마련되어 있다. 건강증진을 위한 목적으로만 설립된 시설은 아닐지라도 해당 시설 내에서 관련된 프로그램을 이용하거나, 간접적으로 건강관리를 실천할 수 있는 자원으로서의 역할을 담당한다고 볼 수 있다.

- OO구 복지관이 많잖아요. (중략) 아니면 OO도서관도 있고. (연구참여자 A)

- 공원 산책길이 정말 잘 돼 있더라고요. 저는 전에는 몰랐는데 옛날에는 이런 게 없었어요. (연구참여자 B)

- 복지관 없었으면, 어디 가서 우리가 그런 걸 할 수 있어. (연구참여자 C)

단, 같은 건강노화군에 속할지라도 거주지역에 따른 의료자원 이용에는 편차가 있다. 특히 수술이나 집중적 치료를 요하는 질환의 경우 읍면부에 거주하는 연구참여자 C는 어려움을 경험한다. 경미한 치료 또는 일상생활 중 경험하는 불편, 통증 등에 대해서는 연구참여자의 지역과 관계 없이 인근의 병원(보건소 포함)을 이용하는 양상을 보이나, 장기간의 입원이 수반되는 치료, 수술의 경우 수도권 소재의 대형병원으로 이동해야 하는 번거로움이 있다. 현재는 수발을 필요로 하지 않는 상태임을 감안하

면 의료자원 이용의 편차가 즉각적으로 건강상태에 영향을 미치지 않을 지라도, 향후 관계자원의 축소 및 기능상태 쇠퇴 등이 맞물릴 때에는 부정적 요인으로 작용할 수 있는 여지가 있다.

- 그냥 조그마한 동네병원. 저기 가서 약 먹고, 주사 한 대 맞고. (중략) 보건소 잘, 가끔가다 가요. (연구참여자 C)

- 여기서 조금 커야 OO병원. 그리고 거기서 또 OO로 가야 돼. 안 되면 또 서울로 가고. 다리, 다리 건너가 가야 돼요. 종합병원이 없어요. 그게 없고. 작은 병원은 꽤 많아요. (연구참여자 C)

이 같은 편차에 대해 지역 차원에서의 대응이 전무한 것은 아니다.

- 건강검진은 OO병원에서 회관 와 가지고 한 번씩 하는 거 있대. 우리네 같은 사람은 차가 없으니까 가기가 훨씬 힘들잖아요. 우리 할머니들 많이 와요. 나 같은 사람들. (연구참여자 C)

이와 같이 인근 도시지역의 종합병원에서 출장 건강검진서비스를 제공하는 등 의료자원 접근성의 한계를 극복하는 모습을 보이는 것은 고무적이다. 다만 앞서 언급한 바와 같이 상시적으로 활용 가능한 자원이 아니라는 점에서 한계가 있다.

2. 복합이환군

노년기의 경우, 평균 2개 이상의 만성질환을 갖는 등(이윤경 외, 2020) 복합이환의 문제를 겪는 것은 어느 정도 보편적인 현상일 수 있다. 다만 복합이환을 어떠한 경로로 경험하고 있는가에 따라 이후의 삶 역시 다른 양상으로 나타날 수 있다는 것이다.

심층인터뷰를 통해 만난 복합이환군에 속한 대상자들은 과거 본인의 생활습관에 따라 현재와 같은 만성질환을 경험한다고 인식하였다. 어떠한 직업군에서 일하였는가와 관계없이 조직문화, 근로환경에 따른 스트레스 등으로 인해 건강저해행위를 경험한 것을 공통적으로 토로하였으며, 이것이 장기적으로 현재의 건강상의 문제를 야기하였을 것으로 본다.

- 심장이 그렇게 된 원인 중에 하나는 음식에 문제가 있고. 전부 혈관을 막는 음식들이었는데 그게 원인이 되더라고요. (중략) 얇은 음주습관 때문인 것 같아요. 직장에서 술 마시는 분위기가 형성되기 때문에……. (중략) 그렇게 술을 잘 마시게 돼요. (연구참여자 D)

- 별어먹고 살긴 해야 되지. 사람들은 오면 막 스트레스 주니까 담배를 못 끊어. (연구참여자 E)

세 참여자 모두 하나의 질환이 생기고 나서 그로 인한 스트레스로 또 다른 질환을 갖거나 합병증에 따라 여러 개의 만성질환을 경험하면서, 현재보다 건강이 악화될 우려를 하고 있다. 따라서 현재의 상태를 유지하거나 나빠지는 속도를 완화시키기 위해 운동, 금연이나 절주, 식이를 조절하는 등 개인적 차원에서 관리하려는 노력을 보인다. 이미 여러 질환을 갖고 있으므로 다른 합병증을 막기 위한 예방 차원의 노력으로 볼 수도 있으나, 현재 질병으로 인해 건강저해행위를 하지 못하는 결과적 차원으로 해석할 수 있는 부분이다.

- 심장수술 하다 죽을 수도 있겠구나. 그리고 나서 퇴원을 할 적에 담배를 끊었습니다. (연구참여자 D)

- 당뇨 합병 안 걸리려고, 발 지금 운동하고……. (중략) 당뇨가 좀 있어도 먹었는데, 요새는 어지간하면 안 사죠. (연구참여자 E)

질환을 알게 된 계기 또는 관련 정보의 습득, 이후 대처 행동 등 일련의 과정에 있어서는 사회적 관계망의 역할이 큰 영향을 미친 것으로 나타났다. 연구참여자 D나 E의 경우, 배우자 또는 자녀가 이 과정에서 중요한 역할을 담당하였으며 이후 건강이 악화될 때에도 이들이 중요한 수발자 원으로서 기능할 것으로 예상되는 측면이 있다.

- 집사람. 제일 적극적으로 내가 병원에 안 간다고 했을 적에도 병원에 가게 만들고. (연구참여자 D)
- 딸이 그 선생님이 훌륭하다고 다 소문도 듣고 거기 와서 수술받으라 해서……. (중략) 딸이 또 본인 진료 받은 대학병원으로 가라고 해서 다니는 거지. (연구참여자 E)

다만 배우자 역시도 노인이라는 점에서 노노(老老) 돌봄의 한계를 경험하기도 하며, 보완적으로 간호간병서비스를 활용한 경우도 있다. 그러나 수도권 거주자임에도 불구하고 서비스 불충분성을 경험한 것으로 나타나, 향후 이 부분에 대한 고려가 이루어져야 할 것이다.

- 대부분 동행을 하잖아. 우리는 이제 그런 게 좀 힘들어. (연구참여자 E)
- 애당초 우리는 통합 병원을 이용하려고 했어요. (중략) 내가 움직일 수만 있으면 뭘, 천천히 내가 하면 되고. 통합서비스 받으면 되니까. (중략) 좋은 점은 집사람을 자유롭게 할 수 있다는 그런 것이 있고. 그런데 서비스 자체가 좀 잘 안 되고. 통합서비스 하는 데가 의외로 적어요. (연구참여자 D)

반면 복합이환군 내에서도 연구참여자 F의 경우, 배우자 사망 후 거주지를 이전하였고 현재 독거가구이다. 거주지를 이전하기 전까지는 병원 동행 등에 있어 친인척의 도움을 받을 수 있었으나, 현재는 어려워진 상황이며 활용 가능한 관계자원 역시 부재하다. 더욱이 뇌경색 후유증으로 인한 발화의 어려움으로 스스로 사회적 관계를 더욱 차단하는 경향이 있

어, 향후 건강상태를 어떻게 관리하는가에 따라 삶의 양상이 크게 달라질 여지가 있다.

- OO에 있을 때는 조카를 데려가고, 동생을 데려갔거든. 동생 데려가서 설명하라 하고 했거든. (중략) 연락 안 하죠. 내가 멀리 있고 말이 힘들니까 말을 안 하지. 자주 안 만나니까 뭐, 연락도 없고 연락이 없으니 떨어지는 기라. (연구참여자 F)

이러한 경우 적절한 의료자원의 공급이 무엇보다 중요하다. 현재 연구참여자 F의 경우, 비수도권 읍면부 지역에 거주하며 보건소를 통해 만성 질환 관리를 하고 있다. 지리적으로는 접근이 용이하지만, 이동의 편의성만 보장된다면 보다 전문적인 치료를 요하는 병원의 이용을 희망하는 모습을 보인다. 보건소 및 병(의)원 간 담당하는 진료 범위 및 기능이 상이하다는 점에서, 의료적 욕구에 대한 원활한 대응이 이루어지지 못하는 측면으로 여겨진다.

- 만족은 하죠. 근데 보건소는 전문의가 아니니까. 믿음이 덜 가고. (중략) OO은 병원이 하나 더 큰 게 하나 있으면 좋지. 솔직히 여기는 병원이 좀 적어. 병원도 적고, 큰 병원이 하나 더 있어야 돼. (연구참여자 F)

마지막으로 복합이환군에 속한 연구참여자들은 여러 개의 질환을 경험함에 따라 지불해야 하는 의료비 역시 부담으로 인식한다. 더욱이 본인의 경제적 수준이 낮다고 인식하는 경우 그 부담을 더 크게 느낀다.

- 병원에 한 번씩 갔다 오면 보통 되지 뭐. 약값이 비싸니까. 내가 약을 많이 먹으니까 약값이 비싸더라. (연구참여자 E)

3. 건강악화군

건강악화군에 속한 대상자들은 기존 선행연구들과 마찬가지로 사회경제적 수준이 취약한 상태에서, 질환 또는 사고 경험 이후 적절한 대응이 이루어지지 못한 채 현재의 건강상태를 경험하고 있다.

대체로 현재 최소한의 신체활동만 가능한 상태임에도 불구하고 복합이 환군과 마찬가지로 증상 완화 또는 더 악화되는 것을 막기 위한 목적으로 운동이나 금연, 절주 등을 행하려는 노력을 보인다.⁷⁾ 현재보다 악화되는 것에 대한 우려는 본인뿐 아니라 본인을 돌봐야 하는 누군가에 대한 돌봄 부담에서 기인한 경향이 있다.

- 나중에 화장실 못 갈까 봐, 선생님들(요양보호사) 욕보지 않게 하려고, 그렇게 안 하려고 그저 약을 쓰고 운동하는 거야. (연구참여자 I)

기능상태제한에 따라 독립 보행이 어렵거나, 보행을 할지라도 활동반경이 넓지 않기 때문에 가정 내에서의 생활이 주를 이룬다. 다만 자택환경이 편리하지 않아 현재의 기능상태를 더 악화시킬 여지가 있다.

- 집에서 이런 데도 막 부딪히고 그런다고, 잘못할 때는 이리로도 막 헛딪고. 여기 뭐 있으면 부딪히고. (연구참여자 G)

- 집이 넓으면 뭐, (보조)기구라도 사서 이렇게 하면 좋은데 그거는 뭐, 형편에 뭐 안 되고. (연구참여자 K)

외부활동을 하고자 하는 의지가 있을지라도 인근 지역에 활용할 수 있는 자원이 많지 않다는 것 역시 하나의 장애요인으로 작용하고 있다. 거

7) 이는 양적연구에서도 드러났던 결과로, 건강행태 및 건강결과 간 관계를 논한 다수의 연구 결과에서도 어느 한 방향으로 일치하는 결과가 나타나지 않음.

주지역과 관계없이 노인의 특성에 부합하는 편의시설 부재를 공통점으로 경험하고 있어, 생활환경이 더욱 좁혀지고 사회적 관계의 배제로 이어질 우려 역시 존재한다.

- 헬스장도 가서 좀 하고 싶은데, 내가 다녀보니까 또 민폐야, 민폐. (연구참여자 G)
- 이 동네가 이래서, 특별히 이용할 수 있는 데가 없어서. (중략) 어느 정도 걸으면 쉬어야 해요, 앉아서. 그런 데가 없고 다닐 수가 없잖아. (연구참여자 K)
- 운동도 나가서 해야 되나. 어디 가서 할 데도 없고. (중략) 이렇게 걸어가다 골목길 아니에요, 옆으로 피하려면 (차들이) 빵빵하고. 무섭고 그렇더라고요. (연구참여자 I)

나아가 참여자들은 서비스 이용 및 정보 접근성에 있어서도 어려움을 겪는다. 동일 유형군에 속한 참여자 중 비교적 낮은 연령대의 연구참여자 K를 제외하고, 본인에게 필요한 서비스나 정보 신청을 어려워하는 등 정보의 사각지대에 놓여 있음을 알 수 있다.

- (장애등급을) 그렇게 안 받을 수 있었는데. 그때 몰랐어. 내가 그걸 몰라서. (연구참여자 H).
- 스마트폰으로 정보 찾아본 적 없어요. 전화만 하죠. 그런 거 안 해봐서 몰라. (연구참여자 I)
- 어떻게 신청을 전화로만 하는 건가, 어떻게 하는 건가, 방법을 또 모르니까. (연구참여자 G)

건강악화군에 속한 이들의 경우, 이들의 건강 및 기능상태를 고려할 때 보다 잦은 의료서비스 이용이 수반된다. 그럼에도 불구하고 현재 병원 동행, 간병 등 수발자원 부족을 경험하고 있다. 특히 중증질환 및 응급상황에 대한 신속한 대처가 필요한 건강악화군의 경우, 진료 범위가 넓은 상급종합병원에 대한 의존도가 높을 수밖에 없을 것이다. 이전 유형군에서도 나타났던 바와 같이, 참여자들은 상급종합병원을 이용하기 위해 지역

간 이동을 감수해야 하는 어려움을 토로하고 있으며, 이는 미충족 의료 또는 돌봄의 결과를 낳고 있다.

- 치과를 내가 한, 한 4개월 다녀야 했어요. 같이 갈 사람이 없는 거야. 그거 뭐 어떻게 해야 할지 모르겠더라고. (연구참여자 G)
- 내가 만약에 뭐, 애(아들) 없을 때 침을 맞으러 간다 할 때는 그때 보조해줘야지. 아들 말고는 도움받을 사람이 없어요. (연구참여자 H)
- 거기까지 나를 데리고 갈 사람도 없고. (연구참여자 K)

고무적인 부분은 비공식적 관계망이 협소한 경우, 공적 서비스를 활용해 이를 보완적으로 활용하는 사례가 있다는 점이다. 유형 중 장기요양서비스를 이용하는 연구참여자 I와 L의 경우, 복지서비스에 대한 정보를 얻거나 병원 동행 등의 도움을 얻고 있다.

- (병원까지는) 예, 간호사 선생님이. 차로. (연구참여자 I)
- 첫 번째 요양보호사는 정말 잘 해줘서 노인이 받을 수 있는 복지를 여러 가지 알려주고. (연구참여자 L)

복합이환군과 마찬가지로 이들 역시 의료비에 대한 부담을 느끼고 있으며, 특히 경제적 수준이 좋지 않은 대상층이 다수로 그 부담이 가중되는 양상을 보인다.

- 1년에 한 60~70만 원 나오는데 그런 게 부담이 가죠. 버는 거 하나도 없는데. (연구참여자 G)
- 그렇게 병원에 맨날 박았지. (연구참여자 H)
- 자꾸자꾸 쓰니까 이제. 아픈 데 나가고, 나가고. 이제 병원비가 걱정이고. (연구참여자 J)

심층면접을 통해 접한 건강악화군 유형의 삶의 양상은 건강과 다른 삶의 특성 간 이중 인과관계 혹은 동태성이 나타난다는 기존의 연구 결과(김기태, 2022)와 부합한다. 대처기제 부족이 건강 및 기능상태의 악화로, 악화된 건강상태가 다시 취약한 삶의 상태로 나타나고 있다는 점에서 전방위적인 접근 및 지원이 이루어질 필요성이 제기되고 있다.

제4절 소결

사례연구를 바탕으로 노년기 건강 불평등 양상에 대한 논의는 다음과 같다.

첫째, 노년기까지의 주요한 생애사건을 사회구조적인 영향하에서 어떻게 경험하였는가가 현재의 건강 수준에 다각도로 영향을 미치고 있었으며, 이 과정에서 사회구조적 요인의 영향력이 결정적이었다. 보건의료적 차원의 접근만으로는 사회구조적 요인과 건강 간 상호 영향력을 약화시키기에는 한계가 있다. 따라서 생애주기적으로 사회안전망이 확대 및 개선될 필요가 있고 그 안에서 건강권 확보에 대한 논의가 이루어져야 할 것이다.

둘째, 건강행태의 양면성을 맥락 속에서 이해할 필요가 있다. 사례연구 결과, 건강노화군에 속한 사례들은 노후준비의 일환으로서 건강증진행위를 행하였던 반면, 이 외 사례들은 악화를 지연시키기 위한 목적 또는 현재의 건강상태에 대한 결과적 측면에서 더 이상 건강저해행위를 하지 않는 모습으로 나타났다. 양적연구에서 제시되었던 건강상태-건강행태 간 역의 인과성 역시 이러한 맥락에서 발생한 것이다. 나아가 복합이환군, 건강악화군에 속한 사례 중에서도 실천하고자 하는 욕구는 있으나 제반 환경이 갖추어지지 않아 행하지 못하는 경우 역시 존재하였다. 대다수의

생활체육시설 등은 건강 및 기능상태를 고려하여 설계되지 않고 이동의 편의성 역시 보장되지 않은 경우가 다수이다. 이에 건강증진행위를 행하지 못함은 물론 생활반경이 줄어들 수밖에 없는 것은 필연적 결과이다. 그러므로 단순히 건강증진행위를 하지 않았기 때문에 현재와 같은 건강상태를 야기했다는 해석은 지양할 필요가 있다. 이보다는 건강증진행위를 행할 수 있는 물리적 여건을 조성하는 노력이 선행될 필요가 있으며, 장애요인을 제거한 상태에서 예방적 차원의 노력을 이어나갈 수 있는 환경을 조성할 필요가 있다.

셋째, 대처자원으로서 공식적·비공식적 관계망의 중요성이다. 양적연구를 통해서서는 유형 간 일반 특성이나 영향요인에 있어 사회적 관계망에 대한 논의가 깊지 않았으나, 사례연구를 통해서서는 사회적 관계망이 갖는 의미가 부각되었다.

크게 세 가지 차원으로 그중 첫 번째는 배우자, 자녀 등과 같이 비공식적 관계망을 활용하여 정보 접근성을 높이거나 병원 동행 및 관리 등 수발, 지지자원으로서 역할을 기대할 수 있는 경우로 건강유형군의 사례들이 대체로 이에 해당하였다. 두 번째는 비공식적 관계망의 보완책으로 공식적 관계망을 활용하는 경우이다. 노년기 특성상 배우자가 사망했거나 배우자 역시 노년기로 접어들어 수발 부담에 한계가 있을 때, 또는 가족 간 관계가 소원할 때 보건 및 복지자원(서비스)을 보완적으로 활용하였다. 사적 관계망을 통해 돌봄 또는 건강관리에 대한 도움을 기대하기 어려울 때 공적 서비스에 대한 의존도가 높아질 수 있다는 연구 결과(Ellaway, Wood, & Macintyre, 1999; 정운경, 2021)와 부합하는 측면이다. 대체로 복합이환군, 건강악화군과 같이 건강 및 기능상태제한으로 누군가의 도움이 수반되어야 할 때, 이 같은 양상의 차이가 나타났다. 본 연구에서는 장기요양서비스 제공인력, 사회복지관의 사례관리자의 역할

이 부각되었으며, 간호간병서비스와 장기요양서비스 이용 등도 주요하게 언급되었다. 마지막은 지지체계의 부재인 경우이다. 독거가구이거나 가족이 있더라도 부양의 의무를 기대하기 어렵고, 이용 중인 공적 서비스가 없는 경우로 복합이환군 및 건강악화군의 일부가 역시 이에 속한다. 향후 지지체계의 부족이 지속될 때, 치료 및 돌봄의 공백으로 이어질 우려가 있다는 점에서 공적 서비스의 접근이 보다 강화될 필요가 있는 집단이다. 특히 의료 및 복지서비스 이용 시 동행, 관련 서비스 신청 등에 대한 욕구가 강하였으나, 해결되지 못하는 것이 문제로 남아 있다.

넷째, 의료자원 이용의 격차는 건강 수준 여하와 관계없이 거주지역에 따라 모두 경험하고 있어, 양적연구의 결과와 결을 같이한다. 향후 물리적 접근성을 보완해줄 수발자원이 부족하다면 서비스 공백으로 이어질 우려가 있다. 사례 중 연구참여자 C와 같이 찾아가는 건강검진서비스 등의 활용은 지역 간 의료 이용 편차를 줄여줄 수 있는 하나의 예시가 될 수 있으며,⁸⁾ 이 외에도 치료나 관리 차원에서 지역 간 서비스 이용 격차를 줄일 수 있는 방안 역시 모색되어야 할 것이다.

마지막으로 노년기 의료비 부담에 대한 논의는 지속적으로 제기되었으며, 사회경제적 취약성이 높은 상태에서 기능상태 역시 악화된 경우 그 부담은 더 가중되었다. 질병과 빈곤의 악순환이 되풀이되고 있다는 점에서, 취약계층의 건강위험요인에 대한 노출을 줄이는 것과 함께 이들의 삶의 조건을 향상시키기 위한 노력이 병행되어야 할 것이다.

사례연구를 통해 드러난 연구 결과를 도식화한 표는 다음과 같다.

8) 단, 출장검진서비스의 질적 수준 등에 대한 문제가 제기된다는 점 역시 고려해야 함.

〈표 5-2〉 사례연구 결과(종합)

유형	연구 참여자	출생연도	지역	건강 증진 행위	관계자원		정보 활용 능력	생활 편의 시설 & 환경	의료기관 접근성		
					비공식	공식적			1차 의료기관	상급종합병원 ²⁾ 물리적	관계적
건강 노화군 (3명)	A	1954년	수도권 (동부)	●	●	-	●	●	●	●	●
	B	1943년	수도권 (동부)	●	●	-	●	●	●	●	●
	C	1946년	비수도권 (읍면부)	●	-	●	●	△	●	△	X
복합 이환군 (3명)	D	1950년	수도권 (동부)	○	●	○	X	△	●	●	●
	E	1955년	수도권 (동부)	○	○	X	△	○	●	△	△
	F	1952년	비수도권 (읍면부)	○	X	○	X	△	○	X	X
건강 약화군 (6명)	G	1955년	수도권 (동부)	△	●	X	X	X	●	○	●
	H	1945년	수도권 (동부)	△	●	X	X	△	●	○	○
	I	1936년	비수도권 (읍면부)	△	X	●	X	X	○	X	△
	J	1939년	비수도권 (읍면부)	△	●	○	X	X	○	X	△
	K	1963년	비수도권 (읍면부)	△	X	○	X	X	○	X	X
	L	1934년	수도권 (동부)	X	○	●	X	○	●	●	●

주: 1) 사례연구 결과를 토대로, 표의 구분항목(건강증진행위~의료기관 접근성)을 건강상태 유지 또는 건강증진의 목적으로 활용 가능한 정도에 따라, '●/○/△/X'의 4단계로 구분함.

심층인터뷰에서 제기되지 않은 경우, '-'으로 표기함.

2) 물리적 접근성은 거주지로부터 이동 측면에서의 접근성을 의미하며, 관계적 접근성은 동행자 필요시 이를 활용할 수 있는가의 여부를 의미함.



제6장

결론

제1절 종합적 논의

제2절 노후 건강보장 강화를 위한 정책 방안

제3절 연구의 시사점 및 한계

제 6 장 결론

제1절 종합적 논의

전반적인 건강 수준 향상 및 베이비부머의 등장으로 활동적인 노인상이 강조되고 있지만, 그 이면에 전 생애주기에 걸쳐 누적된 불평등과 노년기 건강악화의 영향하에 있는 노년층에 대한 정책적 관심이 촉구되어야 할 시점이다.

이 같은 필요성에 의해 본 연구에서는 노년기 건강을 불평등 관점에서 조망하고 정책적 시사점을 도출하고자, 기존 건강 및 보건의료정책(서비스)의 동향 분석 및 양적·질적분석을 통하여 노년기 건강 불평등 양상을 파악하였다. 단순한 건강상의 차이를 파악하는 것을 넘어 어떠한 맥락 속에서 현재의 격차가 유발되고 있는지, 그 과정을 이해하는 것에 주안점을 두었다. 연구의 주요 결과 및 쟁점은 다음과 같다.

1. 정책 분석의 주요 결과 및 쟁점

건강 및 보건의료정책(서비스)를 건강 불평등 완화를 위한 정책적 접근 수준에 초점을 두어 파악한 결과, 제2차 국민건강증진종합계획을 필두로 관련 정책 전반에서 ‘형평성’을 기반으로 한 정책 수립이 다각화되고 있다. 가장 최근에 수립된 제5차 국민건강증진종합계획에서도 건강 격차 완화를 위한 정책 수립이 강조되고 있으며, 격차 완화 방안에 대한 논의를 취약계층 중심에서 일반 국민의 성, 지역, 경제적 수준에 따른 차이까지 포괄할 필요가 있다고 선언하였다는 점에서 그 의의가 있다.

다만 정책적 관심의 촉구에도 불구하고 다양한 수준에서 건강 불평등은 심화되는 양상이다. 전 국민 건강보험제도 도입 등과 같이 개인의 지불능력과 관계없이 필요시 적절한 의료서비스를 받을 수 있는 기제는 마련되었으나, 경제적 부담 수준이 높아 경제적 차이에 따른 건강 불평등은 여전히 해결되지 못하고 있을뿐더러(김동진 외, 2014), 지역 간 격차 역시 잔존하여 질병 치료 및 관리의 어려움을 야기하는 것으로 나타났다. 나아가 전 생애주기에 걸쳐 장기적 관점에서 예방적 개입이 이루어져야 하나, 현재 다수의 정책은 사후적인 개입(질병의 치료 및 관리)에 집중된 양상이다. 예방적 개입이 있을지라도 그 실천율이 매우 낮고 정책 대상의 요건에 따른 사각지대 역시 발생하고 있어, 정책의 실효성을 담보하는 데 역부족인 것으로 나타났다.

2. 건강 불평등 양상 분석의 주요 결과 및 쟁점

가. 양적분석의 주요 결과 및 쟁점

정책 동향 분석을 통해 드러난 한계는 양적분석 중 시계열 분석을 통해 파악된 노년기 건강 불평등 양상과도 유사하다. 출생코호트별 건강 수준 변화와 지역별 의료자원 및 예방·관리 차원의 노력이 어떠한 방향으로 바뀌고 있는가에 대해 살펴본 결과, 기존 연구들과(김세진 외, 2021; 남궁은하, 진화영, 이윤경, 2021) 마찬가지로 사회문화적 환경 및 건강보장제도 이용 경험 등의 차이를 기반으로 최근 출생코호트일수록 전반적 건강 수준 및 건강행위 실천율에서 개선된 모습이 나타났다. 이는 전 국민 건강보장제도나 건강검진제도 등과 같은 제도적 혜택을 중장년기 이후 경험한 현세대 노인의 경우, 건강 수준 담보를 위한 예방적 노력이 일찍이

이루어지기 어려웠을뿐더러 사회구조적 취약성에 따라서 건강 불평등이 심화될 수밖에 없는 집단임을 시사하는 결과이다.

또한 지역적 수준에 있어서는 정책적 노력에 따라 절대적 수준의 물리적 접근성이 개선된 모습을 보이나, 지역 간 상대적 격차는 지속되고 있다. 특히 노년기의 경우 기능상태 및 중증도에 따른 심화된 관리와 치료가 요구되나, 이에 대응할 수 있는 (상급)종합병원 및 응급의료시설 등이 지역에 따라 원활히 공급되지 못하는 상황이다. 한편 건강을 담보하기 위한 예방적 노력은 지역 간 차이가 두드러지지 않았는데, 이는 전반적으로 낮은 이행률이 특별한 동력이나 강화기제 없이 유지되고 있기 때문인 것으로 간주된다. 이를 종합할 때, 지역은 단순한 물리적 공간으로서의 의미를 뛰어넘어 정책의 집행 단위이자 개인의 건강권을 행사할 수 있는 단위로서의 성격을 지닌다. 다시 말해, 지역 단위에서의 벌어지는 격차는 곧 개인의 잠재적 자원의 격차로 이어질 수 있음을 의미한다.

나아가 노년기로 이행하는 개인의 생애과정 속에서 건강 수준의 차이가 어떻게 나타나는가를 파악하는 작업을 실시한 결과, 누적된 생애경험의 차이가 장기화된 건강 격차로 이어짐을 확인하였다. 동일 출생코호트 내에서 비교적 건강한 노화를 경험하는 집단과 압축적인 불건강을 경험하는 집단이 양립하였으며, 이전 출생코호트일수록 집단 간 격차가 두드러졌다. 특히 각 생애단계의 진입 초기에 비해 다음 생애단계로 이행하는 시기에 두 집단 간 격차가 더욱 크게 나타난다는 결과를 통해 누적된 건강 수준의 차이가 장기적으로 이어짐을 알 수 있다. 건강악화를 압축적으로 경험하는 집단의 경우, 사회구조적 요인의 차이가 결정적이었으며 이외에도 생애과정 동안의 근로 특성 역시 건강악화에 영향을 미치는 요인으로 파악되었다. 이와 같은 결정요인들은 건강 격차 완화를 위해 건강보장정책의 단일화된 접근만으로는 한계가 있음을 내포하는 것이며, 구조

적 요인 개선을 위한 소득보장과 근로환경 개선 등의 다각적인 접근이 함께 모색되어야 함을 시사한다. 아울러 지역적 차원에 있어서는 2·3차 병원과의 접근성 여부가 주요한 요인으로 파악되어, 의료자원 공급 차원의 장애요인 제거가 중요함이 재차 강조된다. 노년기의 노화는 피할 수 없는 현상이며, 노화과정의 다양성 역시 예견된 측면이다. 다만 일련의 분석 결과는 이 과정에서 사회적 불평등이 개입될 수 있음을 시사하는 것이라 하겠다.

나. 질적분석의 주요 결과 및 쟁점

사례연구에서도 양적연구의 분석 결과와 마찬가지로 사회구조적 요인은 참여자들의 건강 수준 및 현재의 삶을 결정하는 주요한 요인으로 지적되었다. 건강과 다른 삶의 요건들 간의 상호작용을 고려할 때, 보건의료적 차원의 개입을 뛰어넘어 이른 시기부터 사회안전망 구축이 강화될 필요가 있음을 주지하는 결과이다. 일찍이 생활습관의 한 축으로 건강증진 행위를 해온 사례의 경우 연령과 관계없이 현재까지도 건강한 생활상을 유지하는 반면, 이 외의 사례들은 현재의 건강 수준이 더 나빠지지 않도록 하는 측면에서 사후 대처 차원의 노력을 기울인다. 후자의 사례들이 예방적 성격의 건강행위를 해오지 못한 것은 사회구조적 요인과의 결부되나, 관련된 자원들의 접근성과도 연결 지어 설명할 수 있다.

사례연구에서 이들이 경험한 접근성의 한계는 크게 물리적 차원과 관계적 차원으로 구분할 수 있는데, 첫 번째 물리적 차원은 의료자원 또는 생활편의시설 등과 같은 자원을 이용하기 어려운 환경을 의미한다. 대체로 읍면부에 거주하는 경우 이 같은 한계를 다수 경험하며, 이용의 욕구가 있을지라도 실천으로 이어지기 어려운 구조를 보인다. 두 번째 관계적

차원의 가용성은 이들이 활용할 수 있는 사적 또는 공적 관계망의 부재와 관련된다. 독거가구이거나 가족원이 있을지라도 관계가 소원하다면, 이 같은 환경을 보완할 공적 서비스를 이용하지 않는 경우에 의료서비스 욕구가 있어도 활용하지 못하는 사례들이 존재하였다. 이러한 경험의 누적은 건강 수준 격차를 형성하는 것은 물론 노년의 삶 전반으로 불평등이 이어진다는 점에서 경계할 필요성이 제기된다.

마지막으로 의료자원의 편차는 건강 수준 여하와 관계없이 거주지역에 따른 문제가 제기되었고, 의료비 가중의 문제 역시 노년기에 공통적으로 경험하는 현상으로 파악되었다. 그러나 이를 무조건적인 의료자원 확대나 보장성 강화 측면으로 풀기에는 한계가 있으며, 현실적인 여건을 고려한 대책 마련이 요구된다.

〈표 6-1〉 주요 연구 결과 및 시사점

구분	제3장 정책 분석	제4장 양적분석	제5장 질적분석
주요 결과	<ul style="list-style-type: none"> - 건강 형평성을 필두로 한 정부의 정책 기조 마련 & 확대 · 단, 치료 및 관리의 보장성 측면으로 한정 · 예방 차원의 보장성 확대 노력 부족 - 사회경제적 취약층, 지역 편차에 따른 불평등 개선 효과 미미 - 정책 대상 요건 설정에 따른 사각지대 발생 우려 	<ul style="list-style-type: none"> - 출생코호트에 따른 건강 수준 향상(사회환경 및 제도 이용 경험에 따른 편차) - 지역의 의료 이용 편차 잔존 · 절대적 수준의 공급 규모는 확대/진료 범위에 따른 의료기관 편차 존재 - 양극화된 건강변화를 경험하는 집단의 반복 출현 & 이전 출생코호트에서 높은 건강악화 비율(연령효과+누적된 생애경험) - 사회구조적 요인, 생애근로 특성, 지역의 의료적 접근성 등이 격차 야기 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강과 다른 삶의 요건 간 상호작용에 따라 현재의 격차 발생 - 사회구조적 요인뿐 아니라 관계적 요인, 편의시설 및 의료자원과의 접근성 등이 누적적으로 현재의 격차 야기 · 특히 관계자원은 향후 서비스 공백으로 이어질 수 있음에 경계

구분	제3장 정책 분석	제4장 양적분석	제5장 질적분석
↓			
건강 격차를 야기하는 장애요인 제거 & 개인적 노력이나 정책적 개입을 통해 개선될 수 있는 부분의 강화			
시사점	(생애주기적 차원)	- 예방적 차원의 개입 확대	
	(불평등 차원)	- (개인적) 생활습관, 건강행태 등과 관련한 노력 - (지역적) 생활편의시설 및 의료자원 형평성 확보 - (구조적) 취약층의 건강위해요인 제거 및 현재의 삶의 수준을 끌어올릴 수 있는 노력 필요 / 건강보장 이외 타 제도(근로환경 개선, 돌봄서비스와의 연계 등)와의 연계 강화	

주: 본문 내용에 기반하여 연구자 작성.

제2절 노후 건강보장 강화를 위한 정책 방안

1. 정책적 방향성

보다 많은 이들이 건강보장의 혜택을 누릴 수 있도록 형평성을 확보하고자 하는 현재의 정책적 방향성 설정은 적절하다. 따라서 본 연구는 현행과 같이 건강 형평성 보장이라는 큰 틀 안에서, 노후 건강보장 강화를 위한 정책 방안을 마련하는 것에 집중하고자 한다. 노후 건강보장의 주된 목표가 건강노화 또는 질병과 기능장애의 압축(compression of morbidity and functional impairment)이라는 점에서 이를 달성하기 위해 설정한 정책적 방향성은 다음과 같다.

첫째, 생애주기별 정책 개입 목표를 수립하고 그에 따른 주체(제도 및 정책-지역-개인) 간 종합적 접근이 이루어져야 한다. 노년기 건강은 생애주기에 따른 누적적 효과가 강하다는 점에서, 전 생애주기를 염두에 둔 정책적 접근은 무엇보다 중요하다. 나아가 본 연구에서 수행한 사례연구 결과에서도 생애주기에 따라 어떤 경험을 하였는가가 생활습관 형성 및

현재의 건강상태에 영향을 미치는 것으로 나타난 바 있다. 따라서 생애주기별 개입 지점을 명확히 하고, 그에 따라 예방, 치료 및 관리, 돌봄의 차원에서 연속적인 개입이 이루어져야 한다. 다만 전 생애주기적 접근을 지향할지라도, 노화가 단선적으로 이루어지지 않고 후기노년기에 진입한 이후 급격히 진행된다는 점을 고려할 필요가 있다. 즉, 장기적 관점에서의 정책적 접근과 함께 후기노년층에 대한 즉각적 개입이 균형적으로 이루어져야 할 것이다.

아울러 주체별 역할에 있어서, 국가(제도)적 차원으로는 개인적, 지역적 차원에서 전 생애주기적으로 예방 및 관리에 힘쓸 수 있도록 인프라 및 서비스가 제공되어야 한다. 지역적 차원에서는 중앙 기반의 정책과 지역의 특성에 맞는 프로그램 개발 및 운영을, 개인적 차원에서는 건강증진행위의 중요성과 당위성을 바탕으로 한 실천의 지속성 담보를 염두에 두어야 할 것이다.

둘째, 개인의 건강권을 확보하고 건강증진행위가 용이한 여건(환경) 조성이 우선시되어야 한다. 그간의 선행연구 및 본 연구 결과, 노년기 건강 불평등은 사회경제적 차원과 지역적·제도적 맥락, 보호적 개입 여하에 따라 심화되었다. 이는 곧 개인적 차원의 노력만으로는 건강 불평등을 해소하기 어렵다는 것으로, 우선 제도적 차원에서 불평등을 야기하는 장애요인이 제거되어야 함을 시사한다. 즉, 개인의 건강증진행위가 원만히 이루어질 수 있는 환경 조성이 선행되어야 함을 뜻하는 것이다.

Friden(2010)의 건강영향 피라미드는 건강영향요인 간 위계적 층위를 다룬 것으로 사회 전반의 집단적 노력을 기반으로 한 개인적 차원의 노력이 이루어져야 함을 언급하였다는 점에서, 본 연구 결과에 시사하는 바가 크다. 이에 해당 분석틀과 본 연구 결과를 조합하여 도출한 개선 방향은 [그림 6-1]과 같다.

우선 사회경제적 요인에 따른 격차 완화가 이루어져야 하며, 이를 위해서는 기존 사회보장제도의 협력이 뒷받침되어야 한다. 저소득층의 의료비 부담 완화를 재난적 의료비지원사업 등의 일환으로 볼 수 있다.

아울러 사회적 안전망을 기반으로 한 지역사회 및 제도적 차원에서 개인의 건강권 확보를 위한 환경을 구축해나가야 할 것이다. 지역적 편차 완화를 위한 보건의료자원의 공급, 생활편의적 환경을 포함한 건강친화적 환경 조성 노력 등과 함께 개인의 돌봄(수발)자원 편차를 줄이기 위한 서비스 연계 강화 노력 등이 이에 포함될 수 있다.

기반 조성 이후에는 보호적 개입 측면에서 사전적·예방적 차원의 노력이 이루어져야 할 것이다. 실질적 효과를 담보할 수 있는 서비스 확대가 이루어져야 할 단계로서 건강검진 및 예방사업 활성화, 상담 및 교육서비스 확대, 아웃리치 사업 등을 통한 건강악화군 발굴 강화 등이 이에 포함될 수 있다. 이와 같은 사회 전반의 노력과 환경 조성을 기반으로 개개인의 건강증진을 위한 노력이 더해져야 할 것이다.

[그림 6-1] 건강영향 피라미드 및 본 연구의 결과를 바탕으로 한 개선 방향

구분	건강영향 피라미드	본 연구에서 제기된 건강 불평등 야기요인	향후 개선 방향(과제)
개인적 노력	개인의 건강실천행위 제고	- 건강한 생활습관(건강행태)	- 생애주기별 사전적 노력 강화(건강개선 인센티브, 건강백세운동 등)
집단적 노력	예방 및 보호적 개입 강화	- 건강검진 등 예방 차원의 노력 - 정보 접근성(디지털 포함)	- 검진 및 예방접종 노력 지속 - 상담 및 교육 강화 - 정보 접근성 강화
	개인의 건강권 확보를 위한 환경 강화	- 사회적 관계망 (사적 관계망 & 공적 돌봄서비스) - 지역의 의료 접근성 - 지역의 생활 편의성	- 공적 돌봄서비스 연계 강화 - 지역의 보건의료자원 형평성 확보 - 지역의 건강친화적 환경 조성을 위한 노력(생활편의적 환경 포함)
	사회경제적 요인에 따른 격차 완화	- 사회경제적 취약성 (생애근로 특성)	- 사회보장제도 강화 - 건강약화군 발굴을 위한 아웃리치 사업 - 상병수당 단계적 확대 - 재난적 의료비지원사업 등 저소득층 의료안전망 강화

주: 건강영향 피라미드의 내용 중 본 연구 결과와 부합하는 내용을 중심으로 재구성하여 연구자 작성.

마지막으로 정책적 우선순위인 사회경제적 취약층에 대한 집중적 관심이 지속되어야 할 것이다. 현세대 노인의 경우, 사회경제적으로 발전이 더딘 시기에 성장함은 물론 보건의료정책의 혜택 역시 장년층 이후 접하였다는 점에서, 삶의 다양한 차원에서 열악한 위치에 놓여 있다. 나아가 건강 자체만의 문제가 아닌 삶 전반의 문제로 장기화된다는 점을 염두에 두고 현재의 생활여건을 높일 수 있는 접근과 관심이 강화될 필요가 있다. 아울러 이후 세대에서도 같은 문제가 반복될 수 있다는 점에서, 일찍이 소득 및 주거보장, 안정적 근로여건 마련 등을 통해 기본적인 삶의 여건을 충족시킬 수 있는 사회안전망 강화 노력이 지속되어야 할 것이다.

2. 노후 건강보장 강화 방안

정책 방향성을 바탕으로 노후 건강보장 강화 방안에 대해서는, 현 단계에서 노인을 대상으로 강화해야 할 정책과 생애주기적 관점에서 인구 고령화를 반영하여 사회적 관심이 지속되어야 할 정책을 중심으로 제안하였다.

가. 사회경제적 취약층에 대한 의료안전망 강화

저소득층의 과도한 의료비 부담 완화를 위한 대표적 사업 중 하나인 재난적 의료비지원사업은 2023년도부터 지원 한도를 높이는 것은 물론 외래진료 시에도 질환과 관계없이 지원하는 등(보건복지부 필수의료총괄과, 2023.5.2.) 의료안전망으로서의 기능을 강화하는 방향으로 확대된 사업이다. 동 사업은 실시 이후, 저소득층이 더 많은 혜택을 받을 수 있도록 지원 비율과 지원 한도를 높이는 등의 제도적 개선이 지속적으로 이루어지고 있다는 점에서 긍정적이다. 다만 재난적 의료비신청지원기관의 지역별 편차 등이 존재함에 따라, 제도 접근성 및 편의성 측면의 개선이 이루어질 필요가 있다. 나아가 향후에도 제도 이용에 대한 모니터링을 통해 보다 많은 이들의 건강 보장성을 강화하는 방향으로의 개편이 이루어져야 할 것이다. 이 외에도 건강보험제도를 기반으로 긴급의료지원제, 본인부담금상한제 등 취약층의 의료 접근성 강화를 위한 제도 개선이 함께 진행될 필요가 있다.

나. 개인의 건강권 확보를 위한 환경(여건) 구축

다음으로 개인의 건강권 확보를 위한 환경 구축과 관련하여, 생애주기별 건강관리를 위한 핵심 목표 설정 및 기반 마련, 지역별 의료 격차 완화를 위한 방안 다각화, 지역별 건강증진 역량 제고의 측면에서 제안하였다.

1) 생애주기별 건강관리를 위한 핵심 목표 설정 및 실천 기반 마련

생애 이른 시기부터 건강한 생활습관을 형성하기 위해서는 제도적 기반 강화가 필요하다. 구체적으로 생애주기별 특성을 반영하여 건강 측면에서 핵심적으로 관리해야 할 목표를 설정하고 그에 따른 서비스 연계 및 교육 등이 수행되어야 할 것이다. 본 연구의 주된 관심사인 노년기 건강을 보장하려는 측면에서 설정한 생애주기별 관리 목표(안) 및 이행 방안은 다음 [그림 6-2]와 같다. 즉, 노쇠 발생(또는 기능악화)을 억제 및 지연하기 위하여 아동기부터 생애주기별로 이루어져야 할 핵심 목표-신체 활동량 증가 및 고른 영양섭취, 건강한 생활습관 형성, 만성질환 조기 발견 및 관리 등을 설정하고 그에 따른 성과 지표 마련을 통해 지속적인 관리가 이루어져야 할 것이다. 이를 위해 서비스 연계에 직·간접적으로 참여하는 제공 주체 및 유관 기관 간 협력과 관련 부처 간 협업 역시 모색될 필요가 있다.

214 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

[그림 6-2] 생애주기별 건강관리 핵심 목표 및 개입 방안(안)

구분	주요 과업	아동·청소년기	청장년기	중년기	노년기
구분	개입 목표	신체활동량 증가 및 고른 영양섭취	건강한 생활습관(금연, 금주 등) 형성	건강한 생활습관 유지, 만성질환 조기 발견 및 관리	노쇠 발생 억제 및 지연
예방	건강 정보 제공	교육과정 연계 제공	노후준비교육 연계 제공 (학교, 직장, 사업장 등)	노후준비교육 연계 제공 (직장, 사업장 등)	노후관리 실천 및 대응
	건강검진	국가 건강검진 검진 결과의 치료적 연계	국가 건강검진 검진 결과의 치료적 연계	국가 (생애전환기) 검진 검진 결과의 치료적 연계	국가 (생애전환기) & 치매검진 검진 결과의 치료적 연계
	만성질환 예방	건강체중 유지	자가 건강관리 역량 강화	자가 건강관리 역량 강화	대응 방안 습득 및 관리
치료 및 관리	만성질환 관리 (영양 운동 등)	조기 인지 및 치료	선행질환 조기 인지 및 치료 복합이환자 통합관리	선행질환 지속 치료 복합이환자 통합관리	응급질환증상 인지 및 치료 복합이환자 통합관리
	건강 위협요인 관리	교육과정 연계를 통한 관리	지역사회 통합건강증진 서비스 확대	지역사회 통합건강증진 서비스 확대	방문건강관리 등 확대 (AI·IoT) 노인성 질환 치료/관리
돌봄	돌봄 연계	가정/학교 등 자원 연계	일상돌봄서비스 등 연계	일상돌봄서비스 등 연계	장기요양서비스 등 연계
(주체)	국가	-건강보장을 위한 법적, 제도적 기반 마련/인프라 구축			
	지역	-지역 특성에 맞는 서비스 개발 및 운영 -건강친화적 지역환경 조성(교육 및 근로환경 포함)			
	개인	-개인별 건강증진행위 실천 및 이행			

주: 1) 연구자가 작성한 내용임.

2) 생애주기는 학자마다 상이할 수 있음. 현재 제시된 생애주기별 개입 방안 중 '아동·청소년기~중년기 관련 내용'은 본 연구 결과를 넘어선 내용이지만, 전 생애주기의 누적적 경험을 통해 노년기 건강이 발현된다는 측면에서 개괄적 수준에서 제시함. 아울러 생애주기별 목표는 연구 결과를 바탕으로 연구자 작성.

아울러 생애주기별로 건강한 생활습관을 형성하고 실천하기 위해서는 무엇보다 건강정보이해능력(health literacy)이 강화될 필요가 있다. 따라서 생애주기별로 관리해야 할 건강목표를 정확하게 인지하고 이행하기 위한 교육 및 홍보 연계 역시 적극적으로 이루어져야 할 것이다. 아동 및 청소년기에는 공교육 내 교과 또는 비교과 활동 가운데 의무과정의 일환으로, 청장년기 이후에는 건강검진 시 건강생활습관 관련 교육 의무 제공 또는 직장 내 법정 의무교육의 일환으로 제공하는 방안, 노년기에는 보건소와 연계하여 노인복지관, 노인요양시설 및 주야간보호센터 등과 연계하여 정보를 제공하는 방안 등도 다각적으로 고려해볼 수 있다. 교육을 통해 현재 제시되고 있는 건강의 다차원적 개념에 대한 이해와 건강의 각 차원에서 요구되는 개인의 행위 지침, 활용 가능 자원 등에 대한 안내가 함께 수반되어야 할 것이다.

나아가 생애 전반에서 건강생활실천을 증진시킬 수 있도록 제도적 유인 역시 강화되어야 한다. 현재 운동생활실천과 관련해서는 건강백세운동교실, 노인건강마일리지 등의 사업이 운영되고 있으며, 전반적인 건강 실천행위 증진과 관련해서는 건강생활실천금제 시범사업이 운영되고 있다. 건강실천행위 증진의 목적을 갖고 수행되는 사업들이나, 사업대상이 확대되지 못함에 따라 효용성이 담보되지 못한다는 한계가 노출되고 있다. 따라서 참여 유인을 강화하려는 측면에서 개별 사업들의 문제가 개선되어야 한다. 유사한 목적에서 수행되는 건강생활실천금제 시범사업과 노인건강마일리지 사업은 생애주기의 연속성과 사업의 지속성을 고려하여 향후 사업의 통합 등을 고려할 필요성이 있고, 생애주기별 핵심 관리 목표와 연동된 지표 설정, 지급 포인트 상향 및 포인트 사용처 다양화 등과 같이 실질적인 이행률 제고 방안이 고려되어야 할 것이다. 전 국민을 대상으로 하나, 실제 노년층을 중심으로 운영되는 건강백세운동교실 역

시 전 생애주기로 확산할 수 있는 기제-중장년층 참여 확대를 위한 사업장(직장) 기반 접근, 운영시간의 다양화, 생애주기 특성에 맞는 프로그램 개발 등 -가 마련될 필요가 있다.

2) 지역별 의료 이용 격차 완화를 위한 방안 다각화

지역사회는 단순히 물리적, 공간적 의미를 넘어서서 거주자들의 삶과 건강에 영향을 미치는 기본적인 자원들의 접근성을 보장해야 한다(신영진, 윤태호, 김명희, 정택근, 서제희, 2011). 본 연구 결과에도 지역에 따른 건강 격차 논의가 지속적으로 제기되었다. 의료자원 또는 의료전달체계가 노인에 국한된 것은 아니지만, 격차 완화 및 서비스 보장성 확대 측면에서 논의가 필요한 사항으로 판단된다. 따라서 의료자원의 형평성 확보를 위한 공급 증대와 더불어 거주지역 내에서 원활한 의료서비스 이용이 가능하도록 현 정책들의 강화 및 개선 방안 모색이 필요하다.

가) 공공의료기관 확충을 통한 지역적 형평성 확보

우선적으로 권역 또는 생활인구 밀집도 등을 고려하여 공공의료기관 확충이 이루어져야 할 것이다. 쉽게 해결되기 어려운 문제이긴 하나, 지속적으로 문제제기가 되고 있다는 것은 그만큼 사안의 중대성이 있음을 방증하는 것이다. 따라서 접근성 강화 및 의료 수요에 대한 원활한 대응 차원에서 향후에도 재고가 필요하다.

나) 의료취약지 등을 중심으로 한 방문형 서비스 강화

의료 접근성이 낮은 지역을 중심으로 재택의료서비스, 방문진료 등 다양한 의료서비스 연계 방안이 모색되어야 할 것이다. 현재 정부에서는 장기요양 재가수급자를 대상으로 재택의료 2차 시범사업을 준비 중인데, 시범사업의 안정적 운영 및 지역 특성(도시, 농촌 등)을 고려한 사업 모델 개발이 이루어질 필요가 있다. 현재 재택의료 시범사업은 다학제 팀(의사, 간호사, 사회복지사)이 매월 방문하여 의료서비스 제공 및 지역 내 사회자원을 연계함으로써 만성기 관리와 같은 의료서비스 욕구에 대응하고 있다(보건복지부 요양보험제도과, 2023.11.15.). 전국 단위 사업으로 운영되긴 하나, 특히 의료기관의 접근성이 낮은 지역을 중심으로 시범사업을 확대해나간다면 지역 간 야기되는 서비스 격차에 대한 문제 역시 일부 해소될 수 있을 것으로 보인다.

아울러 일차의료 방문진료 시범사업 역시 거동이 불편한 이들의 의료 접근성 확대의 측면에서 지역 의원의 의료진이 가정방문을 통해 의료서비스를 제공하기 위한 목적으로 운영되고 있다. 진료 횟수가 이전 시범사업에 비해 확대되고 의료취약지의 경우 가산수를 신설하는 등 제도적 개선 사항은 긍정적으로 판단된다. 다만 두 사업 모두 본연의 목적을 달성하기 위해서는 우선적으로 보상기제 강화를 통한 참여기관 확보가 이루어져야 한다. 아울러 지역 간 의료 이용 격차 완화의 측면에서, 의료 접근도가 낮은 지역을 중심으로 보다 적극적인 서비스 연계가 이루어질 수 있도록 참여기관 유인기제 마련(가산수가 항목 추가 검토 등) 및 사업 모형 개발이 요구된다.

다) 병원동행서비스의 단계적 확대 및 모델 다양화

병원안심동행서비스 시범사업의 개선 및 단계적 확대가 필요하다. 본 연구의 사례 분석에서 나타난 바와 같이, 의료기관과 물리적 거리가 먼 경우 적시에 의료서비스 이용이 어려웠고 특히 사회적 관계망이 부재한 경우 이 같은 심각성이 더욱 두드러졌다. 이와 관련하여 정부에서는 병원안심동행서비스를 시범사업으로 운영 중이다. 서울, 경기(안산, 군포, 광명, 포천, 성남), 인천, 춘천 일부 지역을 중심으로 수행 중이며 1인가구 또는 65세 이상 노인 중 소득요건 등에 따라 이용이 가능하다(정책공감, 2023.9.27.). 병원 출발 시부터 귀가까지의 동행 및 병원 내 접수와 수납, 진료동행(입·퇴원 지원)서비스 제공이 추가 된다.

시범사업이 소기의 성과를 나타내고는 있으나, 건강 형평성 제고 측면에서 다음 사항에 대한 개선이 요구된다. 우선 사업지역의 균형적 확대(비수도권 의료취약지, 수도권 외곽 등의 순)가 필요하다. 특히 비수도권 의료취약지를 중심으로 한 서비스 개발 및 연계, 참여기관 확대를 위한 보상체계 확대 등이 순차적으로 이루어져야 할 것이다. 현재 시범사업이 실시되는 지역은 대다수 동부(도시)권으로, 실질적으로 병원동행서비스 욕구가 높은 읍면부 지역에서는 이를 체감하긴 어려운 실정이다. 따라서 관련 지역을 중심으로 한 서비스 확대 및 내실화가 요구되며, 장기적으로는 해당 지역의 일차의료를 담당하는 보건기관(보건지소, 보건진료소 등)과 급성기 병원 간 정보 연계 및 협진 등도 고려해볼 수 있을 것이다.

다음으로 이용 대상층 역시 욕구에 우선한 서비스 이용이 가능하도록 재편될 필요가 있다. 소득이나 가구요건을 우선순위로 하되, 욕구가 있는 자는 누구나 이용 가능하도록(일정 부문 본인부담) 하는 방안에 대한 고려가 요구된다. 실질적인 부양 또는 수발자원을 기대하기 어려운 경우,

제도의 사각지대로 남을 수 있기 때문이다.

이용비 산정 구조 역시 세심한 고려가 필요하다. 현재는 이용 거리에 따라 이용자가 교통비를 부담하는 구조이므로, 저소득 노인의 경제적 부담 완화에 대한 고려와 더불어 생활권을 넘어서 병원 동행의 경우 이용료 산정 기준 등을 중심으로 개선안이 요구된다.

라) 디지털 헬스케어 내실화를 통한 의료 접근성 강화

디지털 헬스케어는 건강증진서비스에 대한 접근성이 떨어지는 경우 보완적으로 활용 가능한 지원책 중 하나로, 현재 다수의 지역에서 활용되고 있다. AI·IoT 기반 어르신 건강관리사업이 그 대표적인 예이다. 보건소 방문건강관리사업 대상자 중 허약 또는 만성질환 관리, 건강습관에 대한 개선이 필요한 65세 이상 노인을 대상으로 운영 중이며, 돌봄을 담당할 수 있는 지지체계가 부족한 경우 돌봄 공백의 최소화를 위한 대안 중 하나로 고려되고 있다. 향후 해당 수요가 증가할 것으로 예견된다는 점에서, 서비스 지속성을 담보한 확산 및 내실화가 요구된다. 단, 이를 위해 디지털 활용과 관련된 이용자 교육 등을 바탕으로 디지털 활용(접근)수준 차이를 줄이려는 노력이 선행될 필요가 있다. 일회성에 그치는 기기 지원이 아닌 기기 보급 이후 대면서비스의 보완적 제공을 통해 사업의 효과성 파악 및 지속성, 실효성을 담보할 수 있는 노력이 더해져야 할 것이다.

원격협진 시범사업을 통한 다양한 모범사례 발굴 및 확산 역시 디지털 헬스케어의 일환으로 고려될 수 있다. 금년도부터 정부는 지역 의료기관의 인적 및 물적 자원 부족 등과 같은 의료문제를 해소하고자 원격협진 시범사업을 수행하고 있다(보건복지부 의료정보정책과, 한국보건산업진흥원 디지털헬스케어팀, 2023.5.4.). 주요 거점 병원을 중심으로 지역 의

료기관과 만성질환자나 재활환자 등을 대상으로 운영되며, 향후 본 사업으로 안착된다면 거주지역과 관계없이 만성질환자에 지속적인 예방 및 관리, 상급종합병원으로의 쏠림 현상 등을 완화할 수 있는 유인이 될 것으로 보인다. 따라서 참여기관 확대를 위한 보상기제 강화와 진료의 안정성 확보를 위한 보완책 마련 등이 더해질 필요가 있다.

3) 지역별 건강증진 역량 제고를 위한 계획 수립 및 기반 구축

지역별 건강증진 역량 제고의 일환으로 지역별 보건의료계획(현재 매 4년 주기)이 수립될 필요가 있다. 이를 위해서는 무엇보다 지역 내 여건 및 건강 관련 주요 지표의 변화 등에 대한 면밀한 분석이 선행되어야 한다. 이 같은 측면에서 건강보험심사평가원과 지자체 간 MOU를 통해 지역별로 맞춤형 보건의료정보를 공유 및 제공하는 시스템 구축은 긍정적으로 사료된다. 아울러 수립된 계획에 대해서는 성과 지표를 통해 이행과정 및 결과에 대한 평가 역시 진행되어야 한다. 특히 성과 지표로 다양한 계층이 건강증진행위를 행하였는가와 같은 형평성 관련 지표를 포함하고 지속적인 모니터링이 이루어질 필요가 있다.

나아가 생활권 내에서 건강증진행위를 실천할 수 있는 기반 구축 차원에서 건강생활지원센터의 역할 내실화가 필요하다. 보건소의 하부 기관이 없는 도시지역의 경우 생활권을 중심으로, 농어촌의 경우 건강증진형 보건지소를 중심으로 건강생활지원센터를 확충할 필요가 있으며(보건복지부 건강정책과, 2021.5.31.), 관할지역의 특성과 수요를 반영한 건강증진사업이 이루어져야 할 것이다. 나아가 기관에 방문하여 서비스 이용이 어려운 대상층의 경우 아웃리치 사업 등을 통해 발굴 및 조직화하고, 필수적으로 행해져야 할 건강증진행위 및 서비스 연계 등이 수반되어야 한다.

지역별로 이용할 수 있는 체육시설 또는 관련 편의시설의 부재 역시 본 연구에서 건강 격차를 야기하는 잠재적 요인 중 하나로 제시되었다. 논의의 연장선에서, 생활밀착형 체육시설이나 편의시설의 지역적 형평성 확보 역시 고려되어야 할 것이다. 시설의 추가적인 공급이 어렵다면, 건강생활지원센터에서 해당 기능을 포괄하여 수행할 수 있도록 기능 강화 및 인력과 예산을 높이는 방안도 제고할 필요가 있다. 시설 설치 또는 개조 시에는 전 연령의 이용을 지향하되, 건강 및 기능상태에 따른 이용 제약이 없도록 세심한 접근이 요구된다.

다. 예방 및 보호적 개입의 강화

마지막으로 오랜 기간 건강한 삶이 유지되기 위해서는 예방 및 보호적 개입이 강화될 필요가 있다. 이 같은 측면에서 복합만성질환자에 대한 관리체계 구축과 서비스 및 정보 접근성 강화와 관련된 과제를 제안하였다.

1) 복합만성질환자에 대한 관리체계 구축

우리나라 보건의료자원은 고혈압, 당뇨병, 심뇌혈관질환 등과 같이 단일 질환 중심으로 만성질환 관리가 진행되며(안중근, 최희승, 2023), 그로 인해 개별 질환 간 복용 약물 증가에 따른 부작용 및 노인의 경우 여러 진료과를 방문해야 어려움 등으로 인해 미충족 의료문제를 야기하고 있다(서제희, 2011). 본 연구 결과에 있어서도 복합이환⁹⁾을 지니거나, 기능

9) 본 연구의 시계열 분석에서는 5개 만성질환(고혈압, 당뇨병, 암, 관절염, 이상지질혈증)을, 종단 분석에서는 9개 만성질환(고혈압, 당뇨병, 암 및 악성종양, 만성폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 정신과적 질환, 관절염 및 류머티즘)을 고려하고 있어, 복합이환으로 간주될 수 있는 질환이 제한적이라는 한계가 있음.

제한이 있는 경우 이 같은 문제를 경험하는 것으로 나타난다는 점에서 통합적인 관리체계 구축은 무엇보다 중요하다.

따라서 노년기 복합이환자들의 특성을 고려한 예방·관리 수칙 수립 및 의료진, 간호 및 사회복지인력 등 다학제 팀 운영을 바탕으로 한 종합적 관리가 필요하다. 이와 관련하여 정부에서는 제2차 심뇌혈관질환관리종합계획(보건복지부 질병정책과, 2023.7.31.)을 통해 복합만성질환자 선정 기준 정립 및 위험요인 판별 등과 같은 정책적 노력을 강화할 것임을 발표한 바 있다. 주요 만성질환으로서 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증과 같은 심뇌혈관질환을 중심으로 한 예방적 차원의 개입은 긍정적이나, 생애주기별, 특히 노년기 다빈도 질환을 포괄하지 못한다는 한계도 존재한다.

이에 생애주기별 다빈도 질환을 고려하여 복합이환자 선정 기준을 단계적으로 확대할 필요성이 있으며, 복합만성질환자에게 요구되는 의료서비스 이용 및 투약관리(동반 질환에 대한 다중 약물 투약 관리), 영양관리, 생활습관관리, 건강 관련 정보 제공 및 교육 등 다양한 측면에서의 종합적인 관리가 수반되어야 할 것이다. 논의의 연장선상에서 일차의료 만성질환관리사업의 안착(2024년도 본 사업 예정)이 중요할 것으로 보이며, 그에 따른 지역사회 1차 의료기관의 역할 정립 및 강화, 지역사회 1차 의료기관과 급성기 병원 간 건강정보 공유 시스템 구축, 종합적 관리를 위한 다학제 전문가 활용 방안 마련 등도 제고되어야 할 것이다.

2) 서비스 및 정보 접근성 강화

질병예방 및 관리가 원활하게 이루어지기 위해서는 서비스 및 정보에 대한 적절한 접근이 필수적이다. 그렇지 않을 경우, 장기적 측면에서 건강 격차로 이어질 수 있으며 본 연구 결과 역시 이를 지지하였다.

따라서 건강정보이해능력에 따른 서비스 및 정보 접근성의 차이를 줄이기 위한 노력이 필요하다. 제5차 국민건강증진종합계획에서도 주요 내용 중 하나로 건강정보이해력 제고가 포함된 바 있으며, 이를 위해 측정 도구 개발(윤정희 외, 2023¹⁰⁾) 등의 학술적 노력이 더해지고 있다. 향후 개발된 도구의 안정성을 기반으로 건강정보이해능력 수준을 평가하고, 개인별 이해도에 따라 서비스 및 정보 제공 전략이 제공 내용 및 주기, 제공 방식 등의 측면에서 수립되어야 한다.

나이가 서비스 및 정보 제공자의 경우, 건강정보이해능력을 고려하여 이해하기 쉬운 용어로 반복적인 설명(또는 정보 제공)이 이루어져야 한다. 제공 방식 및 주기에 있어서도 일방향, 일회성에 그치는 것이 아니라 이해한 바를 확인할 수 있도록 쌍방향의 반복적 확인 및 정보 제공이 이루어져야 할 것이다. 특히 건강취약계층의 경우, 조기에 대상자를 발굴하고 그에 따른 치료 및 관리가 무엇보다 중요하다는 점에서 아웃리치 사업 등을 활용한 서비스 제공 방식 역시 고려되어야 한다. 마지막으로 서비스 대상에 있어서도 노인 본인뿐 아니라 주된 돌봄을 담당하는 이들까지 그 대상을 확대해나갈 필요가 있다.

10) 윤정희 외(2023)의 연구에서는 국가 수준의 측정도구 개발 차원에서 질병예방, 건강증진, 건강관리, 자원활용 영역을 중심으로 10개 문항으로 구성된 측정도구를 개발함.

224 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

〈표 6-2〉 정책제언: 주요 정책 대상 및 개입 방점(종합)

구분	정책과제명	주요 정책 대상 ¹⁾		개입 방점 ²⁾		
		노인	전 생애주기	인적	물적	
사회경제적 취약층에 대한 의료안전망 강화	사회경제적 취약층에 대한 의료안전망 강화	●	●	보장성 강화	-	
개인의 건강권 확보를 위한 환경 구축	생애주기별 건강관리 목표 설정 및 실천 기반 마련		●	예방 및 증진	-	
	지역별 의료 이용 격차 완화	공공의료기관 확충		●	-	인프라 확보
		방문형 서비스 강화	●		치료 및 관리, 돌봄	-
		병원 동행서비스 단계적 확대	●	○	(예방 및 증진), 치료 및 관리	-
		디지털 헬스케어 내실화	●	●	(예방 및 증진), 치료 및 관리	-
지역별 건강증진 역량 제고를 위한 계획 수립 및 기반 구축		●	예방 및 증진	인프라 확보		
예방 및 보호적 개입의 강화	복합만성질환자에 대한 관리체계 구축	●	○	예방 및 증진, 치료 및 관리	-	
	서비스 및 정보 접근성 강화	○	●	예방 및 증진, (치료 및 관리)		

주: 1) 주요 정책대상은 현 단계에서 노인을 대상으로 강화해야 할 정책과 생애주기적 관점에서 인구 고령화를 반영하여 사회적 관심이 지속되어야 할 정책에 따라 구분함. ●는 주된 정책 대상, ○는 주된 정책 대상은 아니나 장기적 측면에서 정책 대상으로 고려될 시 표기함.

2) 주된 개입 방점을 표기함.

제3절 연구의 시사점 및 한계

본 연구는 다음과 같은 측면에서 한계가 있다. 첫째, 노년기 건강의 특성상 자연스러운 노화와 건강상 변화(또는 격차)를 명확히 구분하기 어렵다는 점이다. 학자마다 '통상적' 노화의 범주 및 이해가 상이하며, 따라서 어느 선까지를 '악화된' 건강으로 볼 수 있는가에 대한 이견이 있을 수 있기 때문이다. 다만 본 연구는 불평등의 기준을 수립하는 목적으로 수행된 연구가 아니며, 집단 간에 상대적으로 발현되는 건강상의 격차를 파악하고 정책적 측면에서 이 같은 격차를 완화하기 위한 방안 모색에 집중하고자 하였다.

둘째, 생애주기적 관점에서 노년기 건강 불평등을 논하고자 하였으나, 활용한 2차 자료원의 한계로 중장년 이후 시기부터 데이터 활용이 가능하다는 점이다. 따라서 이전 생애주기의 경험 등에 대한 면밀한 해석이 어려웠다는 데 한계가 있다.

셋째, 건강 불평등을 관측하는 데 포함된 2차 자료의 가용 변수가 제한적이라는 점이다. 본 연구에서는 건강의 다차원적 개념을 신체적, 정신적, 인지적 측면으로 구분하여 선행연구에서 주로 논의되는 변수를 포함시켰으나, 자료수집의 한계 등으로 종합적 관점에서 건강 불평등을 논했다고 보기는 어렵다. 아울러 중개요인으로 활용하였던 지역 변수 역시 시도 중심으로 수집된 변수였다는 점에서, 직접적인 생활권 내에서 접하는 건강 불평등과는 거리가 있다.

마지막으로 양적·질적분석 모두 지역사회 거주 노인을 중심으로 진행되었다는 측면에서 한계가 있다. 건강상태가 더 좋지 않았던 대상자들의 경우, 패널데이터에서는 사망 등으로 이미 소실되었을 가능성이 있다. 사례연구를 통해 접한 대상자들 역시 건강 및 기능상태가 더 악화된 경우, 시설 및 병원 입소 등으로 지역사회에 거주하지 않을 가능성이 크다는 점

에서 분석대상의 한계 역시 존재한다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 노년기의 다차원적 건강을 불평등 측면에서 조망하고, 이를 생애주기적 관점으로 해석했다는 점에서 학술적, 정책적 시사점을 가질 것으로 사료된다. 아울러 그간 양적연구에 치중하여 논하였던 집단 간 건강 격차에 관해, 질적연구를 통해 보완적으로 살펴봄으로써 포괄적 측면에서 노년기 건강 불평등에 대한 이해를 도모하였다는 점에서 의의가 있을 것이다.



- 강상경, 부가청. (2010). Andersen 모형을 이용한 노인 우울 예측요인. **노인복지연구**, 49, 7-30.
- 강영호. (2004). 사망률에서의 사회경제적 불평등: 한국노동패널 조사의 사망 추적 결과(1998-2002). **제5차 한국노동패널 학술대회 논문집**.
- 강혜원, 조영태. (2007). 서울시 남녀노인의 건강불평등: 사회경제적 지위와 사회통합 요소를 중심으로. **한국사회학**, 41(4), 164-201.
- 강희정, 김수진, 이현주, 김현경, 고제이, 신기철, ... 이은주. (2019). **보편적 건강보장을 위한 의료격차의 진단과 과제**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 공공데이터포털. (2023). **국민건강보험공단: 노인 의료급여 수급권자 틀니 임플란트 급여 신청현황**. Retrieved from <https://www.data.go.kr/data/15112423/fileData.do>에서 2023.7.12. 인출.
- 관계부처합동. (2021.6.9.) **제3차(21~'25년) 국가건강검진종합계획**.
- 국가지표체계. (2021). **건강수명**. Retrieved from <https://www.index.go.kr/unify/idx-info.do?idxCd=5067>에서 2023.9.27. 인출.
- 국민건강보험 건강관리실. (2019.10.25.). 건보공단, “건강백세운동교실 운영 성과 발표회” 열어. **국민건강보험공단 보도자료**. Retrieved from <https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaea01600m01.do?mode=view&articleNo=131796&article.offset=0&articleLimit=10&srSearchVal=%EA%B1%B4%EA%B0%95%EB%B0%B1%EC%84%B8>에서 2023. 7. 12 인출.
- 국회예산정책처. (2019). **노인건강분야 사업분석**. 서울: 국회예산정책처.
- 김기태. (2022). 건강배제 집단의 사회자본과 정책적 함의. **보건복지포럼**, 306, 32-45.
- 김남순, 서제희, 정연, 이정아, 배정은, 이나경, ... 김진영. (2016). **2016년 한국 의료패널 기초분석보고서(II)-질병 이환, 만성질환, 건강 행태와 건강 수준**. 세종: 한국보건사회연구원.

- 김동진, 윤현피, 이정아, 채희란. (2014). 의료패널자료를 활용한 우리나라의 의료이용 불평등 측정. *보건사회연구*, 34(3), 33-58.
- 김동진, 이소영, 기명, 김명희, 김승섭, 김유미, ... 이정아. (2013). **한국의 건강 불평등 지표와 정책과제**. 서울: 한국보건사회연구원.
- 김동진, 정연, 김명희, 정최경희, 최지희, 배정은, ... 하랑경. (2019). **국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발- 아동기 건강불평등**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경, ... 류한소. (2017). **국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발- 통계로 본 건강불평등**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김명일. (2017). 노년기 빈곤계적과 우울계적의 관계 연구. *한국노년학*, 37(3), 617-635.
- 김명희, 이주희. (2013). 한국의 건강형평정책의 현황과 과제. *대한의사협회지*, 56(3), 206-212.
- 김새봄, 최송식. (2022). 사회적 배제 변화가 노인의 건강변화와 건강불평등에 미치는 영향. *한국노년학*, 42(2), 355-380.
- 김선정, 유기봉, 이상아, 김동준, 이경민, 이우리. (2019). **암환자 의료비 지원 사업 개편방안연구**. 순천향대학교 산학협력단 연구용역 보고서.
- 김세진, 이선희, 남궁은하, 이윤경, 백혜연, 신혜리, 이상우. (2021). **한국 노인의 삶과 인식 변화-**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김소진. (2019). 한국 노인의 노화계적 연구. *한국노년학*, 39(1), 37-60.
- 김영선, 박병현, 이희윤. (2014). 노인의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인 분석: 앤더슨 행동모형 적용. *노인복지연구*, 65, 35-57.
- 김영선. (2012). 노인의 건강 및 의료이용 형평성에 관한 연구: 연령집단별 분석. *보건과 사회과학*, 31, 55-81.
- 김영아, 곽은혜. (2021). **노동계적과 건강불평등**. 세종: 한국노동연구원.
- 김예성. (2014). 노인의 독거여부에 따른 건강증진행위와 신체적 정신적 건강에 관한 연구. *보건사회연구*, 34(3), 400-429.

- 김자영. (2014). 노인빈곤이 정신건강에 미치는 영향: 고용상태의 조절효과 검증. **한국노년학**, 34(4), 717-735.
- 김진구. (2011). 가족형태가 노인의 건강행위에 미치는 영향. **노인복지연구**, 51, 35-56.
- 김진구. (2012). 소득계층에 따른 의료이용 불평등의 지역 간 차이. **사회보장연구**, 28(2), 153-180.
- 김진영. (2018). 개인이 인지한 지역특성과 주관적 건강 및 우울의 관계: 사회인구학적 변인과의 상호작용 효과. **보건사회연구**, 38(2), 290-315.
- 김진현, 원서진. (2011). 노후 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 영향: 건강행태와 사회적 지지의 매개된 조절효과 분석. **한국노년학**, 31(3), 463-478.
- 김진현, 한지나. (2014). 축적된 사회경제적 불평등이 노년기 우울궤적에 미치는 영향: 축적된 불평등 이론의 검증. **노인복지연구**, 65, 207-230.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. (2015). **한국의 건강 불평등**. 서울: 서울대학교 출판문화원.
- 김태완, 이주미, 정진욱. (2015). 노인의 빈곤과 우울에 관한 연구: 다차원적 빈곤개념을 적용하여. **보건사회연구**, 35(3), 71-102.
- 김형관, 이상록. (2021). 노인의 인지기능에 미치는 빈곤 영향과 건강행태 및 사회활동의 조절효과. **사회복지연구**, 52(1), 139-168.
- 남궁은하, 진화영, 이윤경. (2021). **노인 건강결정요인 분석: 지역사회 정책 및 사회자본 효과를 중심으로**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 노인의료나눔재단. (2017). **2017년도 사업실적 및 결산보고서**. Retrieved from https://www.ok6595.or.kr/client/notice/view.asp?cate=A&p_idx=347&cpage=에서 2023.7.6. 인출.
- 노인의료나눔재단. (2018). **2018년도 사업실적 및 결산보고서**. Retrieved from https://www.ok6595.or.kr/client/notice/view.asp?cate=A&p_idx=347&cpage=에서 2023.7.6. 인출.
- 노인의료나눔재단. (2019). **2019년도 사업실적 및 결산보고서**. Retrieved from https://www.ok6595.or.kr/client/notice/view.asp?cate=A&p_idx

- =348&cpage=에서 2023.7.6.인출.
- 노인의료나눔재단. (2020). **2020년도 사업실적 및 결산보고서**. Retrieved from https://www.ok6595.or.kr/client/notice/view.asp?cate=A&p_idx=350&cpage=에서 2023.7.6.인출.
- 노인의료나눔재단. (2021). **2021년도 사업실적 및 결산보고서**. Retrieved from https://www.ok6595.or.kr/client/notice/view.asp?cate=A&p_idx=361&cpage=에서 2023.7.6.인출.
- 박경숙. (2001). 노년기 불평등의 미래. *한국사회학*, 35(6), 141-168.
- 박종서, 이윤경, 김은지, 김경래, 김은정, 변수정, ... 탁현우. (2021). **제4차 저출산고령사회 기본계획 시안 마련 지원 연구**. 서울: 대통령직속 저출산고령사회위원회, 한국보건사회연구원, 한국여성정책연구원.
- 백옥미. (2014). 노년기 노동시장 참여변화 궤적과 삶의 만족도. *보건사회연구*, 34(4), 241-263.
- 보건복지부. (2011). **제3차 국민건강증진종합계획(2011-2020)**.
- 보건복지부. (2019. 5.). **제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023)**
- 보건복지부. (2021.6.2.). **제2차 공공보건의료 기본계획(2021-2025)**.
- 보건복지부. (2022.6.). **제3차(2022~2026년) 국민영양관리기본계획**.
- 보건복지부. (2023a). **2023년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용 계획 개요**.
- 보건복지부. (2023b). **2023 암환자 의료비지원 사업안내**.
- 보건복지부. (2023c). **2023년 치매정책 사업안내**.
- 보건복지부. (2023d). **정책: 건강(건강증진(건강검진))**. Retrieved from <https://www.mohw.go.kr/menu.es?mid=a10706020200>에서 2023.7.12.인출.
- 보건복지부. (2023e). **2023년도 노인 보건복지 사업안내(1권)**. Retrieved from https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010300&bid=0019&act=view&list_no=375579에서 2023.7.17.인출.
- 보건복지부 건강정책과, 질병관리청 건강위해대응과. (2021.1.27.). 모든 정책에 건강을 담아 지역 간, 소득 간 건강 격차 완화한다! 제5차 국민건강증

- 진중합계획(Health Plan 2030, '21~30) 수립·발표. **보건복지부 보도자료**. Retrieved from <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156434040>에서 2023.8.30.인출.
- 보건복지부 건강정책과. (2021.5.31.). **2022년 건강생활지원센터 사업 안내**. Retrieved from <https://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=39511>에서 2023.10.5.인출.
- 보건복지부 보험급여과. (2017.11.1.) “18년 1월부터 '노인외래정액제' 개선안 시행된다!”. **보건복지부 보도자료**. Retrieved from https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code=에서 2023. 7. 16 인출.
- 보건복지부 보험급여과. (2017.8.18.) “중증치매 의료비, 건강보험이 90% 책임진다!” **보건복지부 보도자료**. Retrieved from https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code=에서 2023. 7. 16. 인출.
- 보건복지부 보험정책과. (2018. 4. 25). 65세 이상 어르신 치과 임플란트 본인부담 50%에서 30%로 낮아진다. **보건복지부 보도자료**. Retrieved from https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code=에서 2023. 7.16 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2023.11.15.). 거동불편 노인 찾아가는 의료서비스, '장기요양 재택의료센터' 확대. **보건복지부 보도자료**. Retrieved from https://mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code=에서 2023.11.17. 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2023.2.8.). 28개 의료기관 장기요양 재택의료센터 본격 출발- 약 450여명 수급자에게 서비스 제공 시작. **보건복지부 보도자료**. Retrieved from <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156551130>에서 2023. 7. 17 인출.
- 보건복지부 의료정보정책과, 한국보건산업진흥원 디지털헬스케어팀. (2023. 5. 4). 환자 편의 및 의료서비스 질 향상을 위한 '의료인 간 원격협진 시범사

- 업' 실시. **보건복지부 보도자료**. Retrieved from <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156565938>에서 2023.10.7. 인출.
- 보건복지부 질병정책과. (2022.3.18.). **2022년 국가 암검진 사업 안내**. Retrieved from <https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010300&bid=0019>에서 2023. 7. 16 인출.
- 보건복지부 질병정책과. (2023.7.31.). 네트워크를 통한 중증·응급 심뇌혈관질환 환자 치료 강화(제2차 심뇌혈관질환관리 종합계획('23-'27) 발표). **보건복지부 보도자료**. Retrieved from https://www.mohw.go.kr/react/all/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=377529에서 2023.10.9.인출.
- 보건복지부 필수의료총괄과. (2023.5.2.). 재난적의료비 지원한도 3천만원→5천만원 상향 등 의료안전망 강화. **보건복지부 보도자료**. Retrieved from https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code=에서 2023.10.3. 인출.
- 보건복지부, 국립중앙의료원, 중앙치매센터. (2022). **대한민국 치매현황 2021**.
- 보건복지부, 국립중앙의료원, 중앙치매센터. (2023). **대한민국 치매현황 2022**.
- 보건복지부, 중앙치매센터. (2020). **대한민국 치매현황 2019**.
- 보건복지부, 중앙치매센터. (2021). **대한민국 치매현황 2020**.
- 보건복지부, 질병관리청, 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2021). **일차의료 만성질환관리 시범사업 안내(3차 개정)**. Retrieved from https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10409020000&bid=0026&tag=&act=view&list_no=364061에서 2023.7.17.인출.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015.12.). **제4차 국민건강증진종합계획(2016-2020)**.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2011). **노인실태조사 원자료**.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2020). **노인실태조사 원자료**.

- 보건의료기본법. (2023). **법률 제17966호**. Retrieved from <https://www.law.go.kr/법령/보건의료기본법에서> 2022. 7.16 인출
- 서순영, 김혜지, 오현경, 이선규. (2021). 고혈압·당뇨병 등록관리사업 추진현황. **주간건강과질병, 14**(21), 1414-1421.
- 서제희. (2011). **한국의료패널 자료를 활용한 복합만성질환자 유형과 의료비 분석**. 이 달의 초점. 세종: 한국보건사회연구원.
- 선우덕, 강희정, 박은자, 전진아, 전승훈, 김성태, ...이선희. (2016). **사회보장제도 노인건강분야 기본평가**. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 손미아. (2002). 직업,교육수준 그리고 물질적 결핍이 사망률에 미치는 영향. **예방의학회지, 35**(1), 10-82.
- 손신영. (2009). 여성 노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 영향요인. **여성건강간호학회지, 15**(2), 99-107.
- 신경림, 조명옥, 양진향, 고명숙, 공병혜, 김강미자, ... 노영희. (2004). **질적 연구방법론. 질적 연구방법론**. 서울: 이화여자대학교 출판부.
- 신영전, 윤태호, 김명희, 정택근, 서제희. (2011). 건강형평정책과 사업: 건강 불평등 완화를 위한 접근. **한국사회정책, 18**(4), 41-77.
- 신형주. (2023.1.20.). 노인외래정액, 2만원~2만5천원 구간 본인부담 완화해야. **메디컬업저버**. Retrieved from <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=319093>에서 2023.8.30.인출.
- 안석, 김남훈, 김유나(2019). **농촌·도시 건강실태 및 의료비용 효과 비교와 정책 과제**. 전남: 한국농촌경제연구원.
- 염지혜, 박준식, 김동현. (2012). 노인의 주관적 건강평가 관련요인에 관한 연구: 남녀 차이를 중심으로. **한국노년학, 32**(4), 1101-1118.
- 염지혜. (2013). 도시노인과 농촌노인의 주관적 건강상태 궤적에 대한 비교 연구: 잠재성장모형을 이용하여. **농촌사회, 23**(1), 193-239.
- 오두남, 김선호, 정미영. (2012). 재가 노인의 성별에 따른 신체활동 수준과 영향요인의 차이. **한국콘텐츠학회 논문지, 12**(2), 358-368.
- 오유미, 주민희, 박순우, 장숙량, 정영호. (2018). **건강불평등 제고를 위한 정책**

방향. 서울: 한국건강증진개발원.

- 윤정희, 조주희, 강수진, 오경원, 최선희, 강유경. (2023). 국민건강영양조사 건강정보이해능력 측정도구 개발. *주간 건강과 질병*, 16(23): 709-725.
- 이미숙. (2001). 40대 남성사망률: 사회적 관련 요인에 대한 탐색. *한국사회학*, 35(4), 189-212.
- 이미숙. (2009). 고령화연구패널자료를 이용한 노년기 건강불평등의 구조 분석. *보건과 사회과학*, 25, 5-32
- 이석미. (2019). **한국 노인의 사회적 배제 유형.** 이화여자대학교 사회복지학과. 박사학위 논문.
- 이선희. (2021). **노인 생애단계별 삶의 질 다중궤적 연구.** 이화여자대학교 대학원. 박사학위 논문.
- 이승아. (2023). **COVID-19 시대의 노인 참여 '건강백세운동교실' 실태조사 및 문제점 개선방안.** 한양대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이승희. (2013). 노인의 성별에 따른 건강관련 삶의 질 영향요인. *디지털융복합연구*, 11(12), 523-535.
- 이영희. (2011). 성별에 따른 노인의 우울 차이 연구. *한국웰니스학회지*, 6(2), 181-192.
- 이윤경, 김세진, 황남희, 임정미, 주보혜, 남궁은하, ... 김경래. (2020). **2020년도 노인실태조사.** 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 이윤정. (2015). 노인 건강수준의 지역 간 격차 비교. *한국콘텐츠학회논문지*, 15(11), 347-358.
- 이현숙, 염영희. (2017). 패널데이터를 이용한 노인의 의료서비스 이용, 의료비 지출, 건강성과의 발달궤적 및 연령차에 관한 연구. *보건사회연구*, 37(2), 287-324.
- 이현주, 강상경. (2011). 노년기 인지기능과 우울증상의 상호 관계에 관한 연구: 성별 차이를 중심으로. *사회복지연구*, 42(2), 179-203.
- 이현주, 정은희. (2016). 생애과정의 사회경제적 지위와 노년기 건강: 초기 성인기 및 중년기 사회경제적 지위의 다중매개효과. *보건사회연구*, 36(3), 53

-84.

- 이현주. (2013). 노년기 우울의 종단적 변화: 연령집단별 차이와 위험요인. **노인 복지연구**, 61, 291-318.
- 임소영, 강민아, 조성일. (2013). 한국 노인의 사회관계망 유형과 건강상태의 관계: 남녀집단별 분석. **노인복지연구**, 59, 281-308.
- 임현지, 황인혜, 이철승. (2021). 누가 더 보호받는가? -국가복지의 이원성과 노년의 건강 불평등. **한국사회복지학**, 73(1), 9-39.
- 장수지, 김수영. (2016). 노인의 사회경제적 지위에 의한 건강불평등: 심리사회적 기제들의 매개효과 분석. **한국노년학**, 36(3), 611-632.
- 장숙랑. (2013). 노년기 건강불평등의 생애과정 접근. *Annals of geriatric medicine and research*, 17(3), 111-117.
- 전경숙. (2008). 노년기 건강의 사회적 요인의 성별 차이. **한국노년학**, 28(3), 459-475.
- 전보영, 최수민, 김창엽. (2012). 지역의 경제수준에 따른 의료자원 분포의 형평성 분석. **보건행정학회지**, 22(1), 85-108.
- 정경희, 강은나, 이윤경, 황남희, 양찬미. (2016). **노인복지정책 진단과 발전전략 모색**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 정연, 조영태, 오주환. (2007). 소득수준이 주관적 건강상태에 미치는 영향의 연령대별 차이: 2001, 2005년 서울시민보건지표조사 자료의 분석 결과. **예방의학회지**, 40(5), 381-387.
- 정윤경. (2021). 노인들의 사회적 관계망과 외래진료 이용의 종단적 관계에 대한 연구. **보건교육건강증진학회지**, 38(1), 37-47.
- 정익중. (2009). 청소년비행 발달궤적의 다양한 유형. **한국청소년연구**, 54, 253-280.
- 정책공감. (2023.9.27.). **정책사용설명서 - 어르신, 병원 가세요? 저와 함께 가요. 병원 안심동행서비스를 소개합니다**. Retrieved from <https://blog.naver.com/hellopolicy/223223006795>에서 2023.10.9. 인출.
- 정최경희, 김명희, 하랑경, 김미란. (2018). **생애주기별 건강격차 해소를 위한 서**

- 울시 정책 및 사업 분석 연구.** 서울: 서울특별시 공공보건의료재단, 이화여자대학교 산학협력단.
- 조미형, 박대식, 최용욱. (2013). **농촌노인의 건강관리실태와 정책과제.** 서울: 한국농촌경제연구원.
- 조정민. (2019). 우리나라 독거노인의 성별에 따른 건강상태 비교. **한국생활환경학회지**, 26(1), 110-118.
- 지은정. (2011). OECD 10개국 노인의 소득불평등에 관한 연구 - 생애주기관점을 중심으로 -. **사회복지연구**, 42(1), 333-370.
- 질병관리청. (2023). **지역사회 건강관련 요인 데이터베이스.** Retrieved from <https://chs.kdca.go.kr/chs/recsRoom/dataBaseMain.do>에서 2023. 9.1. 인출.
- 최승훈, 민수빈, 이예인. (2020). 현재 노인과 미래 노인의 불평등 추이에 관한 연구: 코호트별 소득과 자산을 중심으로. **한국사회정책**, 27(3), 45-76.
- 통계청 사회통계국 인구동향과. (2021.12.1.). 2020년 생명표(전국 및 시도). **통계청 보도자료.** Retrieved from https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=208&tag=&act=view&list_no=415300&ref_bid=에서 2023.9.30. 인출,
- 통계청. (2023a). **2020년 교통접근성지표(읍면동).** Retrieved from https://stat.kosis.kr/nsibsHtmlSvc/fileView/FileStbl/fileStblView.do?in_org_id=444&in_tbl_id=DT_444001_FILE2020에서 2023. 9. 6. 인출.
- 통계청. (2023b). **행정구역(읍면동)별/5세별 주민등록인구(2011년~).** Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04005N&conn_path=I2에서 2023. 9. 4. 인출.
- 한국건강증진개발원. (2023). **국민건강증진종합계획(HP2020. 2011~2020) 최종성과 분석보고서.**
- 한국건강행평성학회. (2007). **건강행평성 측정 방법론.** 서울: 한국건강행평성학회.
- 한국고용정보원. (2023). **고령화연구패널 직업력 데이터 원자료.**
- 한국고용정보원. **고령화연구패널 원자료, 각년도(제2~8차).**

- 한국실명예방재단. (2020a). **소식지 2019년 1호(통권 206호)**. Retrieved from http://www.kfpb.org/?pageid=2&page_id=12014&mod=document&uid=773에서 2023.7.6. 인출.
- 한국실명예방재단. (2020b). **소식지 2020년 봄-여름호(통권 208호)**. Retrieved from http://www.kfpb.org/?page_id=12014&uid=802&mod=document&pageid=1에서 2023.7.6. 인출.
- 한국실명예방재단. (2021a). **소식지 2020년 겨울호(통권 210호)**. Retrieved from http://www.kfpb.org/?page_id=12014&uid=843&mod=document&pageid=1에서 2023.7.6. 인출.
- 한국실명예방재단. (2021b). **소식지 2021년 가을-겨울호(통권 212호)**. Retrieved from http://www.kfpb.org/?page_id=12014&uid=903&mod=document&pageid=1에서 2023.7.6. 인출.
- 한국실명예방재단. (2022). **소식지 2022년 봄-여름호(통권 213호)**. Retrieved from http://www.kfpb.org/?page_id=12014&uid=957&mod=document&pageid=1에서 2023.7.6. 인출.
- 한국실명예방재단. (2023). **2022년 노인실명예방사업보고서**. Retrieved from http://www.kfpb.org/?page_id=12014&uid=966&mod=document&pageid=1에서 2023.7.6. 인출.
- 한국전립선 배뇨관리협회. (2018). **2018년 사업보고**.
- 한국전립선 배뇨관리협회. (2019). **2019년 사업보고**.
- 한국전립선 배뇨관리협회. (2020). **2020년 사업보고**.
- 한국전립선 배뇨관리협회. (2021). **2021년 사업보고**.
- 한국전립선 배뇨관리협회. (2022). **2022년 사업보고**.
- 한신실. (2018). **한국 사회 중고령자의 소득절벽**. 중앙대학교 대학원. 박사학위 논문.
- 허재헌, 조영태. (2008). 서울시 노인의 사회경제적 수준별 활동제한 및 건강행태. **한국노년학**, 28(1), 87-104.
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities

- in health: definitions, concepts, and theories. *Global health action*. 8, 1-12.
- Boddington, P., & Raisanen, U. (2009). Theoretical and practical issues in the definition of health: insights from Aboriginal Australia. *The journal of medicine and philosophy: A forum for bioethics and philosophy of medicine*, 34(1), 49-67.
- Dannefer, D., Han, C., & Yu, J. (2021). Inequality across time: social change, biography, and the life course. In Nico, M., & Pollock, G.(Eds). *The routledge handbook of contemporary inequalities and the life course*(pp.4-14). Taylor & Francis Group.
- Devillanova, C., Raitano, M., & Struffolino, E. (2019). Longitudinal employment trajectories and health in middle life: Insights from linked administrative and survey data. *Demographic research*. 40, 1375-1412.
- Diderichsen, F., & Hallqvist, J. (1998). Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. Inequality in health—a Swedish perspective. *Stockholm: Swedish Council for Social Research*, 25-39.
- Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). *The emergence and development of life course theory*. Berlin: Springer.
- Ellaway, A., Wood, S., & Macintyre, S. (1999). Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *British journal of general practice*, 49(442), 363-367.
- Fan, C., Ouyang, W., Tian, L., Song, Y., & Miao, W. (2019). Elderly health inequality in China and its determinants: a geographical perspective. *International journal of environmental research and public health*. 16, 1-18.

- Ferraro, O. E., Guaita, A., Villani, S. (2021). Cognitive, physical and disability trajectories in community-dwelling elderly people. *Aging clinical and experimental research*, 33, 2671-2677.
- Friden, T. R. (2010). A framework for public health action: the health impact pyramid. *American journal of public health*, 100(4), 590-595.
- Fries, J. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity, *The new england journal of medicine*. 1980(303), 130-135.
- Fries, J. F., Bruce, B., & Chakravarty, E.(2011). Compression of morbidity 1980-2011: a focused review of paradigms and progress. *Journal of aging research*. 2011, 1-10.
- Giudici, F., & Davide, M. (2019). 20 years in the world of work : a study of nonstandard occupational trajectories and health. *Social science & medine*, 224, 138-148.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Jossey-Bass.
- House, J. S. (2002). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of health and social behavior*, 125-142.
- Hsu, H-C., Luh, D-L., Chang, W-C., Pan, L-Y. (2013). Joint trajectories of multiple health-related behaviors among the elderly. *International journal of public health*. 58(1), 109-120.
- Hsu, H-C., Jones, B.L. (2012). Multiple trajectories of successful aging of older and younger cohorts. *The gerontologist*, 52(6), 843-856.
- Hynes, K., & Clarkberg, M. (2005). Women's employment patterns during darly parenthood: A group-based trajectory analysis. *Journal of marriage and family*, 67(1), 222-239.

- Jones, B. L., & Nagin, D. S. (2013). A note on a stata plugin for estimating group-based trajectory models. *Sociological methods & research*, 42(4), 608-613.
- Kaplan, G. A., & Lynch, J. W. (1999). Socioeconomic considerations in the primordial prevention of cardiovascular disease. *Preventive medicine*, 29(6), 30-35.
- KOSIS. (2023a). **연령별/성별 의료급여 수급권자 현황**. Retrieved from http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_920015_N101&connpath=I2에서 2023.7.12. 인출.
- KOSIS. (2023b). **인플루엔자 예방접종률 추이**. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=177&tblId=DT_11702_N083&conn_path=I3에서 2023.7.14. 인출
- KOSIS. (2023c). **연령별, 성별 일반건강검진 대상 및 수검인원 현황** : 전체. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35007_N002_1&conn_path=I3에서 2023.7.12. 인출
- KOSIS. (2023d). **연령별, 성별 암검진 대상 및 수검인원 현황**. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35007_N010&conn_path=I3 2023.7.12. 인출.
- KOSIS. (2023e). **보건소, 보건지소, 보건진료소 수**. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=TX_117191104&conn_path=I3에서 2023.7.14. 인출.
- KOSIS. (2023f). **시도별 종별 요양기관 현황**. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_MIRE01&conn_path=I3에서 2023.9.10. 인출.
- KOSIS. (2023g). **성 및 연령별 추계인구(1세별, 5세별)**/ 전국. Retrieved from https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA001&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=A41_10&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE&path

- =%252FstatisticsList%252FstatisticsListIndex.do에서 2023.9.27. 인출.
- Lallo, C., & Raitano, M. (2018). Life expectancy inequalities in the elderly by socioeconomic status: evidence from Italy. *Population health metrics, 16*(7), 1-21.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (1999). *Social detenninants of health*. Oxford: Oxford university press.
- Nagin, D. S. (2005). *Group-based modeling of development*. Cambridge: Harvard university press.
- Nagin, D. S., & Tremblay, R. (2001). Analyzing development trajectories of distinct but related behaviors: a group-based method. *Psychological methods, 6*(1), 18-34.
- Nagin, D. S., Jones, B. L., Passos, V. L., & Tremblay, R. E. (2018). Group-based multi-trajectory modeling. *Statistical methods in medical research, 32*(1), 1-9.
- Nancy, L. J., Stephen, E. G., Tina, L. C., Stacy, S. D., Carl, V. H., & Arline, T. G. (2019). Life course approaches to the causes of health disparities. *American journal of public health, 109*(S1), 48-55.
- Pirani, E., & Salvini, S. (2012). Socioeconomic inequalities and self-rated health: a multilevel study of Italian elderly. *Population research and policy review, 31*(1), 97-117.
- Riumallo-herl, C., Canning, D., & Kabudula, C. (2019). Health inequalities in the South Africa elderly: The importance of the measure of social-economic status. *The journal of the economics ageing, 14*, 1-16.
- WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on*

social determinants of health. World Health Organization.

WHO. (1947). *Minutes of the technical preparatory committee for the international health conference*.

WHO. (2015). *World report on ageing and health*.

Woods , N. F., & Catanzaro, M. (1988). *Nursing research : theory and practice*. St. Louis : Mosby.



부록 1. 건강궤적 유형별 건강 특성 분석 결과¹¹⁾

1) 해방 이전 코호트

〈부표 1〉 해방 이전 코호트의 건강궤적 유형별 건강실천행위 특성

(단위: %)

구분	전체	집단1	집단2	집단3	집단4	집단5
현재 흡연 여부						
2차	12.7	19.6	14.9	13.8	10.8	9.5
3차	11.3	15.7	14.6	11.7	9.1	10.3
4차	10.6	15.7	13.9	10.3	8.3	9.8
5차	8.0	11.8	11.3	8.5	6.1	6.6
6차	5.8	9.4	8.2	6.9	5.3	5.8
7차	5.2	6.1	6.1	6.6	3.6	5.2
8차	3.8	5.0	4.8	5.0	2.2	3.5
현재 음주 여부						
2차	32.1	45.6	32.2	35.4	33.2	18.9
3차	29.5	44.7	28.6	31.0	30.6	18.1
4차	28.5	43.4	29.5	29.8	29.2	17.1
5차	27.1	42.9	28.3	28.8	28.2	13.9
6차	24.5	38.9	24.8	26.5	26.3	11.0
7차	21.1	33.3	21.1	24.7	22.2	8.1
8차	16.9	28.6	13.9	21.4	17.4	5.8
규칙적 운동						
2차	36.6	45.8	27.2	43.2	38.0	26.3
3차	35.3	48.4	25.0	40.0	36.4	25.9
4차	35.9	48.9	27.2	43.5	35.0	25.1
5차	33.0	45.8	20.9	46.0	32.7	16.7
6차	35.1	48.3	31.4	48.8	34.4	14.0
7차	32.6	45.2	28.3	47.7	30.9	12.2
8차	37.9	61.3	39.0	50.1	32.2	18.2

자료: 한국고용정보원, 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

11) 본문 미수록 표로 회차별 분석 결과임.

244 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

〈부표 2〉 해방 이전 코호트의 건강궤적 유형별 평균 입원횟수

(단위: 회)

구분	집단1	집단2	집단3	집단4	집단5
2차	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3
8차	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2

주: 변화가 적어 2차와 8차만 제시함 / 자료: 한국고용정보원, 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2차, 제8차 재분석.

〈부표 3〉 해방 이전 코호트의 건강궤적 유형별 건강검진(무료 및 자비) 여부 및 미검진 이유

(단위: %)

구분	전체	집단1	집단2	집단3	집단4	집단5
검진율						
2차	70.6	69.0	69.0	73.6	71.1	67.9
3차	78.9	82.4	83.0	79.8	80.7	71.0
4차	82.9	86.9	85.0	86.1	84.6	73.0
5차	84.3	89.4	85.3	88.2	86.5	72.8
6차	83.9	83.5	83.6	90.4	85.8	73.7
7차	81.9	82.7	84.6	87.8	84.9	68.1
8차	79.3	89.5	71.9	89.4	82.1	60.5
미검진 사유(2차)						
거동 불편	6.1	1.6	2.9	2.9	2.1	18.5
시간 부족	16.4	16.3	22.9	17.1	18.5	9.8
치료 방법 부재	4.6	3.6	4.0	3.8	2.5	4.6
정보 부족	6.2	2.3	3.5	3.0	8.9	8.8

자료: 한국고용정보원, 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

2) 해방 이후 코호트

〈부표 4〉 해방 이후 코호트의 건강궤적 유형별 건강실천행위 특성

(단위: %)

구분	전체	집단1	집단2	집단3	집단4	집단5
현재 흡연 여부						
2차	23.0	22.8	18.7	26.8	20.6	17.5
3차	21.8	22.9	22.0	24.4	18.9	14.5
4차	19.4	20.4	18.9	22.1	16.1	15.2
5차	16.1	19.3	12.0	18.1	12.7	11.1
6차	13.2	16.8	13.6	13.8	9.4	11.2
7차	11.3	13.9	13.0	12.0	7.7	9.9
8차	10.1	11.6	12.0	11.5	8.0	3.3
현재 음주 여부						
2차	44.9	49.4	40.4	49.7	39.4	30.2
3차	43.0	47.6	43.7	47.6	35.9	30.0
4차	41.8	46.9	42.1	46.9	33.9	26.8
5차	40.3	46.2	39.7	44.2	33.4	25.8
6차	38.4	44.5	38.2	43.1	30.9	20.9
7차	36.4	42.1	37.0	41.1	28.5	20.6
8차	33.9	39.4	33.2	39.4	26.9	13.6
규칙적 운동						
2차	42.0	43.5	36.6	46.5	37.5	35.6
3차	39.4	41.0	35.2	45.9	35.1	21.4
4차	41.6	41.8	34.2	48.5	37.7	28.0
5차	38.2	42.0	25.8	44.7	33.2	22.8
6차	41.1	45.3	26.6	46.1	38.7	24.7
7차	39.9	42.2	30.4	47.0	32.8	31.9
8차	47.9	55.4	35.3	54.5	40.8	27.6

자료: 한국고용정보원, 각 연도, 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

〈부표 5〉 해방 이후 코호트의 건강궤적 유형별 평균 입원횟수

(단위: 회)

구분	집단1	집단2	집단3	집단4	집단5
2차	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
8차	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2

주: 변화가 적어 2차와 8차만 제시함.

자료: 한국고용정보원, 각 연도, 고령화연구패널 원자료 제2차, 제8차 재분석.

246 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

〈부표 6〉 해방 이후 코호트의 건강궤적 유형별 건강검진(무료 및 자비) 여부 및 미검진 이유

(단위: %)

구분	전체	집단1	집단2	집단3	집단4	집단5
검진율						
2차	71.0	66.7	73.3	73.2	72.8	66.7
3차	82.9	84.2	79.1	83.8	82.9	77.6
4차	85.6	86.2	91.0	86.7	85.1	74.6
5차	89.2	90.8	87.0	91.8	88.6	75.4
6차	89.4	93.3	85.7	90.7	89.3	72.9
7차	90.3	93.3	80.8	92.6	90.4	77.5
8차	89.1	93.6	80.3	92.3	87.0	73.0
미검진 사유(2차)						
거동 불편	3.5	0.5	3.8	3.1	2.8	17.5
시간 부족	28.2	28.2	23.3	30.4	32.1	10.7
치료 방법 부재	2.2	1.7	0.0	2.3	2.0	5.6
정보 부족	2.5	1.7	6.7	0.5	3.2	8.0

자료: 한국고용정보원. 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

3) 베이비부머 코호트

〈부표 7〉 베이비부머 코호트의 건강궤적 유형별 건강실천행위 특성

(단위: %)

구분	전체	집단1	집단2	집단3	집단4
현재 흡연 여부					
2차	23.6	14.7	26.8	22.9	31.8
3차	24.3	18.2	25.2	24.3	31.7
4차	22.3	16.0	24.8	21.5	28.1
5차	20.3	15.3	23.1	19.9	22.3
6차	16.9	11.5	20.2	16.9	16.4
7차	15.1	10.7	17.5	15.7	13.2
8차	11.9	8.0	14.0	12.3	10.9
현재 음주 여부					
2차	51.0	46.6	53.5	51.3	50.1
3차	50.2	44.8	51.6	51.2	52.3
4차	49.3	41.9	53.3	50.2	47.4
5차	48.6	39.8	52.8	50.3	44.7
6차	47.9	38.8	52.5	49.7	43.5
7차	47.6	38.9	51.0	49.7	45.0
8차	44.5	34.9	48.9	46.9	40.0
규칙적 운동					
2차	36.8	30.4	41.4	37.1	32.8
3차	37.0	31.6	43.9	36.8	25.9
4차	39.2	33.6	45.2	38.8	32.3
5차	32.5	31.5	36.4	32.9	21.1
6차	37.1	32.7	41.4	38.5	26.9
7차	34.2	28.5	39.8	34.8	25.1
8차	45.1	43.5	54.1	42.0	31.4

자료: 한국고용정보원. 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

〈부표 8〉 베이비부머 코호트의 건강궤적 유형별 평균 입원횟수

(단위: 회)

구분	집단1	집단2	집단3	집단4
2차	-	-	-	-
8차	0.1	0.1	0.1	0.1

주: 변화가 적어 2차와 8차만 제시함.

자료: 한국고용정보원. 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2차, 제8차 재분석.

248 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

〈부표 9〉 베이비부머 코호트의 건강궤적 유형별 건강검진(무료 및 자비) 여부 및 미검진 이유

(단위: %)

구분	전체	집단1	집단2	집단3	집단4
검진율					
2차	67.0	67.4	64.9	68.4	67.6
3차	78.5	80.2	77.7	80.1	72.3
4차	81.7	82.3	83.1	83.0	72.0
5차	90.0	91.1	93.3	88.8	82.5
6차	89.9	85.0	93.1	92.2	81.1
7차	91.1	87.8	92.6	94.1	82.2
8차	90.8	85.8	95.0	92.4	80.9
미검진 사유(2차)					
거동 불편	2.3	0.0	0.9	2.4	10.8
시간 부족	40.2	37.2	43.5	44.6	19.7
치료 방법 부재	1.7	1.3	0.0	1.6	7.7
정보 부족	2.5	2.7	1.6	2.7	4.5

자료: 한국고용정보원. 각 연도. 고령화연구패널 원자료 제2~8차 재분석.

부록 2. 사례 분석 연구참여자 연대기¹²⁾

1) 연구참여자 A(1954년생 / 남성 / 건강노화군)

구분	1954년	1979년 (26세)	1981년 (28세)	2013년 (60세)
주요 생애사건	출생	첫째 자녀 출생	둘째 자녀 출생	은퇴
최장기 직종	사무직(재정 및 회계업무)			
주요 건강 특성	만성질환	- 고지혈증 → 약 복용 중		
	정신건강	- 노화에 대한 불안		
건강행태	- 건강검진(격년) - 운동(산책, 스트레칭, 러닝) - 건강보조식품 섭취 - 평생 금연 & 음주(소량)			
사회적 관계망	배우자	- 있음 & 원만한 관계		
	자녀	- 자녀 근거리 거주(2명) - 자녀 및 손자녀 잦은 왕래		
	사회적 관계	- 신뢰할 수 있는 관계(친구) 보유 - 친인척 및 전 직장동료와 관계 유지		
사회참여	친교모임 및 자원봉사 등 다수 활동 적극 참여			

2) 연구참여자 B(1944년생 / 여성 / 건강노화군)

구분	1943년	1970년 (26세)	1972년 (28세)	1973년 (29세)	1984-1988년 (40대)	2003년 (60세)
주요 생애사건	출생	첫째 자녀 출생	둘째 자녀 출생	셋째 자녀 출생	사고 병원 입원(단기)	배우자 은퇴(장교)
주요 생애 특성	모의 이른 나이 사망(65세)으로 인해 건강관리에 대한 각별한 관심					
최장기 직종	생애 미취업					
주요 건강 특성	만성질환	- 이상지질혈증 → 10년 전 발병 & 약 복용 중 - 갑상선기능저하증 → 약 복용 중				
	정신건강	- 노화(치매)에 대한 두려움				
건강행태	- 건강한 식생활 - 운동(등산, 산책, 요가 등): 과거부터 운동 - 기타: 인터넷을 통한 건강정보(습관) 구득					
사회적 관계망	배우자	- 있음 & 원만한 관계 유지				
	자녀	- 자녀 근거리 거주(3명) - 자녀 및 손자녀와 원만한 관계 유지				
	사회적 관계	- 신뢰할 수 있는 관계(친구) 보유				
사회참여	복지관, 봉사활동 등 참여					

12) 심층면접을 통해 얻은 정보로 연대기 표 구현이 가능한(일부 참여자의 경우 연명이나 연도 기억을 어려워하여 구성 불가) 경우인 총 10명에 대해 작성함.

250 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

3) 연구참여자 C(1946년생 / 여성 / 건강노화군)

구분	1946년	1971년 (25세)	2013년 (66세)	2016년 (70세)	...	2018년 (72세)
주요 생애사건	출생	자녀 출생	디스크 수술	은퇴 (농업)	사회참여 (복지관)	배우자 사망
주요 생애 특성	부의 이른 사망(부적절한 건강습관) & 모의 건강한 생활습관					
최장기 직종	농업					
주요 건강 특성	신체질환	- 허리디스크수술(10년 전)				
	정신건강	- 배우자 사망 후 우울				
건강행태	- 건강한 식생활 - 복지관을 통한 다양한 사회참여 및 운동 등					
사회적 관계망	배우자	- 없음				
	자녀	- 비동거 자녀와 원만한 관계 유지				
	사회적 관계	- 사회복지사 & 신뢰할 수 있는 관계(친구) 보유				
사회참여	복지관, 봉사활동 등 참여					
기타 특이사항	- 읍면부 지역 거주로 상급종합병원 이용 한계					

4) 연구참여자 D(1950년생 / 남성 / 복합이환군)

구분	1950년	1979년 (29세)	1980년 (30세)	1982년 (32세)	2010년 (60세)	2013년 (63세)	2020년 (70세)	
주요 생애사건	출생	입직 (공무원)	첫째 자녀 출생	둘째 자녀 출생	모 폐압 (수발)	퇴직 (공무원)	심장 수술	췌장암 수술(완치)
주요 생애 특성	이복 출생 & 유년기 경제적으로 취약							
최장기 직종	공무원							
주요 건강 특성	신체질환	- 심장판막수술(10년 전) - 췌장암(초기) 진단 후 수술(완치)						
	정신건강	- 수술 후 건강저하에 대한 불안						
건강행태	- (수술 후) 식생활 개선, 운동 및 금연, 절주 등							
사회적 관계망	배우자	- 있음 & 원만한 관계 유지						
	자녀	- 비동거 자녀와 원만한 관계 유지						
	사회적 관계	- 신뢰할 수 있는 관계(친구) 보유						
사회참여	- 행정복지센터를 통한 다수 사회참여							
기타 특이사항	- 간호간병통합서비스 이용 경험 있음							

5) 연구참여자 E(1955년생 / 여성 / 복합이환군)

구분	1955년	1975년 (20세)	1977년 (22세)	1979년 (24세)	2003년 (49세)	2018년 (64세)
주요 생애사건	출생	첫째 자녀 출생	둘째 자녀 출생	셋째 자녀 출생	은퇴(약 30년) (양품점→ 고철업)	자궁암 (수술)
주요 생애 특성	-					
최장기 직종	자영업					
주요 건강 특성	신체질환	- 당뇨, 자궁암(수술), 갑상선질환				
	정신건강	- 가정불화로 인한 우울				
건강행태	- (수술 전) 흡연 / (수술 후) 금연 및 식생활 개선, 걷기 운동					
사회적 관계망	배우자	- 있음 & 비우호적 관계				
	자녀	- 있음 & 교류 적음				
	사회적 관계	- 신앙생활을 바탕으로 한 관계 보유				
사회참여	- 신앙생활(교회) 참여					

6) 연구참여자 F(1952년생 / 남성 / 복합이환군)

구분	1952년	1998년 (46세)	2010년 (58세)	2013년 (61세)	2016년 (64세)	2017년 (67세)
주요 생애사건	출생	고혈압 진단	뇌경색 (수술)	당뇨 진단	배우자 사망	거주지 이전
주요 생애 특성	-					
최장기 직종	전기기술직					
주요 건강 특성	신체질환	- 고혈압, 당뇨, 뇌경색(수술)				
	정신건강	- 배우자 사망 후 고립, 우울 등				
건강행태	(진단 전) 오랜 흡연 / (진단 후) 식생활 개선, 금연, 걷기 운동 등					
사회적 관계망	배우자	- 없음				
	자녀	- 있음 & 교류 적음				
	사회적 관계	- 남동생 및 조카(병원 동행 등의 수발 도움)				
사회참여	- 복지관 참여(소극적)					

252 생애주기적 관점에서 본 노년기 건강 불평등과 노후 건강보장 방안

7) 연구참여자 G(1955년생 / 남성 / 건강악화군)

구분	1955년	1978년 (23세)	1985년 (30세)	1987년 (32세)	1994년 (39세)	1997년 (42세)	2007년 (52세)
주요 생애사건	출생	입직	첫째 자녀 출생	둘째 자녀 출생	망막색 소변성 증 판정	퇴직 심근경색	시각장 에 판정
주요 생애 특성	- 부모의 이른 사망 & 유년기 경제적 취약						
최장기 직종	생산관리직						
주요 건강 특성	신체질환	- 시각장애, 고혈압, 천식 외					
	정신건강	- 독립적 생활 제한으로 인한 우울					
건강행태	- (발병 후) 절주, 식생활 개선, 실내(자택) 걷기						
사회적 관계망	배우자	- 있음 & 우호적 관계 유지					
	자녀	- 있음 & 잦은 교류					
	사회적 관계	- 신뢰할 수 있는 관계(친구) 보유					
사회참여	- 다양한 친교모임 등 활동						

8) 연구참여자 I(1936년생 / 여성 / 건강악화군)

구분	1936년	1974년 (38세)	1992년 (56세)	2015년 (80세)	2022년 (86세)
주요 생애사건	출생	자녀(딸) 사망 병원 입원	배우자 사망	척추협착증 수술	장기요양 이용
주요 생애 특성	- 자녀 사망 이후 극심한 우울 경험				
최장기 직종	주방업무				
주요 건강 특성	신체질환	- 장애등급, 고혈압, 골다공증, 척추협착증			
	정신건강	- 자녀 사망에 따른 우울			
건강행태	- 간단한 산책				
사회적 관계망	배우자	- 없음			
	자녀	- 있음(아들 1명) & 교류 적음			
	사회적 관계	- 없음			
사회참여	- 없음				
기타 특이사항	- 장기요양서비스(주간보호센터) 이용				

9) 연구참여자 J(1939년생 / 남성 / 건강악화군)

구분	1939년	1970년대		2021년 (82세)	2022년 (83세)	2023년 (84세)
주요 생애사건	출생	입직 (소방원)	전직 (농업)	전립선암	교통사고	장기요양서비스 이용
주요 생애 특성	-					
최장기 직종	농업					
주요 건강 특성	신체질환	- 고혈압, 관절염, 기능제한				
	정신건강	-				
건강행태	- 주간보호센터 내에서의 활동에 국한					
사회적 관계망	배우자	- 있음 & 원만한 관계 유지				
	자녀	- 있음 & 잦은 교류				
	사회적 관계	-				
사회참여	- 없음					
기타 특이사항	- 장기요양서비스(주간보호센터) 이용					