

# 보건·복지 ISSUE & FOCUS

Korea Institute for Health  
and Social Affairs

ISSN 2092-7117  
제 220호 (2013-50) 발행일 : 2013. 12. 20

**KIHASA** 한국보건사회연구원  
Korea Institute for Health and Social Affairs

## 노인의 건강상태와 정책추진방안

노인 건강정책의 목적은 노인에게 건강수준을 유지하게 하여 자립적인 생활을 영위하도록 함으로써 노후 삶의 질을 향상시키는데 있음

사전 예방의료서비스 및 건강관리서비스 제공 등 노인 건강수준 향상을 위한 예방적 건강 정책의 강화가 필요함



오영희

인구정책연구본부 연구위원

### 1. 노인 건강정책의 목표

- 노인 건강정책은 노인에게 건강수준을 유지하게 하여 자립적인 생활을 영위하도록 함으로써 노후 삶의 질을 향상시키는데 목적이 있음
- 건강수명
  - 건강수명은 전반적인 건강수준을 나타내는 지표로 ‘얼마나 건강하게 오래 사는가’에 중점을 두고 산출됨
    - 건강수명은 건강수준 향상을 통한 삶의 질 제고와 국민 의료비 절감의 효과가 있음
  - WHO자료에서 2007년 기준으로 우리나라 건강수명은 71.0세로 OECD회원국 평균(72.0세)보다 낮음
    - GBD연구에서 2010년 기준으로 우리나라 건강수명은 70.3세로 OECD회원국 평균(68.4세)보다 높음
  - 우리나라 2012년 출생아의 기대수명(출생시 기대여명)은 81.4년이고, 남자는 77.9년, 여자는 84.6년임(통계청, 2013)
    - OECD회원국 기대수명인 80.1년보다 상회하고, 남자는 OECD 평균(77.3년)보다 0.6년, 여자는 OECD 평균(82.8년)보다 1.9년 높음
  - 2012년 출생아의 유병기간 제외 기대여명은 남자 65.2년, 여자 66.7년임(통계청, 2013)
    - 2012년 출생아의 기대수명 중 남자 12.7년(16.3%), 여자 17.9년(21.2%)을 질병이나 사고로 인해 유병 상태로 생존

〈표 1〉 우리나라의 건강수명 및 기대수명

(단위: 세)

구분	건강수명			0세시 기대수명		
	계	남자	여자	계	남자	여자
2007년(WHO)	71.0	68.0	74.0	78.8	75.9	81.7
2010년(GBD)	70.3	67.9	72.6	79.6	76.5	82.7
2012년(통계청) <sup>1)</sup>	66.0	65.2	66.7	81.4	77.9	84.6

주: 1) 2012년 통계청의 건강수명은 유병기간 제외 기대여명(질병이나 사고로 인해 아프지 않은 기간)임.

자료: 1) '보건복지부 · 한국보건사회연구원(2011). 제3차 국민건강증진종합계획(2011~2020). 보건복지부 · 한국보건사회연구원'에 제시된 통계를 정리하였음 (원자료: World Health Statistics 2009(2007년 통계).

2) 김혜련(2013). 우리나라 보건의료체계 어디에 와 있나?. 한국보건행정학회 후기학술대회 자료집(원자료:Salomon JA et al(2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990 · 2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. Lancet 2012)

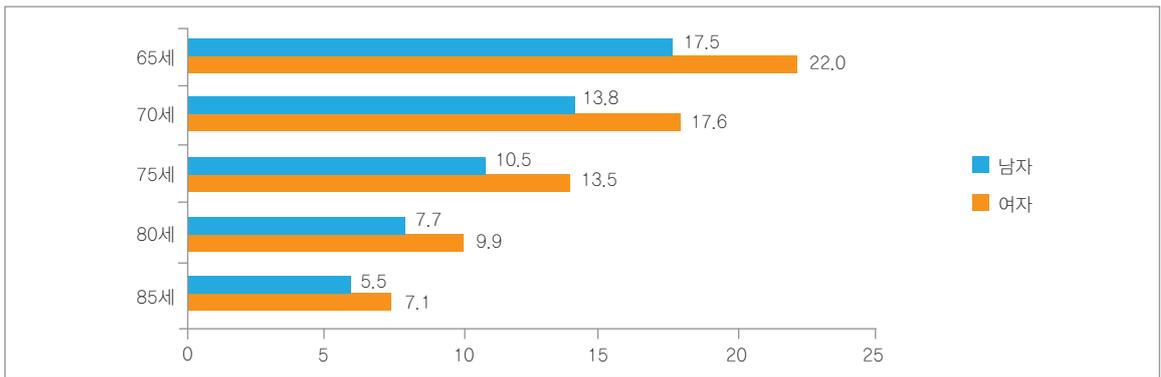
3) 통계청(2013.12). 2012년 생명표, 보도자료.

### ■ 연령별 기대여명

○ 2012년 기준 65세 노인이 앞으로 더 생존할 것으로 예상되는 기대여명은 남자 17.5년, 여자 22.0년임

[그림 1] 성 및 연령별 기대여명(65세 이상, 2012년)

(단위: 년)



자료: 통계청(2013.12). 2012년 생명표, 보도자료.

## 2. 노인 건강수준 및 건강실천의 실태

### ■ 질병상태

○ 노인의 88.5%는 만성질환이 있고, 만성질환이 2개 이상인 만성복합질환율은 68.3%, 3개 이상 비율도 44.3%임  
 - 여자 만성복합질환율(77.6%)은 남자(56.1%) 보다 21.5%p 높음

〈표 2〉 성별 노인의 본인인지 만성복합질환 유병률

(단위: %, 명)

구분	만성복합질환 유병률			만성질환 1개	만성질환 없음	계(명)	평균(개)
	소계	2개	3개 이상				
전체	68.3	24.0	44.3	20.3	11.5	100.0 (10,544)	2.5
남자	56.1	24.5	31.6	25.7	18.2	100.0 ( 4,548)	2.0
여자	77.6	23.6	54.0	16.1	6.3	100.0 ( 5,996)	2.9

주: 본인응답자 10,544명을 분석대상으로 함.

자료: 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

○ 동년배와 비교한 주관적 건강상태는 노인의 35.1%가 건강이 나쁜 편이라고 평가함

- 건강이 나쁜 편이라는 비율이 남자노인은 27.8%인데 비하여 여자노인은 40.6%로 12.8%p 높음

〈표 3〉 성별 노인의 동년배와 비교한 주관적 건강상태 (단위: %, 명)

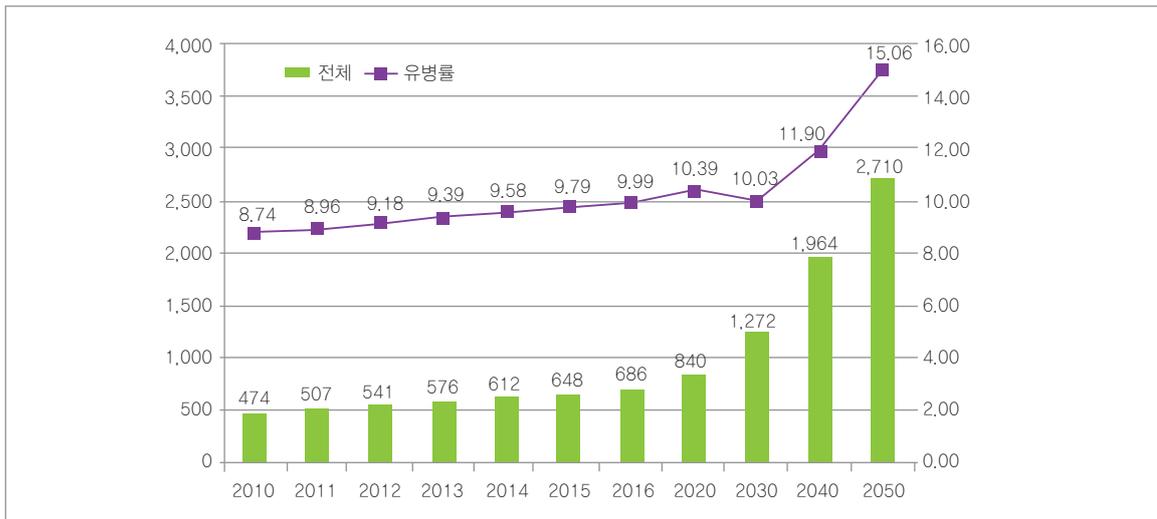
구분	전체	남자	여자
(매우) 건강한 편이다	39.1	48.3	32.2
그저 그렇다	25.8	23.9	27.3
건강이 (매우) 나쁜 편이다	35.1	27.8	40.6
계 (명)	100.0 (10,544)	100.0 (4,545)	100.0 (5,995)

주: 본인응답자 10,544명을 분석대상으로 함.

자료: 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

○ 2013년도 65세 이상 노인 치매 유병률은 9.39%로 추정되었고, 2013년 장래인구추계 65세 이상 인구수를 적용하면 치매노인수는 약 58만명으로 추정됨(보건복지부, 2013)

〈그림 2〉 한국 노인(65세 이상)의 치매 유병률 및 치매 환자수 추이 (단위: 천명, %)



주: 1) 통계청(2011.12). 장래인구추계: 2010년~2060년. 통계청.

2) 보건복지부(2013.5.3) 보도자료. 2012년 치매 유병률 조사 결과. 보도자료.

## ■ 생활기능장애상태

○ 7개의 기본적인 일상생활수행(ADL)에 도움이 필요한 노인이 7.2%이고, 1개 도움이 필요한 경우 3.1%, 2~3개 도움이 필요한 경우 2.0%이며, 4개 이상 도움이 필요한 상태는 2.0%임(정경희 외, 2012)

〈표 4〉 노인의 일상생활수행(ADL) 제한율 (단위: %, 명)

구분	일상생활수행 제한율(부분 도움+완전 도움)								완전 자립	계(명)
	소계	1개	2개	3개	4개	5개	6개	7개		
전체	7.2	3.1	1.3	0.7	0.5	0.3	0.5	0.7	92.8	100.0(10,674)

자료: 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

○10개의 수단적 일상생활수행 항목에 도움이 필요한 노인은 13.8%이고, 1~2개 도움이 필요한 비율은 4.9%, 3~4개는 2.9%, 5개 이상은 6.0%임

〈표 5〉 노인의 수단적 일상생활수행(IADL) 제한율 (단위: %, 명)

구분	수단적 일상생활수행 제한율(부분 도움+완전 도움)						완전 자립	계(명)
	소계	1~2개	3~4개	5~6개	7~8개	9~10개		
전체	13.8	4.9	2.9	2.6	1.2	2.3	86.2	100.0(10,674)

자료: 정경희 외(2012), 2011년도 노인실태조사, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

○노인의 일상생활수행능력을 종합하면, 노인의 7.7%는 수단적 일상생활수행(IADL)만 제한을 경험하고 있으며, 7.2%는 일상생활수행(ADL) 제한까지 경험함

〈표 6〉 노인(65세 이상)의 기능상태 제한 현황 (단위: %, 명)

구분	기능제한 없음	IADL만 제한	IADL+ADL 제한	계(명)
전체	85.1	7.7	7.2	100.0(10,666)

자료: 정경희 외(2012), 2011년도 노인실태조사, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

○2012년 노인장기요양보험제도에 의한 장기요양서비스 또는 지자체의 노인돌봄종합서비스를 이용한 노인의 공적 장기요양보호율은 6.1%임

〈표 7〉 노인의 공적 장기요양보호율 (단위: 천명, %)

구분	공적 장기요양서비스 이용자 <sup>1)</sup>			65세 이상 노인 수 <sup>2)</sup>	공적 장기요양 보호율
	전체	장기요양서비스	노인돌봄종합서비스		
2011년	324	293	31	5,656	5.7
2012년	359	322	37	5,890	6.1

자료: 1) 보건복지부 내부자료(2013), 장기요양서비스 이용자 현황  
2) 통계청(2011), 장래인구추계: 2010년~2060년, 통계청.

## ■ 사망실태

○사인별 사망률을 보면 2012년 65세 이상 노인의 사망원인 1위는 암(852.9명)이고, 2위는 뇌혈관질환(372.9명), 3위 심장질환(367.1명), 4위 폐렴(166.4명), 5위 당뇨병(163.0명) 등의 순으로 나타남(통계청, 2013)  
- 연도별 사망원인 순위의 차이는 적지만, 2010년 이후 암, 뇌혈관질환의 사망률은 줄어들고 심장질환, 폐렴, 당뇨병의 사망률은 약간 증가하는 경향임

〈표 8〉 사망원인 및 사망률(65세 이상, 2012년) (단위: 명/인구 10만명 당)

구분	1위	2위	3위	4위	5위
2000년	암(929.7)	뇌혈관질환(785.3)	심장질환(358.9)	당뇨병(218.4)	만성하기도질환(209.1)
2010년	암(882.4)	뇌혈관질환(409.4)	심장질환(344.0)	당뇨병(153.1)	폐렴(127.6)
2011년	암(847.8)	뇌혈관질환(381.1)	심장질환(361.2)	당뇨병(155.4)	폐렴(143.2)
2012년	암(852.9)	뇌혈관질환(372.9)	심장질환(367.1)	폐렴(166.4)	당뇨병(163.0)

주: 만성하기도질환은 기관지염, 천식, 폐기종 등 만성적으로 호흡에 장애를 주는 폐질환의 총칭임  
자료: 통계청(2013.9), 2013 고령자 통계

○ 한국의 노인 자살률은 2010년 기준 인구 10만 명당 80.3명으로 OECD국가에서 가장 높은 수준을 보임 (OECD, 2011)

- 일본 27.9명, 스웨덴 16.8명, 프랑스 28.0명에 비하여 약 3배 정도 높음

〈표 9〉 연도 및 성별 노인 자살률(2010년 기준)

(단위: 명/인구 10만명 당)

구분	한국				외국		
	2000년	2010년			일본	스웨덴	프랑스
		전체	남자	여자			
노인자살률(65세 이상)	34.2	80.3	125.0	49.4	27.9	16.8	28.0
경제활동가능인구(15~64세)	15.6	30.9	40.9	20.5	26.1	13.9	18.5
아동·청소년(10~24세)	6.4	9.4	10.0	8.7	10.2	7.0	4.9

자료: 1) 구체적인 수치는 '진재현·고해연(2013). OECD국가와 비교한 한국의 인구집단별 자살률 동향과 정책 제언. 보건복지포럼 제195호(p.141~154)를 인용하였음(원자료: WHO의 Mortality Database와 OECD의 Stat)  
2) 정경희 외(2012). 한국 노인의 삶의 질 지표체계 개발 및 적용. 보건복지부·한국보건사회연구원.

○ 60세 이후 자살을 생각해본 경험이 있다고 응답한 노인은 11.2%임

- 자살을 생각한 주된 이유로는 건강문제가 32.6%로 가장 높고, 경제적 어려움 30.8%, 부부·자녀·친구 갈등 및 단절 15.6%임

[그림 3] 60세 이후 자살을 생각해 본 이유

(단위: %)



주: 60세 이후 자살생각을 해 본 응답자(1,181명)를 분석대상으로 함.  
자료: 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

### ■ 건강증진의 노력

○ 여자노인의 비흡연율은 92.5%로 남자노인의 비흡연율 20.7%에 비하여 약 4배 정도 높음

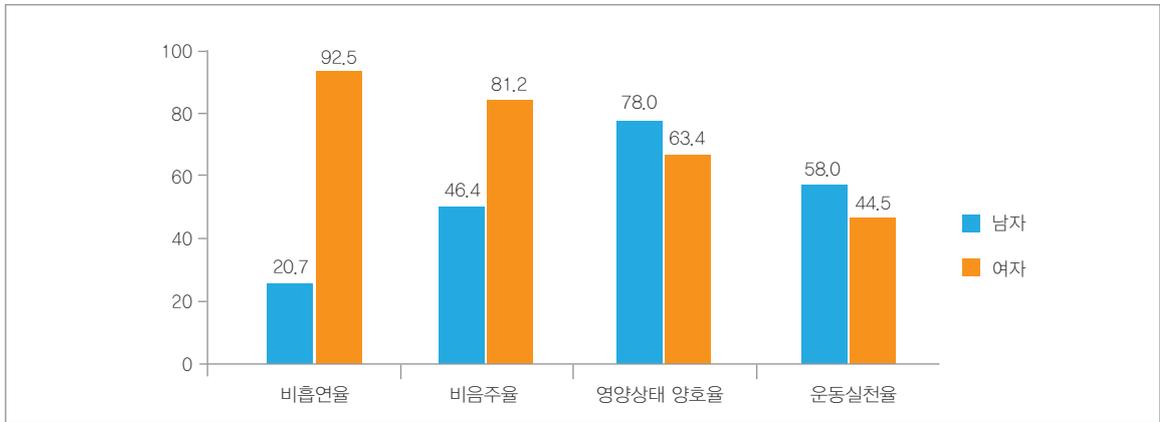
○ 비음주율도 여자노인은 81.2%로 남자노인 46.4%에 비하여 약 2배 높음

○ 영양상태가 양호한 비율은 남자노인은 78.0%인데 비하여, 여자노인은 63.4%로 약 15%p 낮음

○ 운동실천율은 남자노인이 58.0%인데 비하여, 여자노인은 44.5%로 13.5% 낮음

[그림 4] 성별 노인의 건강생활실천율

(단위: %)



주: 본인응답자 10,544명을 분석대상으로 함.  
 자료: 정경희 외(2012). 2011년도 노인실태조사. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

■ 일반건강검진 및 암검진 수검률

○ 2011년도 건강검진대상 노인인구 중 수검자 비율은 전체 노인의 61.8%임(국민건강보험공단, 2012)

○ 2011년 암검진대상 노인인구 중 암(위, 간, 대장, 유방, 자궁경부 암 등) 검진을 받은 비율은 전체 노인의 51.8%임

- 연령이 증가할수록 건강검진 수검률이 낮아짐

<표 10> 건강보험 적용 노인인구의 일반건강검진 및 암검진 수검률

(단위: 명, %)

구분	2011년 일반건강검진(1차) 실적			2011년 건강검진사업의 암검진 실적		
	대상 인원	수검 인원	건강검진 수검률	대상 인원	수검 인원	암검진 수검률
전체	2,103,710	1,299,205	61.8	2,746,517	1,423,013	51.8
65~69세	431,876	333,237	77.2	825,593	523,156	63.4
70~74세	872,852	594,159	68.1	979,290	566,340	57.8
75~79세	389,564	226,827	58.2	446,775	213,762	47.8
80~84세	280,210	114,366	40.8	333,008	98,569	29.6
85세 이상	129,208	30,616	23.7	161,851	21,186	13.1

자료: 국민건강보험공단(2012). 2011년 건강검진통계연보.

### 3. 노인 보건의료서비스 지출 규모의 실태

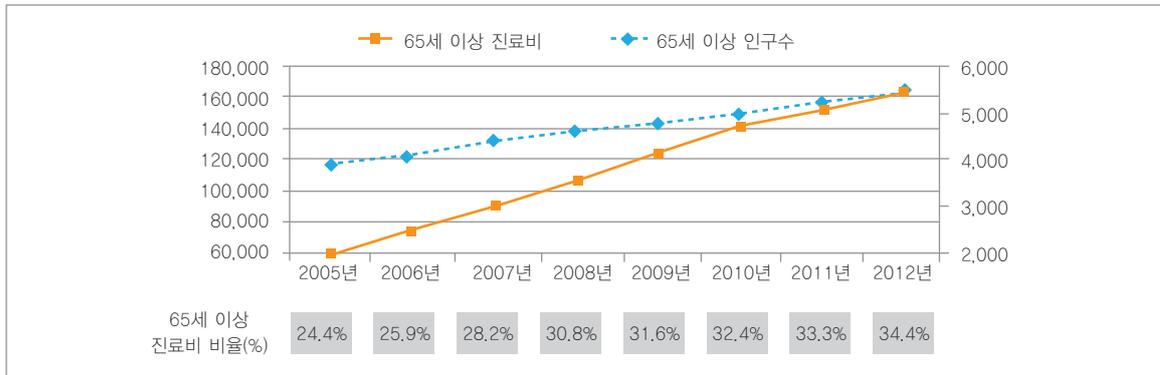
■ 노인의료비 지출증가 실태

○ 노인인구 증가는 노인진료비 증가로 이어져 2012년 노인진료비는 16조 4,494억원으로 2005년과 비교하면 2.7배 증가함

○ 2012년 65세 이상 노인진료비는 건강보험 총 진료비의 34.4%를 차지함

[그림 5] 연도별 건강보험 노인진료비 추이

(단위: 억원, 천명)



자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원 보도자료(2013.10.14), 2012년 건강보험통계연보 공동발간, 재편집.

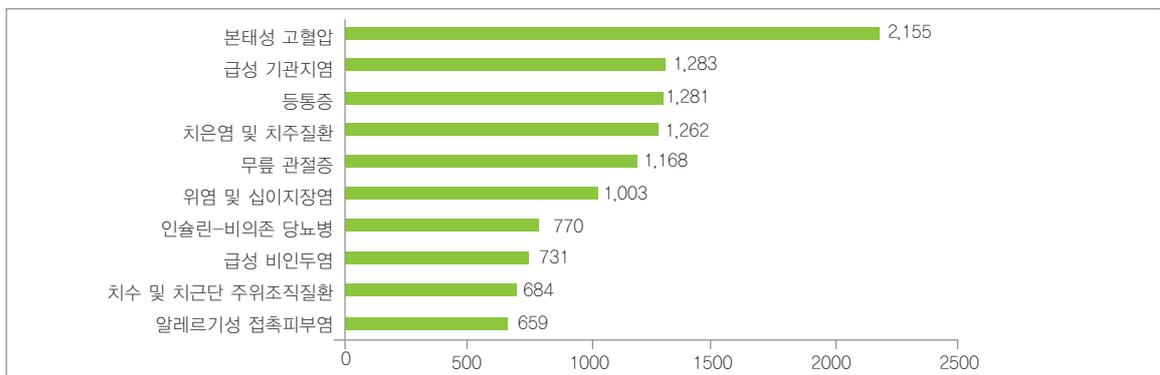
### ■ 치료의 다빈도 상병실태

○ 2011년도 노인의 다빈도 상병 순위는 1위가 본태성(일차성) 고혈압으로 진료인원이 가장 많고, 그 다음이 급성 기관지염, 등통증, 치은염 및 치주질환, 무릎 관절증 등의 순으로 높음

– 중증질환으로 발전 가능한 고혈압, 당뇨병은 의료비 증가의 주요 요인임

[그림 6] 노인의 다빈도 상병 10 순위

(단위: 천명)



자료: 1) 국민건강보험공단 내부자료(2013), 2011년 건강보험통계 재분석.  
2) [http://www.activebb.kr/issue/board\\_list.do?ctg1=M0045](http://www.activebb.kr/issue/board_list.do?ctg1=M0045) 재편집.

### ■ 장기요양 보험급여비 지출 규모

○ 2012년도 노인 장기요양 보험급여 지출 규모는 건강보험 급여비 지출 규모의 약 7.3%임

– 향후 장기요양서비스 욕구의 증가 등으로 재정지출 규모는 지속적 증가가 예상됨

<표 11> 장기요양 및 건강보험 보험급여비 지출 비교

(단위: 백만원, %)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
장기요양 지출(A)	431,414	1,746,732	2,415,263	2,602,664	2,732,833
건강보험 지출(B)	26,654,305	30,040,871	33,749,303	35,830,249	37,581,294
(A)/(B) (%)	1.62	5.81	7.16	7.26	7.27

자료: 1) 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원(2013), 2012년 건강보험통계연보.  
2) 국민건강보험공단(2013), 2012년 노인장기요양보험통계연보.

## 4. 노인건강을 위한 정책추진방안

- 금연, 절주, 영양 균형, 규칙적 신체활동 등 스스로 건강한 생활습관을 실천하는 일차예방 차원의 건강 관리가 필요함
  - 건강한 노인의 경우 건강생활습관의 형성 및 적극적인 사회활동을 통해서 신체적 · 정신적 · 사회적 건강 상태 유지
- 노인의 건강과 기능상태에 적절한 건강검진을 실시하여 수검률을 증가시키고, 검진 사후관리가 지속적으로 이루어지는 사전예방 및 조기발견을 강화함
  - 인지기능의 저하, 일상생활수행을 위한 기능상태, 허약, 하지 및 상지 기능, 낙상, 사회활동 등 건강한 노화 등을 평가할 수 있는 적절하고 타당한 선별검사가 필요
- 만성질환에 대한 자기건강관리 능력의 향상과 지속적 · 체계적 질환관리를 강화함
  - 개인별 맞춤형 건강관리서비스를 통한 만성질환 합병증 예방
  - '의원급 만성질환관리제'의 참여 활성화
  - 스트레스 및 우울증 관리 등 정신건강에 대한 적극적 개입
- 연령 증가에 따라 신체적 · 정신적 기능이 급격히 저하되지 않도록 지역사회중심의 장기요양 예방사업 활성화가 요구됨
  - 기능 저하 노인을 대상으로 한 특정 건강증진 프로그램 개발 및 지원 필요
- 사전 예방의료서비스 및 건강관리서비스 제공 등 노인 건강수준 향상을 위한 예방적 건강 정책의 강화가 필요함