

고령장애인의 건강권 및 생활만족도에 관한 연구: 유형화를 중심으로

한 상 윤¹ | 남 석 인^{1*}

¹ 연세대학교

* 교신저자: 남석인
(namseokin@yonsei.ac.kr)

초 록

본 연구의 목적은 고령장애인의 인권이자 기본권으로서의 건강권 보장 및 생활만족도 향상을 위하여 실효성 있는 정책과 제도 측면의 방안을 제시하는 데 있다. 건강할 권리, 건강 관련 서비스에의 권리, 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리 등 건강권 영역별 지표를 기준으로 하여 유형을 도출하였고, 이에 따른 차이 및 생활만족도에 대한 영향을 검증하였다. 분석 자료는 2020년 장애인실태조사 자료로, 만 65세 이상 고령장애인 총 3,375명의 자료가 활용되었다. 연구 결과, 고령장애인의 건강권은 포괄적 건강권, 서비스 중심 건강권 및 제한적 건강권의 3개 유형이 도출되었다. 그리고 건강 관련 서비스에의 권리에 비하여 건강할 권리 및 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리 보장이 취약한 것으로 나타났으며, 생활만족도에 있어서 건강권의 유형별로 차이가 있음을 확인하였다. 이와 같은 결과를 기반으로 건강권 보장을 통한 고령장애인의 삶의 질을 향상하기 위한 구체적인 개입 방안을 제안하였다.

주요 용어: 고령장애인, 건강권, 생활만족도, 잠재계층분석

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 건강권은 인간의 존엄한 삶에 있어 필수적으로 보장받아야 할 기본권임에도 불구하고, 장애와 노화라는 이중적인 어려움을 겪는 집단인 고령장애인의 건강권은 여전히 취약하다. 이와 같은 건강권의 불충분한 보장은 고령장애인의 생활만족도 저하로 이어지므로, 현실적 고령장애인의 건강권 보장 현황 및 생활만족도에 대한 영향을 살펴보았다.

새롭게 밝혀진 내용은? 고령장애인의 건강권은 다양한 결정 요소들로 이루어져 있으며, 실제적, 절차적 권리 모두가 보장되지 않는 경우 생활만족도는 저하되는 것으로 나타났다. 특히, 보건의료서비스의 물리적, 경제적 접근성뿐 아니라 정성적 측면의 접근성 또한 고령장애인의 건강권 증진에 매우 중요함을 발견할 수 있었다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 고령장애인의 건강권은 신체적 건강뿐 아니라 삶의 질을 증진하기 위한 인권이자 기본권으로, 이들의 건강권을 보장하기 위해서는 우리 사회의 보다 적극적인 역할이 필요하다. 고령장애인이 건강하고 안정적으로 지역사회에서 더불어 살아갈 수 있도록, 정책 및 제도 측면에서 깊이 있는 논의와 개선이 이루어져야 할 것이다.

■ 투 고 일: 2023. 07. 25.
■ 수 정 일: 2023. 09. 12.
■ 게재확정일: 2023. 09. 20.

1. 서론

건강권은 인간의 존엄한 삶에 있어 필수적으로 보장받아야 할 기본권이며, 비단 신체적 안녕뿐 아니라 정신적, 사회적 안녕을 지킬 권리를 포함한다. “장애인은 최적의 건강관리와 보호를 받을 권리를 가진다.” 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」(이하 장애인건강권법) 제2조 제1항은 이와 같이 장애인의 건강권에 대한 기본이념을 밝히고 있다. 장애인건강권법에 따라 시·군·구 보건소의 지역사회중심재활(Community Based Rehabilitation, 이하 CBR) 사업 등 장애인 건강보건관리 전달 체계가 강화되었음에도 불구하고, 장애인의 건강권은 이들의 존엄한 삶이 유지될 수 있도록 충분히 보장되고 있는가? 장애인의 건강한 환경, 의료보장 및 보건의료서비스 이용에 대한 취약함은 우리 사회 곳곳에서 드러나고 있으며, 장애인건강권법의 제정에도 불구하고 이들의 건강권은 여전히 위협받고 있다(김수진, 2021). 그리고 그중에서도 노화와 장애라는 이중위험을 경험하며 더욱 소외되고 배제되는 고령장애인의 건강권은 보다 적극적인 의지를 가지고 살펴 보아야 한다. 우리 사회는 빠른 고령화 속도와 함께 노화로 인한 장애(disability with aging) 및 장애의 고령화(aging with disability)가 동시에 증가하며, 해마다 고령장애인의 비율이 늘어나고 있음에도 불구하고 이들의 특성을 반영한 정책과 제도에 대한 논의는 쉽게 수면 위로 올라오지 못하고 있다. 수적으로 다수가 되고 있을지라도 노화와 장애라는 어려움의 교차성에서 오는 취약성은 이들의 목소리를 쉽게 정책적 후순위로 밀어내곤 한다. 대표적으로 고령장애인을 위한 활동지원서비스에 대한 문제는 지속적으로 제기되고 있음에도 불구하고, 여전히 지자체 차원의 자발적인 노력에 기댈 뿐 국가가 보호해야 한다는 장애인건강권법의 취지가 무색할 정도로 적극적인 개선의 움직임이 부족한 상황이다.

이와 같이 고령장애인은 노화에 따라 사회적 욕구가 증가하는 반면, 오히려 서비스 이용에는 어려움을 겪는 서비스의 역할을 경험하는 경우가 많아 노년기 일상의 어려움이 크며 비장애노인에 비하여 생활만족도 또한 낮은 것으로 나타나고 있다(노승현 외, 2022; 박용순, 2016; 송진영, 2017). 고령장애인의 생활만족도에 있어 건강 문제 및 건강권의 욕구는 주요 영향요인으로(서원선, 이수용, 2017), 장애인, 노인 등 건강 결과의 손상이 생기기 쉬운 집단의 경우에는 잘못된 건강 지식을 가지고 있거나 병·의원에서의 설명을 충분히 이해하

지 못하는 경우들로 인해 스스로 건강관리를 포기함으로써 일상생활 및 삶에 치명적인 저하를 초래하는 경우가 많기 때문이다(최은희, 2021). 즉, 건강권의 불충분한 보장은 노화와 장애라는 이중위험을 동시에 경험하는 고령장애인의 생활만족도 저하로 직결될 수 있으며, 더 나아가 궁극적으로는 고령장애인의 사회적 관계 축소나 신체 및 정신건강 문제로 귀결될 수 있음을 의미한다. 고령장애인의 건강하고 안정적인 지역사회 거주 환경을 구축해나가고 있는 현 상황에서 우리 사회가 이들의 건강권 문제를 보다 깊이 있게 고민해야 할 이유이기도 하다.

건강권은 국제규약, 헌법과 법률 등에서 생존권적 기본권으로 매우 중요하게 규정되고 있는데, 이를 구체적으로 살펴보면 크게 세 가지 영역으로 나누어 볼 수 있다. 건강할 권리(right to be healthy), 보건의료에 대한 권리(right to health care) 및 보건의료 체계 내에서의 권리(right in health care)이다(문창진, 1997). 건강권을 구성하는 첫 번째 영역인 건강할 권리는 가장 광범위한 건강권으로 건강한 상태를 추구하는 물리적, 사회적 및 문화적 환경을 포괄하며, 보건정책뿐 아니라 사회정책의 역할이 함께 요구되는 영역이다(신영진, 2011). 그리고 두 번째 영역인 보건의료에 대한 권리는 객관적인 접근권 및 실질적인 접근권으로 나누어져, 물리적인 접근성뿐 아니라 경제적인 접근성을 위한 촘촘한 의료보장의 안전망 구축이 요구되는 영역이며, 세 번째 영역인 보건의료 체계 내에서의 권리는 의료기관으로부터 의료서비스를 평등하게 누리며, 환자가 이해하고 이용할 수 있는 수준의 보건의료서비스를 받을 권리를 의미한다(문창진, 2021). 이와 같은 건강권의 세 가지 영역은 장애인에게도 다르지 않지만, 이들의 특성을 반영하여 김성희 외(2017)는 장애인의 건강권을 건강할 권리, 건강 관련 서비스의 권리 및 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리 등 3개의 영역으로 제시하였다. 본 연구는 이에 기반하여 현시점 고령장애인의 건강권이 어떻게 보장되고 있는지 확인하고자 한다. 기존 연구들에서 주로 다루어진 건강 관련 서비스 접근성이나 편이성 등을 중심으로 한 건강권 개념을 넘어, 건강권의 실체적 및 절차적 권리를 포괄적으로 고려한 보장 유형을 살펴봄으로써 고령장애인의 건강권 보장 실태를 기반으로 논의와 접근이 필요한 지점을 도출하는 것을 목적으로 한다.

따라서 본 연구에서는 건강권이라는 복합적인 차원의 문제를 포괄적으로 다루는 데 적합한 잠재계층분석(Latent Class

Analysis, 이하 LCA)을 활용하여, 건강권 세부 영역 내 다양한 건강권 지표들을 고려하였다. 그리고 변수 중심의 인과관계 파악이 아닌(Blackman et al., 2006), 관찰된 응답 패턴을 기반으로 공통 속성을 공유하는 고령장애인 그룹을 식별하고 건강권 보장의 유형화를 진행하고자 한다(Denson & Ing, 2014). 도출된 건강권 보장의 유형에 따라 차이를 확인하고, 생활만족도에 대한 영향을 검증함으로써 현시점 고령장애인의 건강권 보장 실태를 파악하는 동시에 실효성 있는 개입점 모색에 초점을 두었으며, 이를 통하여 고령장애인의 건강권 증진 및 생활만족도 향상을 위해 우리 사회가 해야 하는 역할을 재조명하고 의료복지 정책 및 제도 개선 방안을 논의하고자 한다.

II. 선행연구

1. 고령장애인의 건강권

1946년 세계보건기구(WHO) 헌장 제1조에 따르면 건강은 단지 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 온전히 안녕한 상태이다. 그리고 건강권은 인간이 누려야 하는 기본권 중 하나로 양호한 건강 상태를 보호하고 증진하기 위해 국가로부터 의료를 제공받을 권리 및 건강할 수 있는 조건에 대한 권리를 포괄한다(임종한 외, 2014). 건강권에 대한 대표적인 해석 중 하나는 145개국에 비준한 경제·사회·문화적 권리에 관한 국제규약(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 이하 ICESCR) 제12조이다. 이에 따르면 건강권은 주거, 차별금지, 평등, 정보 접근 등을 포함하여 기타 인권의 실현에 좌우될 수 있으므로, 기본적인 건강 결정 요소들까지 확대하여 포괄하는 권리임을 명시하고 있다(신영전, 2011). 이전까지의 국제사회에서 건강권에 대한 선언이 방향성이나 이념을 제시하는 데 그쳤다면, ICESCR 제12조는 사회권으로서 개별 국가가 건강권 실현을 위하여 해야 할 적극적 조치를 구체적으로 제시했다는 점에서 큰 의의가 있다(김성희 외, 2017). 그리고 이와 같은 적극적 개념의 건강권을 분류해보면 크게 실제적 권리와 절차적 권리로 나누어 볼 수 있으며, 실제적 권리에는 건강할 권리, 그리고 절차적 권리에는 보건의료에 대한 권리 및 보건의료 체계 내에서의 권리가 포함된다(문창진, 1997).

건강권은 점차 인권중심적 접근을 통해 기본권으로서의 중요성에 대한 인식 증진 및 활발한 논의가 이루어져 왔으나, 일반인구집단에 비하여 건강취약집단인 장애인의 특성을 고려한 장애인 건강권에 대한 논의는 상대적으로 소홀해왔다(신유리 외, 2017; Hilberink, van der Slot & Klem, 2017). 그리고 2006년 제61차 UN총회에서는 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)이 채택되어, 장애인의 건강권에 대한 조항을 포함하였다. 협약 제25조에 따르면 장애인의 건강권은 장애를 이유로 차별받지 않고 최고 수준의 건강을 향유할 권리가 있으며, 당사국들은 이를 위하여 적극적인 조치를 이행해야 함을 명시하고 있다. 우리나라 또한 장애인권리협약을 비준하였으나, 적극적 개념의 장애인 건강권에 대한 논의 및 제도적 시스템 도입은 활발히 이루어지지 못했다. 주로 소득 보장 및 사회서비스의 이용, 교육 제공 등에 집중하여 장애인복지 정책이 수립 및 시행되었고, 장애인의 예방적 건강관리나 재활, 사회복귀와 관련된 문제들 또한 중요한 논의임에도 불구하고 정책적인 우선 과제에서는 밀려나 있었다. 장애인정책종합계획 및 국민건강증진종합계획 등 장애인을 위한 정책들에서 건강 형평성에 대한 논의가 이루어지고는 있었으나, 장애인의 건강권 문제를 본격적으로 다루기에는 한계가 있었으며 건강권을 보장할 수 있도록 규정한 법률 또한 부재한 상황이었다(임종한, 2017). 2014년 국가인권위원회에서 실시한 장애인 건강권 증진 방안에 대한 연구에 따르면 장애인은 비장애인보다 건강 상태뿐 아니라 건강관리를 위한 의료접근성이 낮았고, 경제적 이유만큼 의료기관의 편의시설 부족이나 장애 특성을 고려한 진료 및 이해 등도 낮은 접근성의 원인으로 나타났다(임종한 외, 2014; 홍혜수 외, 2020). 지속적으로 제기된 장애인 건강권 문제는 법 제정에 대한 필요성으로 이어져 본격적으로 논의되기 시작하였고, 2015년 드디어 장애인건강권법이 제정되었다. 그리고 2017년 12월부터 시행된 장애인건강권법은 장애인의 건강권을 여러 제반 여건의 조성을 통해 최선의 건강 상태를 유지할 권리로 명시하였으며, 이에 따라 장애인과 비장애인 간에 건강 수준 격차가 발생하지 않도록 장애인 대상 보건의료접근성을 향상하는 한편, 이들을 위한 건강검진, 주기별 질환 관리 및 건강증진 사업 등 각종 활동 및 서비스의 적극적인 지원을 규정하고 있다(보건복지부 국립재활원, 2020). 장애인의 실질적인 건강권을 보장하기 위하여 김성희 외(2017)는 장애인 건강권의 구성 요소를 ICESCR 제12조 및 문창진(1997)이 제시한

일반적인 건강권 구성을 기반으로 세 개의 영역 및 정의에 대응시켜 나누었고, 관련 정책 지표들을 <표 1>과 같이 구체적으로 제시하였다.

일반적인 건강권이 건강할 권리, 보건의료에 대한 권리 및 보건의료 체계 내에서의 권리로 구성되는 것과 마찬가지로 장애인의 건강권 또한 이를 기반으로 건강할 권리, 건강 관련 서비스에의 권리 및 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리로 구성된다. 우선 건강할 권리는 일반적인 건강권 내의 건강할 권리와 같이 모든 장애인이 신체적 및 정신적으로 건강한 상태를 유지할 수 있도록 지원하는 모든 정책을 포괄하며, 건강 관련 서비스에의 권리는 일반적인 건강권 내의 보건의료에 대한 권리에 더하여 장애에 따른 차별 없는 접근성을 강조하며 장애인이 보건의료 자원 접근 및 이에 균등하게 접근할 수 있도록 보장하는 다양한 정책을 포괄한다. 그리고 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리는 일반적인 건강권 내의 보건의료 체계 내에서의 권리에서 더 나아가 장애인이 장애로 인한 차별 없이 포괄적인 서비스 체계 내에서 자원을 차별 없이 향유할 수 있어야 한다는 점을 강조하며, 이를 위한 건강 관련 체계 및 의료서비스에 대한 정보 접근과 주체적인 의사결정 권한 등을 위한 정책을 포괄한다. 즉, 김성희 외(2017)가 제시한 장애인 건강권의 세 가지 영역은 일반적인 건강권의 세 가지

영역을 기반으로 더 나아가 장애에 따른 접근이나 자원 향유에 대한 차별, 서비스 체계 내에서의 차별 등 장애에 따른 차별을 받지 않는 것이 장애인의 건강권 보장에 있어 매우 중요함을 강조하여 구성되었음을 알 수 있다. 특히, 노화와 장애라는 이중위험의 교차점에 있는 고령장애인의 경우에는 보다 다양한 건강 관련 적극적 조치가 요구된다는 점에서 장애인건강권법이 시행된 지 약 6년여가 지난 현실점, 이들의 건강권이 장애인 건강권의 영역별로 제대로 보장되고 있는지 살펴보는 것은 매우 중요하다. 이를 위하여 장애인 건강권 영역별 정책 지표들을 활용하여 고령장애인들의 건강권 보장에 대한 인식과 실태를 확인함으로써 장애인건강권법의 취지에 따라 이들의 건강권이 충분히 보장되고 있는지, 혹시 선언적인 법에 그치고 있지는 않은지를 확인하고 이를 기반으로 건강권 증진을 위한 정책적 해결을 고민하는 것은 고령장애인 삶의 질 증진을 위한 논의의 중요한 시작점이 될 수 있다.

2. 고령장애인의 건강권과 생활만족도

고령장애인의 증가는 우리 사회의 급속한 고령화의 한 지표로, 2020년 장애인실태조사에서 장애인 중 만 65세 이상의 비율은 49.9%로 다른 연령집단에 비해 가장 많은 비율을 차

표 1. 장애인 건강권 영역 및 관련 정책 지표

ICESCR 제12조 및 문창진(1997)		김성희 외(2017)	
건강권 영역	정의	장애인 건강권	관련 정책
건강할 권리	개인이 신체적·정신적으로 건강한 상태에 있을 권리	건강할 권리	<ul style="list-style-type: none"> 장애인 차별 없이 안전한 식수와 기본적 위생의 적절한 공급 장애인 차별 없이 심각한 환경적 건강 위협으로부터의 자유 장애인 차별 없이 건강 유지를 위한 각종 활동에의 참여
보건의료에 대한 권리	보건의료 자원에 접근할 수 있는 권리와 균등하게 접근할 수 있는 권리	건강 관련 서비스에의 권리	<ul style="list-style-type: none"> 장애인 차별 없이 일상적 질병과 손상에 대한 적절한 의료 장애인 차별 없이 주요 전염병에 대한 면역 장애인 차별 없이 기본적 의약품의 제공 추가적인 장애를 최소화하고 예방하기 위한 서비스의 제공 장애인이 속한 지역사회에서의 건강서비스 제공
보건의료 체계 내에서의 권리	보건의료 전달 체계 내에서 의료 자원을 균등하게 향유할 기본적인 권리	건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리	<ul style="list-style-type: none"> 건강 관련 정책 의사결정에의 동등한 참여 보건의료 체계 내에서 서비스를 구매하는 당사자로서 자신의 건강 및 신체적 통제할 권리와 간섭으로부터 자유로울 권리 장애인 차별 없이 생명보험 제공 의료서비스의 내용과 과정에 대한 정보 접근 자유롭고 사전 고지에 근거한 동의에 기초한 동등한 질의 서비스 제공

자료: 김성희 외(2017). 장애인의 건강한 삶 정착을 위한 건강권 증진 방안 연구. 세종: 한국보건사회연구원. p.52에서 발췌 및 편집.

지하였다(김성희 외, 2020). 고령장애인의 수는 갈수록 증가할 것으로 예측되는 상황에서 이들의 생활만족도는 장애와 노화라는 이중위험을 경험하며 비장애노인에 비하여 현저히 낮은 것으로 나타나 삶의 질 저하에 대한 문제가 심각함을 알 수 있다(박용순, 2016; 송진영, 2017). 고령장애인의 경우 최근 1년 동안 자살 생각을 해 본 적이 있는 비율이 12.6%로, 이는 전국 인구 중 4.7%가 자살 생각을 해본 적이 있다는 조사 결과 대비(호승희 외, 2020) 매우 높은 것으로 나타났다. 이와 같은 주관적 삶의 질의 저하는 고령장애인의 낮은 생활만족도를 통해 확인할 수 있으며, 이는 당사자 개인에게도, 그리고 우리 사회 전반에도 심각한 문제로써 사회적 대책 마련이 시급하다.

그러나 고령장애인의 경우, 본인이 가진 장애의 정도가 생활만족도 등 주관적 삶의 질에 미치는 영향은 크지 않았으며(김은주, 2012; Puvill et al., 2016), 이보다는 건강증진 및 유지를 위한 지원과 장애로 인한 기능 저하 및 조기노화(premature aging), 이차적 장애(secondary disability) 발생을 예방하기 위한 적절한 보건의료서비스 등이 중요한 영향을 미치는 것으로 보고되었다(노승현, 김정석, 신유리, 2017; Li et al., 2021). 또한 보건의료 지원 및 서비스의 접근성뿐 아니라 고령장애인에 대한 이해와 당사자 욕구를 반영한 서비스 등 건강 관련 서비스 체계 내에서의 보장은 고령장애인의 전반적인 생활에 있어 유의한 영향요인으로 나타났다(Hilberink, van der Slot & Klem, 2017). WHO(2023)는 장애인의 건강 관련 서비스 체계 내에서 접근하기 어려운 의료 시설 및 장비 등 의료기관의 물리적 장벽으로 인한 어려움과 장애인의 욕구를 충족하기에 부족한 보건 인력의 지식 및 기술 등이 이들의 일상생활 어려움을 가중시킨다고 설명하였다. 이와 더불어 편리한 주거환경이나 재난으로부터의 안전, 차별 경험 등 건강할 권리의 보장 또한 고령장애인의 주관적 삶의 질에 중요한 영향요인으로 나타났다(정덕진, 2014; Henning-Smith, 2017). 특히 노년기에 접어든 고령장애인은 전 생애주기에 걸쳐 누적되어 온 자원이나 생애 경험 등의 차이가 극대화되므로(한상윤, 남석인, 2021), 이와 같은 환경 및 사회구조적 어려움이 다른 연령집단의 장애인보다 더 클 수 있음을 고려할 필요가 있다.

앞서 살펴본 바와 같이 고령장애인의 생활만족도에 있어 실제적 및 절차적 권리로서 적극적 개념의 건강권 보장은 매우 중요하며, 더 나아가 건강권의 충분한 보장이 이루어져야

만 장애의 장기적인 관리, 재활 및 지속 가능한 사회참여 등이 가능하다. 본 연구에서는 고령장애인의 생활만족도와 밀접한 연관성을 가지는 건강권의 보장 유형을 도출하고, 유형별로 생활만족도에 미치는 영향을 검증함으로써 고령장애인의 생활만족도 제고를 통한 삶의 질 증진 방안을 모색하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 자료 및 연구 대상

본 연구는 고령장애인의 건강권 영역별 지표를 유형화하고, 유형에 따라 생활만족도에 미치는 영향을 확인하고자 하였다. 이를 위하여 보건복지부와 한국보건사회연구원의 2020년 장애인실태조사(National Survey of People with Disabilities) 자료를 활용하였다. 장애인실태조사는 장애인의 생활실태 및 복지서비스 이용 등을 전국 장애인에 대한 심층면접조사를 통해 조사함으로써, 국가의 장단기 장애인복지정책 수립 및 추진을 위한 기초 자료이다. 장애인의 일반적 특성부터 장애 특성, 보건 및 건강 특성, 복지서비스 이용 실태 및 욕구 등에 관한 사항들을 조사한 만큼 고령장애인의 건강권 관련 지표들을 확인하기에 적합하다. 2020년 장애인실태조사의 목표 모집단은 등록장애인 2,623,201명(2020년 5월 말 기준)으로, 등록장애인 DB를 이용하여 표본추출한 250개 읍면동의 등록 장애인 중 약 7,000명에 대해 조사가 실시되었다(김성희 외, 2020). 본 연구의 분석에는 만 65세 이상 고령장애인 총 3,375명의 자료가 활용되었다.

2. 측정도구

가. 건강권 영역별 지표

본 연구는 앞서 제시된 <표 1>과 같이 문헌고찰에 기반하여 장애인 건강권의 세 가지 영역별로 각 권리가 의미하는 바 및 해당하는 정책 지표를 통해 장애인의 건강권을 유형화하여 살펴보고자 하였다. 먼저 건강할 권리 영역은 모든 장애인이 신체적 및 정신적으로 건강한 상태를 유지할 수 있도록 지원하는 모든 정책을 포괄하며, 관련 정책 지표로는 안전, 위생, 환경 및 차별 등이 포함된다. 이에 본 연구에서는 건강할 권리

를 측정하기 위한 지표로 주거 구조, 안전, 개인적 및 사회적 차별을 활용하였다. 주거 구조는 현재 거주하고 있는 집 구조의 생활 편리성에 대한 문항이며, 안전의 경우 각종 재난 및 사고로부터의 안전성에 대한 문항이다. 차별은 크게 개인적 수준과 사회적 수준으로 나누어 볼 수 있는데, 개인적 수준의 차별이 개인 수준에서의 차별 행위라면 사회적 수준의 차별은 일종의 제도화된 차별로 볼 수 있다(차종천, 2004). 이와 같은 구분에 따라 본인의 장애로 인해 본인이 차별을 받고 있다고 느끼는지에 대한 문항은 개인적 차별로, 우리나라에서 장애인에 대한 차별이 있는지 인식하는지에 대한 문항은 사회적 차별로 구성되었다. 다음으로 건강 관련 서비스에서의 권리 영역은 장애에 따른 차별 없이 건강 관련 서비스에 균등하게 접근할 수 있는 권리를 의미하며, 관련 정책 지표로는 적절한 의료, 예방서비스의 제공 및 지역사회에서의 건강서비스 제공 등이 있다. 이에 본 연구에서는 건강 관련 서비스에서의 권리를 측정하기 위한 지표로 건강검진, 지속적 진료 및 서비스 이용 지표를 활용하였다. 건강검진은 최근 2년간 건강검진 수검 여

부를 묻는 문항을 활용하였고, 지속적 진료는 현재 치료, 재활, 건강관리 등을 목적으로 1년에 1회 이상 정기적이고 지속적인 진료를 받고 있는지 여부를 확인하였다. 서비스 이용의 경우, 최근 1년간 만성질환 관리서비스, 정신건강 서비스, 예방접종 및 구강보건 서비스 등 보건의료 및 건강 관련 서비스의 이용 여부를 묻는 문항을 활용하였다.

마지막으로 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리 영역은 포괄적인 건강 관련 서비스 체계 내에서 장애인이 자원을 차별 없이 향유할 수 있도록 동등한 참여 및 주체적인 의사결정을 할 권리를 의미하며, 관련 정책 지표로는 의사결정에의 참여, 자신의 건강 및 신체에 대한 주체적 권리, 의료서비스에 대한 정보 접근성 향상 및 동등한 서비스 제공 등이 있다. 이에 본 연구에서는 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리를 측정하기 위한 지표로 의료진의 이해, 의사소통, 의료시설 및 장비, 편의시설 등의 지표를 활용하였다. 먼저 의료진의 이해는 최근 이용한 의료기관의 의료진이 본인의 장애에 대해 잘 이해하고 있는지 묻는 문항을 활용하였고, 의사소통은 의료기관

표 2. 장애인 건강권 지표 구성

영역	지표	내용	기준	
건강할 권리	주거 구조	현재 거주하고 있는 집 구조의 생활 편리성	1	편리함
			0	불편함
	안전	각종 재난 및 사고로부터의 안전성	1	안전함
			0	위험함
건강 관련 서비스에서의 권리	차별(개인적)	본인 장애로 인한 차별에 대한 인식	1	없음
			0	있음
	차별(사회적)	우리나라의 장애인에 대한 차별 인식	1	없음
			0	있음
건강 관련 서비스에서의 권리	건강검진	건강검진 수검 여부(최근 2년간)	1	수검
			0	미수검
	지속적 진료	치료, 재활, 건강관리 등을 목적으로 하는 정기적이고 지속적으로 받는 진료 여부(1년에 1회 이상)	1	받음
		0	안 받음	
	서비스 이용	보건의료 및 건강 관련 서비스 이용 여부(최근 1년간)	1	이용
			0	미이용
건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리	의료진의 이해	의료기관의 의료진(의사, 간호사)이 본인의 장애에 대한 이해 정도	1	충분함
			0	부족함
	의사소통	의료기관에서 서비스를 이용하는 과정에서 원활한 의사소통 정도	1	원활함
			0	어려움
	의료시설 및 장비	주로 가는 의료기관의 장애인을 위한 의료시설 및 장비에 대한 만족도	1	만족
			0	불만족
	편의시설	주로 가는 의료기관의 편의시설에 대한 만족도	1	만족
			0	불만족

에서 서비스를 이용하는 과정 중 의사소통의 원활함에 대한 문항이다. 의료시설 및 장비는 주로 가는 의료기관의 장애인 위한 의료시설 및 장비, 예를 들어 장애인 진료 장비나 검사 장비, 혹은 의료기관 내 이동 보조 장비 등에 대한 만족을 묻는 문항이며, 편의시설은 주로 가는 의료기관의 주 출입구 접근로, 장애인전용 주차구역 및 점자블럭 등 장애인 편의시설에 대한 만족을 묻는 문항이다. 각 영역별로 해당 지표가 보장되는 경우는 (1), 보장되지 않는 경우는 (0)을 기준으로 하였고, 구체적인 내용은 <표 2>와 같다.

나. 생활만족도

본 연구에서 고령장애인의 생활만족도는 현재 삶 및 생활에 대한 전반적인 만족도로 정의하였다. 장애인실태조사에서 본인이 현재의 삶에 만족하는지를 묻는 단일문항을 사용하고 있으며, 해당 문항은 Likert 4점 척도로 측정되었다. 역문항 처리하여 매우 불만족 (1)부터 매우 만족 (4)로 구성하였으며, 점수가 높을수록 현재의 생활 및 삶에 대한 전반적인 만족도가 높음을 의미한다.

다. 통제변수

선행연구를 기반으로 고령장애인의 생활만족도에 유의한 영향을 미칠 수 있는 요인을 통제변수로 선정하여 모형에 포함하였다. 첫째, 성별은 여성 (0), 남성 (1)로 코딩하였다. 둘째, 연령은 전기노인(만 65세 이상 만 75세 미만) (0), 후기노인(만 75세 이상) (1)로 코딩하였다. 셋째, 교육 수준은 무학 (0), 초등학교 졸업 (1) 및 중학교 졸업 이상 (2)로 구분하였다. 넷째, 가구 형태는 독거가구 (0), 동거가구 (1)로 코딩하였다. 다섯째, 도시 규모는 대도시 (0), 중소도시 (1), 읍면 (2)로 구분하였다. 여섯째, 의료급여 수급 여부는 수급 (0), 비수급 (1)로 코딩하였다. 일곱째, 장애 유형(주 장애)은 지체장애 (1), 뇌병변장애 (2), 시각장애 (3), 청각장애 (4) 및 기타 장애 (5)로 범주화하여 사용하였다. 마지막으로 장애 정도는 심한 장애 (0), 심하지 않은 장애 (1)로 코딩하였다.

3. 자료 분석 방법

본 연구는 고령장애인의 건강권 보장 유형을 도출하고, 유

형별로 생활만족도에 미치는 영향을 검증하기 위하여 SPSS 27.0과 Mplus 7.4 프로그램을 활용한 잠재계층분석(LCA) 및 위계적 회귀분석을 실시하였다.

우선 잠재계층분석은 변인 간의 관계보다 사람 중심의 접근을 통해 대상의 특성에 주목하는 분석 방법으로, 고령장애인의 다차원적인 건강권 영역별 지표를 유형화하는 데 있어 적합한 방법이다. 즉, 관찰된 응답 패턴을 기반으로 유사한 속성을 공유하는 응답자 그룹을 식별함으로써 대상 중심의 접근을 하기에 유용하다(Denson & Ing, 2014). 잠재계층분석 시에는 가장 적절한 유형의 수를 결정하기 위해서 다양한 정보부합도 지수, 통계적 모형 비교 검증 및 분류의 질을 활용하여야 한다. 본 연구에서는 정보부합도 지수로 AIC(Akaike Information Criterion), BIC(Bayesian Information Criterion) 및 SSABIC(Sample Size Adjusted Bayesian Information Criterion)를 활용하였으며, 세 지수는 모형의 적합도 및 간명성을 모두 고려하므로 값이 낮을수록 해당 자료에 적합한 모형을 의미한다(Rosellini et al., 2014). 다음으로 통계적 모형 비교 검증을 위하여 LMR(Lo-Mendell-Rubin adjusted likelihood ratio test) 및 BLRT(Bootstrapped Likelihood Ratio Test)의 유의성을 .05 수준에서 검정하였다. 그리고 분류의 질을 확인하기 위해서 Entropy 지수를 활용하였다. Entropy 지수는 0부터 1의 범위를 가지고 있으며, 값이 1에 가까울수록 전체 표본에서 잠재계층 유형의 분류 정확도가 좋은 것으로 해석할 수 있다(Clark, 2010). 그리고 유형이 도출된 이후에는 위계적 회귀분석을 실시하였고, 1단계(모형1)에서 생활만족도에 영향을 미칠 수 있는 다수의 통제변수를 투입하고, 2단계(모형2)에서 본 연구가 보고자 하는 독립변수인 고령장애인의 건강권 유형을 투입하였다.

본 연구의 구체적인 분석과정은 다음의 순서로 진행하였는데, 먼저 연구 대상자의 일반적 특성을 파악하고, 수집된 자료의 정상성을 확인하기 위하여 기술 분석 및 빈도 분석을 실시하였다. 다음으로 잠재계층분석을 실시하여 고령장애인의 건강권 영역별 지표들을 기반으로 가장 적절한 수의 건강권 유형을 도출하였다. 건강권 유형의 수가 확정된 이후에는, 분류된 유형별로 F 검증 등 집단 간의 차이를 살펴보았다. 마지막으로 도출된 건강권 유형별로 위계적 회귀분석을 실시함으로써, 유형별 생활만족도에 미치는 영향을 검증하였다. 모든 분석과정에서 통계적 유의성은 .05를 기준으로 하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구 대상자의 인구사회학적 특성

연구 대상자의 인구사회학적 특성은 <표 3>과 같다. 성별은 여성이 46.6%, 남성이 53.4%로 남성의 비율이 다소 높았다. 연령은 전기노인(만 65세 이상 만 75세 미만)이 47.2%, 후기노인(만 75세 이상)이 52.8%로 후기노인 응답자가 조금 더 많은 비율을 차지하고 있었다. 교육 수준은 정규교육을 받지 못한 무학인 경우가 22.0%, 초등학교 졸업이 35.6%, 중학교 졸업 이상이 42.5%로 약 절반 이상의 연구 대상자가 초등학교 졸업 이하의 학력인 것으로 나타났다. 가구 형태는 독거가구가 30.9%. 동거가구가 69.1%였으며, 거주하는 도시규모는 대도시 45.8%, 읍면 30.8%, 중소도시 23.4% 순이었다. 의료급여 수급 여부는 비수급 78.7%로 수급 21.3%에 비해 많았으며, 장애 유형은 지체장애 28.2%, 청각장애 22.5%, 기타 장애 22.3%, 시각장애 13.7%, 뇌병변장애 13.3% 순으로 나타났다. 마지막으로 장애 정도는 심하지 않은 장애가

58.2%로, 심한 장애 41.8%에 비해 다소 많은 비율을 차지하는 것으로 확인됐다.

2. 건강권 영역별 지표의 현황

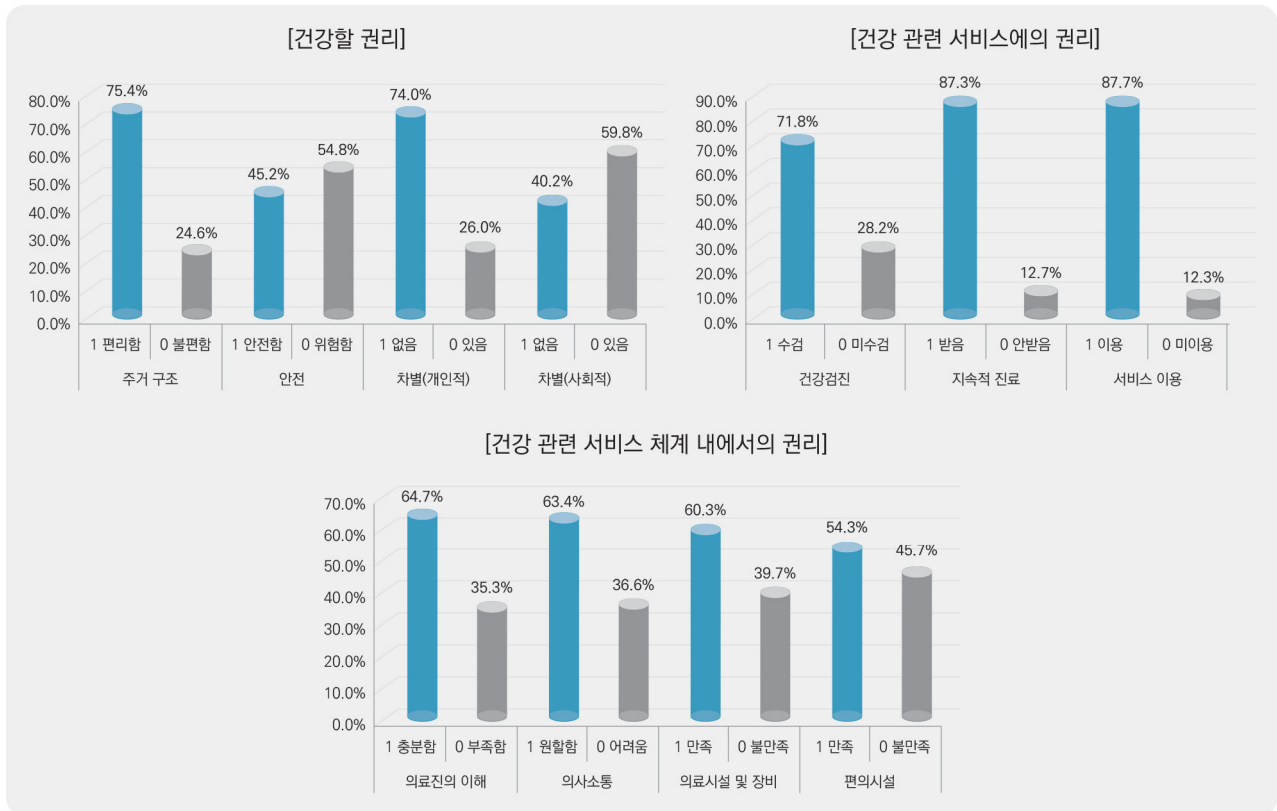
고령장애인의 건강할 권리, 건강 관련 서비스에의 권리 및 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리 등 건강권 영역별 지표의 현황을 살펴본 결과는 [그림 1]과 같다.

먼저 건강할 권리 영역의 지표 중 안전의 경우 '위험함'이 54.8%, 차별(사회적)의 경우 '있음'이 59.8%로 매우 취약한 것으로 나타났으며, 주거 구조의 경우 '불편함' 24.6%, 차별(개인적)의 경우 '있음'이 26.0%로 권리 보장이 충분치 않음을 보여주고 있다. 건강 관련 서비스에의 권리 영역은 건강검진 지표의 '미수감'이 28.2%로 다소 높았으나, 지속적 진료 및 서비스 이용의 경우 '안 받음' 혹은 '미이용'이 각각 12.7%, 12.3%로 나타났다. 그리고 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리 영역은 편의시설의 경우 '불만족'이 45.7%로 매우 취약한 것으로 나타났으며, 의료시설 및 장비 '불만족' 39.7%, 의

표 3. 연구 대상자의 인구사회학적 특성(n=3,375)

구분	빈도	%	
성별	여성	1,573	46.6
	남성	1,802	53.4
연령	전기노인(만 65세 이상)	1,592	47.2
	후기노인(만 75세 이상)	1,783	52.8
교육 수준	무학	742	22.0
	초등학교 졸업	1,200	35.6
	중학교 졸업 이상	1,433	42.5
가구 형태	독거가구	1,043	30.9
	동거가구	2,332	69.1
도시 규모	대도시	1,546	45.8
	중소도시	791	23.4
	읍면	1,038	30.8
의료급여 수급 여부	수급	718	21.3
	비수급	2,657	78.7
장애 유형 (주 장애)	지체장애	951	28.2
	뇌병변장애	449	13.3
	시각장애	461	13.7
	청각장애	761	22.5
	기타 장애	753	22.3
장애 정도	심한 장애	1,411	41.8
	심하지 않은 장애	1,964	58.2

그림 1. 건강권 영역별 지표의 현황(n=3,375)



사소통 ‘어려움’ 36.6% 및 의료진의 이해 ‘부족함’이 35.3%로 영역 전반에 걸쳐 권리 보장이 충분히 이루어지지 않고 있음을 확인할 수 있다. 각 영역을 비교해보면 고령장애인의 건강할 권리 및 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리는 건강 관련 서비스에의 권리에 비하여 권리 보장이 매우 취약한 것으로 나타났다.

3. 고령장애인의 건강권 유형 분석

가. 건강권 유형 수 결정

고령장애인의 건강권 유형을 가장 적합한 수로 분류하기 위하여 잠재계층 유형의 수를 1개씩 늘려가며 잠재계층분석(LCA)을 실시하였다. 계층의 수를 결정하는데 기준이 되는 다양한 정보부합도지수, 통계적 모형 비교 검증 및 Entropy의 변화를 검토한 구체적인 결과는 <표 4>에 제시하였다. 먼저 정보부합도지수인 AIC, BIC 및 SSABIC 값은 3-계층까지 유형의 수가 늘어날수록 수치가 급격하게 감소하였고, 통계적 모형 비교 검증을 위한 LMR 및 BLRT의 *p*값은 4-계층에서

다소 상승하는 것으로 나타났다. 그리고 유형 분류의 질을 의미하는 Entropy 지수를 검토한 결과, 3-계층까지 높아지다가 4-계층에서 수치가 감소하는 것으로 나타났으며, 3-계층에서 .9 이상의 가장 높은 수치를 보였다. 이는 3-계층의 분류가 상대적으로 정확함을 의미한다.

각 기준을 종합하여 전반적인 적합도를 고려해볼 때, 3-계층의 유형 분류가 고령장애인의 건강권 유형을 가장 적합하게 보여주는 것으로 판단 가능하므로 최적모형으로 선정하였다. 그리고 각 유형별 분류율을 확인한 결과, 유형 1에 56.8%, 유형 2에 35.4% 및 유형 3에 7.8%가 속하는 것으로 나타났으며, 도출된 잠재계층 중 1% 미만의 분류율을 가진 유형은 없으므로 적절한 분류율을 가지는 것으로 판단할 수 있다 (Nooner et al., 2010).

나. 유형별 조건부 응답 확률 결과

고령장애인의 건강권 유형별로 어떠한 특성을 가지고 있는지 확인할 수 있는 조건부 응답 확률을 확인한 결과는 <표 5>와 같다. 도출된 3개의 유형은 각 유형이 가지고 있는 조건

표 4. 잠재계층모형 적합도 검증

구분	1-계층	2-계층	3-계층	4-계층
AIC	43964.621	39262.762	38732.474	38404.573
BIC	44031.986	39403.617	38946.820	38692.409
SSABIC	43997.034	39330.535	38835.608	38543.068
LMR(ρ)	-	<.001***	<.001***	.003**
BLRT(ρ)	-	<.001***	<.001***	.003**
Entropy	-	.852	.903	.860
잠재계층 분류율(%)	1	100.0	59.0	7.5
	2	-	41.0	35.4
	3	-	-	7.8
	4	-	-	-

주: ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

부 응답 확률의 특성에 기반하여 ‘포괄적 건강권’, ‘서비스 중심 건강권’ 및 ‘제한적 건강권’으로 명명하였다.

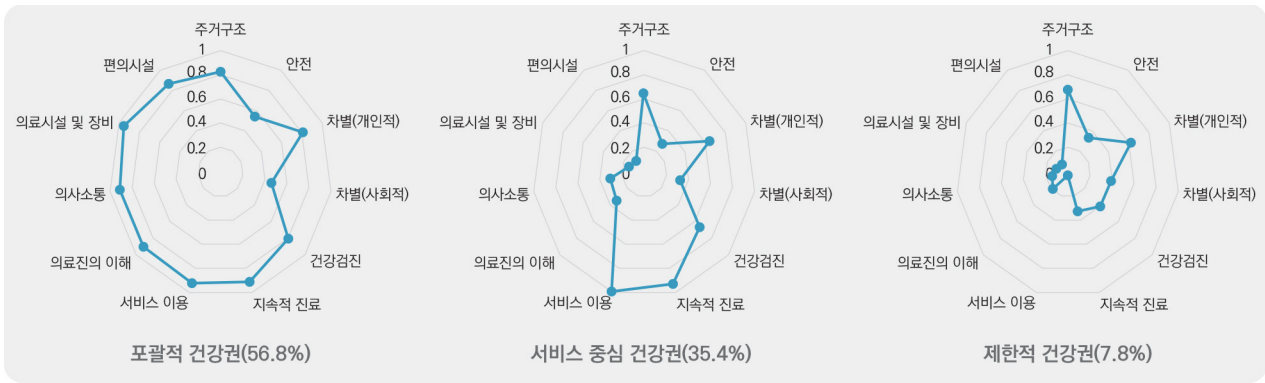
‘포괄적 건강권’으로 명명된 유형 1(전체 표본의 56.8%)의 경우, 타 유형에 비하여 건강할 권리 영역의 안전 및 차별(사회적) 지표를 제외하고는 세 가지 영역에서 비교적 고르게 긍정

적인 응답이 높게 나타났다. 이는 건강권 영역의 전반적인 권리가 비교적 높은 수준으로 보장되고 있음을 의미한다. 다음으로 ‘서비스 중심 건강권’으로 명명한 유형 2(전체 표본의 35.4%)의 경우, 건강 관련 서비스에의 권리 영역 내 지표들은 유형 1과 유사하게 긍정적인 응답이 높은 반면, 건강할 권리

표 5. 유형별 조건부 응답 확률(n=3,375)

영역	지표	유형 1 (포괄적 건강권)			유형 2 (서비스 중심 건강권)			유형 3 (제한적 건강권)		
		56.8%			35.4%			7.8%		
건강할 권리	주거 구조	편리함	.832	.646	.679					
		불편함	.168	.354	.321					
	안전	안전함	.563	.295	.357					
		위험함	.437	.705	.643					
	차별(개인적)	없음	.810	.652	.629					
		있음	.190	.348	.371					
	차별(사회적)	없음	.450	.328	.388					
		있음	.550	.672	.612					
건강 관련 서비스에의 권리	건강검진	수검	.792	.668	.404					
		미수검	.208	.332	.596					
	지속적 진료	받음	.913	.932	.306					
		안 받음	.087	.068	.694					
	서비스 이용	이용	.920	1.000	.003					
		미이용	.080	.000	.997					
	의료진의 이해	충분함	.913	.325	.175					
		부족함	.087	.675	.825					
의사소통 체계 내에서의 권리	원활함	.911	.298	.145						
	어려움	.089	.702	.855						
의료시설 및 장비	만족	.954	.150	.103						
	불만족	.046	.850	.897						
편의시설	만족	.868	.116	.101						
	불만족	.132	.884	.899						

그림 2. 잠재계층 유형별 응답 패턴



및 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리 영역 내 지표들은 전반적으로 부정적인 응답이 높게 나타나 서비스 이용, 지속적 진료 등의 건강 관련 서비스에의 권리만이 보장되고 있다는 특징을 가지고 있다. 마지막으로 '제한적 건강권'으로 명명

한 유형 3(전체 표본의 7.8%)의 경우, 건강권의 전 영역에 걸쳐 전반적으로 부정적인 응답이 높았고, 특히 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리 영역 지표들은 부정적인 응답이 매우 높은 것으로 나타났다. 이는 건강권의 전반적인 영역에 걸쳐

표 6. 건강권 유형별 차이 분석(n=3,375)

구분		포괄적 건강권(a)	서비스 중심 건강권(b)	제한적 건강권(c)	F
		(n=1,923) 명(%)	(n=1,192) 명(%)	(n=260) 명(%)	
성별	여성	891(46.3)	572(48.0)	110(42.3)	1.450
	남성	1,032(53.7)	620(52.0)	150(57.7)	
연령	전기노인(만 65세 이상)	923(48.0)	557(46.7)	112(43.1)	1.185
	후기노인(만 75세 이상)	1,000(52.0)	635(53.3)	148(56.9)	
교육 수준	무학	383(19.9)	290(24.3)	69(26.5)	7.929*** a>b,c
	초등학교 졸업	675(35.1)	445(37.3)	80(30.8)	
	중학교 졸업 이상	865(45.0)	457(38.3)	111(42.7)	
가구 형태	독거가구	582(30.3)	377(31.6)	84(32.3)	.450
	동거가구	1,341(69.7)	815(68.4)	176(67.7)	
	대도시	918(47.7)	515(43.2)	113(43.5)	
도시 규모	중소도시	415(21.6)	310(26.0)	66(25.4)	1.209
	읍면	590(30.7)	367(30.8)	81(31.2)	
의료급여 수급 여부	수급	390(20.3)	279(23.4)	49(18.8)	2.643
	비수급	1,533(79.7)	913(76.6)	211(81.2)	
장애 유형 (주 장애)	지체장애	521(27.1)	342(28.7)	88(33.8)	7.556** a>b,c
	뇌병변장애	237(12.3)	179(15.0)	33(12.7)	
	시각장애	270(14.0)	154(12.9)	37(14.2)	
	청각장애	406(21.1)	286(24.0)	69(26.5)	
장애 정도	기타 장애	489(25.4)	231(19.4)	33(12.7)	6.490** c>a,b
	심한 장애	809(42.1)	520(43.6)	82(31.5)	
	심하지 않은 장애	1,114(57.9)	672(56.4)	178(68.5)	

주: 1) ** $p < .01$, *** $p < .001$

2) 유의미한 F값은 Scheffe 방법을 통하여 사후검증하고, 집단 간 차이를 분석함.

보장 수준이 상대적으로 낮으며, 권리 충족에 있어 제한이 있음을 의미한다. 이와 같은 유형별 응답 패턴을 도표로 제시한 결과는 [그림 2]와 같다.

4. 고령장애인의 건강권 유형별 차이 분석

고령장애인의 건강권 유형 간 차이를 분석한 결과는 <표 6>과 같다. 성별, 연령, 가구 형태, 도시 규모 및 의료급여 수급 여부는 건강권 유형 간에 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다. 반면 교육 수준의 경우, 포괄적 건강권 유형에 중학교 졸업 이상의 비율이 다른 유형에 비하여 유의하게 높은 것으로 확인되었다. 그리고 장애 유형 중 기타 장애의 비율이 포괄적 건강권 유형에 가장 높게 나타났으며, 장애 정도는 다른 유형에 비하여 제한적 건강권 유형에 심하지 않은 장애의 비율이 유의하게 높은 것으로 나타났다.

5. 고령장애인의 건강권 유형이 생활만족도에 미치는 영향 분석

고령장애인의 건강권 유형이 생활만족도에 미치는 영향을 분석하기 위하여 위계적 회귀분석을 실시한 결과는 <표 7>에 제시하였다. 고령장애인의 생활만족도에 영향을 미칠 수 있는 인구사회학적 요인 및 의료급여 수급 여부, 장애 유형 및 장애 정도 등을 통제변수로 추가하여 모형에 포함하였다. 모든 변수의 분산팽창요인(VIF)은 최소 1.132에서 최대 3.655로 모두 10 미만의 값으로 나타나, 변수 간 다중공선성의 문제가 없는 것으로 판단하였다(Hair et al., 1995).

분석 결과, 통제변수만을 투입하여 생활만족도에 미치는 영향을 살펴본 모형 1($F=24.445, p<.001$) 및 통제변수와 건강권 유형을 모두 투입하여 생활만족도에 미치는 영향을 살펴본 모형 2($F=26.392, p<.001$)는 모두 통계적으로 유의한 것으로

표 7. 고령장애인의 건강권 유형이 생활만족도에 미치는 영향 검증(n=3,375)

구분	모형 1				모형 2			
	B	S.E.	β	t	B	S.E.	β	t
(상수)	2.075	.048	-	43.545***	2.004	.062		32.195***
성별(기준: 여성)	-.002	.026	-.001	-.077	.003	.026	.002	.101
연령(기준: 전기노인)	-.075	.025	-.053	-3.010**	-.077	.025	-.054	-3.102**
교육 수준(기준: 무학)								
초졸	.058	.033	.039	1.726	.048	.033	.033	1.466
중졸 이상	.143	.036	.099	3.996***	.126	.035	.087	3.554***
가구 형태(기준: 독거가구)	.150	.028	.098	5.327***	.152	.028	.098	5.421***
도시 규모(기준: 대도시)								
중소도시	-.007	.030	-.004	-.226	.006	.030	.004	.209
읍면	.016	.028	.010	.576	.018	.028	.012	.658
의료급여 수급 여부(기준: 수급)	.220	.031	.126	7.111***	.213	.031	.122	6.951***
장애 유형(기준: 지체장애)								
뇌병변장애	-.274	.040	-.131	-6.908***	-.269	.039	-.128	-6.848***
시각장애	.027	.039	.013	.707	.021	.038	.010	.539
청각장애	.082	.034	.048	2.424*	.085	.033	.050	2.531*
기타 장애	-.088	.035	-.051	-2.498*	-.107	.035	-.062	-3.060**
장애 정도(기준: 심한 장애)	.156	.025	.108	6.139***	.153	.025	.106	6.085***
건강권 유형(기준: 제한적 건강권)								
포괄적 건강권					.172	.045	.119	3.825***
서비스 중심 건강권					-.034	.046	-.023	-.728
F			24.445***				26.392***	
R ² (adjusted R ²)			.086(.083)				.105(.101)	

주: * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

나타났다. 우선 모형 2에서 통제변수 중 연령, 교육 수준, 가구 형태, 의료급여 수급 여부, 장애 유형 및 장애 정도는 고령장애인의 생활만족도에 있어 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고 고령장애인의 건강권 유형이 생활만족도에 미치는 영향을 살펴본 결과, 기준집단인 제한적 건강권 유형에 비하여 포괄적 건강권 유형은 생활만족도에 유의한 정적 영향을 미치는 것으로 확인되었다($\beta=.119, p<.001$). 반면, 서비스 중심 건강권의 경우 제한적 건강권에 비하여 생활만족도에 미치는 영향의 차이가 없는 것으로 나타났다.

V. 결론

본 연구는 고령장애인의 건강권 증진 및 생활만족도 제고를 위한 우리 사회의 의료복지 정책 및 제도 개선 방안을 강구하고자 건강할 권리, 건강 관련 서비스에의 권리 및 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리 등 장애인 건강권을 구성하는 3개 영역별로 고령장애인의 건강권이 충분히 보장되고 있는지, 장애인건강권법 제도 본연의 취지가 실질적으로 실현되고 있는지를 살펴보았다. 이를 위해 건강권 영역별로 세부 지표를 활용하여 고령장애인 건강권 보장 유형을 도출하였고, 각 유형별로 생활만족도에 미치는 영향을 규명한 주요 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 고령장애인의 건강권 영역별 지표의 현황을 살펴본 결과, 건강 관련 서비스에의 권리에 비하여 건강할 권리 및 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리 보장이 취약한 것으로 나타났다. 건강할 권리 중에서도 특히, 안전 및 차별(사회적) 지표의 보장 수준이 낮게 나타나 각종 재난 및 사고로부터의 안전에 대한 보장 및 우리 사회에서 장애인에 대한 차별금지가 충분히 이루어지지 못하고 있는 것으로 확인되었다. 그리고 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리에서는 모든 지표가 전반적으로 보장 수준이 매우 낮게 나타나, 기존 연구들에서 고령장애인이 의료기관에서 경험하는 부족한 서비스로 인해 건강권이 충분히 실현되지 못하고 있음을 보고한 결과와 일치한다(임종한 외, 2014; 홍혜수 외, 2020; Hilberink, van der Slot & Klem, 2017). 이는 고령장애인이 건강 관련 서비스를 받는 과정에서 의료진의 장애에 대한 충분한 이해, 의사소통의 원활함, 의료기관의 장애인을 위한 의료시설 및 장비 구비, 접근로 및 주차구역, 점자블럭 등 편의시설 보장 등이 충분히

않음을 보여주는 결과이다.

둘째, 고령장애인의 건강권 유형을 도출하기 위하여 영역별 지표를 선정하여 잠재계층분석을 실시한 결과, 포괄적 건강권, 서비스 중심 건강권 및 제한적 건강권 등 3개의 잠재계층 유형이 도출되었다. 포괄적 건강권 유형은 타 유형에 비하여 건강할 권리 영역의 안전 및 차별(사회적) 지표를 제외하고는 세 가지 영역에서 비교적 고르게 긍정적인 응답이 높았으며, 서비스 중심 건강권 유형은 건강 관련 서비스에의 권리 영역을 제외하고 건강할 권리 및 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리는 취약한 것으로 확인되었다. 그리고 제한적 건강권 유형은 건강권의 전 영역에 걸쳐 전반적으로 부정적인 응답이 높았다. 각 유형별 차이를 살펴본 결과, 교육 수준, 장애 유형 및 장애 정도에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타나 기존 연구들에서 고령장애인의 교육 수준, 장애 유형 및 장애 정도에 따라 건강권 보장 정도에 차이가 있음을 보고한 결과와 맥락을 같이 한다(김성희 외, 2017; 박민정 외, 2022; 한상윤, 남석인, 2021). 구체적으로 살펴보면, 다른 두 유형과 비교하여 포괄적 건강권에 유의하게 중학교 졸업 이상의 비율이 높은 것으로 나타났으며, 제한적 건강권 유형에 심하지 않은 장애의 비율이 유의하게 높은 것으로 나타나 고령장애인의 경우 장애의 경증과 중증의 차이를 두기보다 장애의 중증화를 방지하기 위한 차원에서 보다 세심한 관심과 건강권 보장에 대한 주의가 필요함을 시사한다.

셋째, 고령장애인의 건강권 유형별 생활만족도에 미치는 영향을 검증하기 위하여 위계적 회귀분석을 실시한 결과, 통제변수 중 연령, 교육 수준, 가구 형태, 의료급여 수급 여부, 장애 유형 및 장애 정도가 유의하게 나타났다. 기존 연구 결과에서 나타난 바와 같이 전기노인인 경우, 교육 수준이 중학교 졸업 이상인 경우, 동거가구인 경우, 의료급여 수급권자가 아닌 경우, 그리고 장애 정도가 심하지 않은 경우에 고령장애인의 생활만족도는 유의하게 높았다(서원선, 이수용, 2017; Haron, Foong & Hamid, 2018). 그리고 건강권 유형별로 영향력을 검증하기 위하여 제한적 건강권을 기준 그룹으로 설정하고 통제변수와 함께 분석한 결과, 유형별로 생활만족도에 차이가 있음을 확인하였다. 포괄적 건강권은 제한적 건강권에 비하여 통계적으로 유의미하게 생활만족도가 더 높은 반면, 서비스 중심 건강권과 제한적 건강권 간에는 생활만족도에 통계적으로 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 생활만족도의 기타 영향변수를 통제했을 때, 고령장애인의 건강권

이 충분히 보장될수록 생활만족도가 높아질 수 있음을 의미하는 결과로 고령장애인의 건강권 보장과 주관적 삶의 질 간의 밀접한 관련을 보고한 기존 연구들의 결과를 뒷받침한다(노승현, 김정석, 신유리, 2017; 정덕진, 2014; Henning-Smith, 2017; Li et al., 2021).

이상의 연구 결과는 현시점 고령장애인의 건강권 보장이 충분히 이루어지고 있지 못함을 보여주는 동시에 사회구조적인 취약함을 방증한다. 특히 고령장애인의 건강권은 생활만족도로 이어진다는 점을 고려할 때, 제한적 건강권에 비하여 포괄적 건강권 유형에 속하는 고령장애인일수록 높은 생활만족도를 보인다는 결과에 주목한 정책 및 제도 마련 방안이 요구된다고 할 수 있다. 그리고 논의 과정에서 제한적 건강권에 속할 확률이 높은 고령장애인의 특성이 충분히 고려되어야 할 필요가 있다. 이와 더불어 서비스 중심 건강권 유형이 제한적 건강권 유형과 생활만족도에 있어서는 유의한 차이가 없었던 결과도 간과해서는 안 된다. 즉, 포괄적 건강권이 다른 두 유형과 달리 갖추고 있는 바에 주목한 건강권 보장 방안 마련과 함께 보건의료서비스의 물리적, 경제적 접근성뿐 아니라 정성적 측면의 접근성을 높일 수 있는 개입을 통해 실질적인 고령장애인의 생활만족도를 제고하는 것이 현시점 우리 사회의 중요한 과제이며, 이를 종합적으로 고려한 다음과 같은 정책적 및 실천적 차원의 방안 마련이 요구된다.

우선 건강할 권리 영역을 살펴보면, 서비스 중심 건강권 및 제한적 건강권 유형에 비하여 포괄적 건강권에 속하는 고령장애인은 상대적으로 건강할 권리의 보장 수준이 높음에도 불구하고 안전 및 사회적 차별에 있어서는 이들조차도 권리 실현이 안 되고 있는 것으로 나타났다. 건강할 권리가 제대로 충족되지 못하는 경우, 고령장애인의 기본권으로서의 건강권과 보건의료 관련 정책 및 제도 간의 간극은 좁혀지기 어렵다. 건강권 영역 중 실제적 권리인 건강할 권리의 실질적인 보장을 위해서 보건정책뿐 아니라 사회정책의 역할이 함께 요구되는 이유이기도 하다. 본 연구에서 취약하게 드러난 고령장애인의 안전 및 사회적 차별에 있어 지금보다 적극적인 사회정책의 역할이 필요하다. 안전의 경우, 고령장애인 가구를 대상으로 홍수, 지진, 화재, 감염병 등 각종 재난 및 사고로부터 장애 특성을 고려한 안전 대책을 재정비할 필요가 있다. 그리고 우리 사회의 장애에 대한 차별을 지속적으로 개선해나가기 위한 노력이 요구된다. 2008년 제정된 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」(이하 장애인차별금지법)은 장애인에 대한

사회적 차별을 금지하고 권익 보호에 대한 내용을 담고 있으나, 고령장애인들은 연구 결과와 같이 여전히 우리 사회의 장애 차별을 심각하게 느끼고 있으며 이는 건강할 권리의 보장에 부정적인 영향을 미친다. 인권뿐 아니라 건강권의 측면에서도 장애인에 대한 사회적 차별을 해소하기 위해서 장애차별에 대한 주기적인 모니터링, 장애차별금지 이행 독려 및 제도적 개선, 장애인차별금지법의 실효성을 높이기 위한 개정 및 인식 개선교육 실시 등 적극적인 조치 및 제도의 마련이 필요하다.

다음으로 건강 관련 서비스에의 권리를 살펴보면, 제한적 건강권 유형을 제외하고 포괄적 건강권 및 서비스 중심 건강권 유형의 경우 건강검진, 지속적 진료 및 서비스 이용 등 건강 관련 서비스에의 물리적, 경제적 접근성이 예전과 비교하여 높아진 점은 매우 고무적이다. 즉, 우리 사회의 의료보장 안전망 구축을 위한 노력이 효과가 있었음을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 그러나 제한적 건강권 유형에 속하는 고령장애인의 경우, 건강검진 미수검, 정기적이고 지속적인 진료의 중단 및 보건의료, 건강 관련 서비스 미이용 등 의료보장 안전망에서 여전히 소외 및 배제를 경험하고 있는 것으로 나타났다. 연구 결과, 교육 수준이 낮은 경우, 심하지 않은 장애일 경우의 고령장애인이 제한적 건강권에 속할 확률이 높다는 점과 장애유형별로 차이가 있을 수 있다는 점이 확인된 만큼 이와 같은 특성을 가진 고령장애인의 경우, 의료보장 안전망에서 배제되지 않도록 정책적 관심과 맞춤형 개입이 요구된다. 이를 위하여 현재 3단계 시범사업으로 운영 중인 장애인 건강주치의 사업의 대상자 및 제공 서비스의 범위를 확대하여 시행할 필요가 있다. 장애인 건강주치의 사업은 장애인이 직접 자신의 건강주치의를 선택하고, 주치의로부터 전반적인 건강 문제 전반에 대한 주기적인 관리를 받을 수 있는 제도인 만큼 건강 관련 서비스에의 권리 보장에 획기적인 정책이라고 할 수 있다(보건복지부, 2021). 그러나 현재 대상자는 중증장애인에 한정되어 있어, 본 연구 결과에서도 나타난 바와 같이 고령장애인의 경우 경증장애인 또한 의료보장 안전망에서 소외와 배제가 심각하게 나타나고 있는 만큼 사업의 대상자를 확대하는 것이 시급하다. 더불어 고령장애인의 복합적 욕구에 대응하기 위해서는 신체적인 건강관리뿐 아니라 노화 과정에서 장애에 따른 위험과 어려움을 경험하며 당면하기 쉬운 사회적 고립 및 우울 등의 정신건강 문제에 대한 서비스를 제공하는 것이 필요하다.

마지막으로 건강 관련 서비스 체계 내에서의 권리를 살펴

보면, 제한적 건강권뿐 아니라 서비스 중심 건강권에 속하는 고령장애인도 권리 보장이 매우 취약한 것으로 나타났다. 이는 건강 관련 서비스의 객관적이고 물리적인 접근성은 높아진 반면, 서비스 이용 과정에서 평등한 의료서비스 및 환자가 이해하고 이용할 수 있는 서비스, 장애친화적인 시설 및 장비 등이 충분히 제공되고 있지 못함을 보여주는 결과이다. 그동안 우리 사회는 장애인의 보건의료 접근성, 즉 건강 관련 서비스에의 권리를 보장하기 위한 많은 노력을 해왔으며 실제로 고령장애인 대상 의료보장 안전망의 수준이 예전보다 높아졌음을 본 연구 결과에서도 확인할 수 있다. 그러나 고령장애인의 여전히 취약한 건강권 보장을 위하여 우리 앞에 놓인 과제는 서비스 체계 내에서의 권리, 즉 내실 있는 양질의 건강서비스 제공을 통한 권리 보장이다. 이를 위해서는 보건의료인력의 확보, 장애인 건강권 및 인권 교육 확대, 장애에 대한 인식 제고를 통한 장애 감수성 증진 등 법·제도 정비 및 교육을 포함한 장기적 관점의 개선이 요구된다. 하지만 고령장애인의 생활만족도에 있어 건강권의 중요성을 고려했을 때, 당장 개입할 수 있는 단기적 방안의 마련 또한 시급하며 정부의 공적 책임 강화와 디지털 서비스의 활용을 생각해볼 수 있다. 먼저 의료기관 이용 시 물리적 장벽 해소를 위한 의료기관 내 장애친화적 편의시설 및 의료시설, 장비의 확충 등은 기관 차원의 적극적인 의지와 맞물려 정부의 철저한 관리 감독이 요구된다. 현재 정부의 사업으로 장애인친화건강검진센터, 장애인친화산부인과병원 및 장애인구강검진센터 등 장애친화 기관 확대를 위한 공모가 진행 중이지만, 부진한 신청률 및 자진 철회 등으로 인해 지역별로 부재하거나 혹은 매우 적은 상황이다(백민, 2023; 조아서, 2023). 각 의료기관이 장애친화 시설 및 의료 장비의 확충을 위해 노력할 수 있도록 정부의 적극적인 지원 및 제도 개선에 대한 의지가 필요하다. 또한 제한된 보건의료인력에도 불구하고 보건의료서비스 이용과정에서 양질의 서비스가 제공되기 위해서는 수어 통역, 처방전에 대한 이해 및 복약지도가 가능하도록 의사소통 보조기기 및 모바일 애플리케이션 등을 이용한 기술 지원, 점자 및 인쇄물 음성 변환 바코드가 있는 진료기록부 혹은 건강검진 결과서 발급을 위한 기기 지원 등의 기술이 필요하다. 보건의료 현장에서의 효과적인 기술 사례로 미국의 케어엔젤(Care Angel)을 들 수 있다. 케어엔젤은 환자의 처방에 대한 이해 증진, 자기돌봄 방안 및 복약지도 등을 다양한 방식으로 제공하는 AI 기반 디지

털 플랫폼으로, 의료취약계층을 위한 서비스의 혁신을 추구하고 있다(Wong et al., 2021). 장애인건강권법의 적극적 이행을 위하여 이와 같은 기술 개발 및 보급을 개별의료기관의 자발성에만 의존하기보다 정부의 주도적인 역할이 토대가 되어야 할 것이다.

한편, 본 연구는 다음과 같은 한계를 가지고 있으며 이를 보완하기 위한 후속연구를 제안하고자 한다. 먼저 고령장애인의 건강권을 유형화하는 데 있어 보장 현황을 살펴보고자 횡단연구를 실시하였으나, 건강권 유형의 변이를 시간별로 검토할 수 있는 종단연구가 진행된다면 또 다른 의미 있는 시사점을 도출할 수 있으리라 생각한다. 그리고 건강권을 구성하는 세 가지 영역별로 지표를 선정하는 데 있어 후속연구에서는 영역별로 보다 다양한 지표를 통해 건강권의 달성을 살펴볼 필요가 있다. 마지막으로 노화로 인한 장애 및 장애의 고령화를 구분하여 각 특성을 고려한 고령장애인의 집단 내 이질성을 탐색한다면 세분화된 개입 방안을 도출할 수 있을 것이다. 이와 같은 한계에도 불구하고 본 연구는 현시점 고령장애인의 건강권 보장 실태와 이에 따른 생활만족도에 대한 영향을 검증함으로써, 고령장애인의 생활만족도 증진을 위한 실질적인 건강권 개입 방안을 정책 및 제도 측면에서 논의하였다는 점에서 의의가 있다. 사회에서 흔히 간과할 수 있는 부분은 고령장애인의 건강권이 비단 장애의 증중화 방지 및 재활에 머무른다고 생각하는 것이다. 그러나 고령장애인의 건강권은 신체적 건강뿐 아니라 삶의 질을 증진하기 위한 인권이자 기본권임을 잊어서는 안 된다. 더 나아가 건강권 보장을 위한 정책 및 제도의 개선과 함께 고령장애인의 경우 주기적인 의료기관 방문으로부터 우리 사회의 포용 혹은 배제를 주로 경험한다는 점에서 이들의 삶의 질을 증진하고 더불어 살아가는 지역사회를 조성하기 위해서는 건강권 보장의 과정이 보다 고령장애인에게 다정한 경험이 될 수 있도록 설계되어야 할 것이다.

한상윤은 연세대학교 사회복지대학원에서 석사학위를 받았으며, 동대학원에서 박사과정을 수료하였다. 주요 관심 분야는 노인복지 및 사회복지서비스이며, 현재 복지태도, 복지기술 및 고령친화환경 등을 연구하고 있다.
(E-mail: hsangyoon@yonsei.ac.kr)

남석인은 연세대학교에서 사회복지학 학사, 석사, 박사학위를 받았으며, 연세대학교 사회복지대학원 교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 노인복지와 의료사회복지이며, 현재 노년기 삶의 의미, 세대 공존, 의료사회복지와 첨단과학기술의 융합, 사회복지사의 정책평가 등을 연구하고 있다.
(E-mail: namseokin@yonsei.ac.kr)

참고문헌

- 김성희, 이민경, 오욱찬, 오다은, 황주희, 오미애 등. (2020). 2020년 장애인 실태조사. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김성희, 황주희, 김용진, 노승현, 이동석, 정희경 등. (2017). 장애인의 건강한 삶 정착을 위한 건강권 증진 방안 연구. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김수진. (2021). 장애인과 비장애인의 보건의료 및 건강수준 격차와 시사점. *보건복지포럼*, 2021(4), pp.49-61.
- 김은주. (2012). 고령 장애인의 건강과 의료 서비스 고령화에 따른 대책 논의. 한국장애인개발원 (편). 장애인 고령화에 따른 대책 논의. 서울: 한국장애인개발원. pp.25-34.
- 노승현, 김정석, 신유리. (2017). 고령장애인의 건강증진 장벽요인 및 촉진요인이 생활만족도에 미치는 영향. *대한보건연구*, 43(3), pp.67-79.
- 노승현, 김정석, 전보영. (2022). 성인 지체장애인의 생활만족도 요인과 모바일 사회참여의 매개효과: 청장년 및 고령간 다중집단 비교 장애인복지연구, 13(2), pp.134-158.
- 문창진. (1997). *보건의료사회학*. 서울: 신광출판사.
- 문창진. (2021). *건강사회론(3판)*. 서울: 신광출판사.
- 박민정, 이종화, 신서리, 이태경, 진주실, 강민경 등. (2022). 코로나19가 장애인의 삶의 변화에 미치는 영향. *한국장애인복지학*, 56, pp.119-148.
- 박용순. (2016). 고령장애인의 노후준비와 사회경제적 지위의 상태 변화가 생활만족도에 미치는 영향에 관한 종단연구. *비판사회정책*, 52, pp.45-82.
- 백민. (2023. 4. 17.). '장애친화 건강검진기관 고작 11개, 멀고 먼 장애인 건강권. *에이블뉴스*. <https://www.ablenews.co.kr/news/articleView.html?idxno=202967>에서 2023. 7. 10. 인출.
- 보건복지부. (2021). 장애인 건강주치의 3단계 시범사업 시행. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부 국립재활원. (2020). 장애인 건강권 이해하기. 서울: 보건복지부 국립재활원.
- 서원선, 이수용. (2017). 고령장애인의 생활만족도 영향요인에 관한 종단적 분석. *장애인복지연구*, 8(2), pp.91-125.
- 송진영. (2017). 고령장애인의 노후준비와 사회경제적 지위가 생활만족도에 미치는 영향: 취업여부의 조절효과를 중심으로. *장애와 고용*, 27(3), pp.145-166.
- 신영전. (2011). 사회권으로서의 건강권: 지표개발 및 적용가능성을 중심으로. *상황과 복지*, 32, pp.181-222.
- 신유리, 김정석, 조혜진, 유동철. (2017). 장애인의 건강불평등(Health Inequality) 개념화를 위한 이론적 고찰. *비판사회정책*, 56, pp.205-236.
- 임중환. (2017). 장애인 건강권 보호를 위한 정책 방향과 과제-장애인 건강 주치의를 중심으로. *보건복지포럼*, 2017(4), pp.41-50.
- 임중환, 김슬기, 김주경, 박종혁, 오영철, 이문희 등. (2014). 장애인 건강권 증진방안에 관한 연구. 서울: 국가인권위원회.
- 정덕진. (2014). 장애노인의 주관적 건강이 우울에 미치는 영향에 대한 심리사회적 자원의 조절효과. *보건사회연구*, 34(2), pp.247-275.
- 조아서. (2023. 4. 20.). 장애인의날 작은 바람...“중증장애인 치과 가는 것 특별한 일 아니길”. *뉴스1*. <https://www.news1.kr/articles/5021386>에서 2023 7. 10. 인출.
- 차중천. (2004). 차별의 개념 및 실태와 원인. *보건복지포럼*, 제95호, pp.6-20.
- 최은희. (2021). 사회적 약자의 건강권 보호를 위한 지역사회 공공부문 협력체계 구축 방안. *비판건강정책*, 1(1), pp.33-37.
- 한상윤, 남석인. (2021). 지역사회 거주 고령 장애인의 미충족 의료 영향요인 유형화 연구. *보건사회연구*, 41(4), pp.26-43.
- 호승희, 김예순, 최행정, 김하연, 권수영, 박재민 등. (2020). 장애인 건강보건관리 사업. 서울: 국립재활원.
- 홍혜수, 임명준, 김외숙, 최은숙, 김정환. (2020). 장애인 건강검진 접근성 저해요인과 개선방안 도출에 대한 질적 연구. *보건행정학 회지*, 30(3), pp.343-352.
- Blackman, T., Greene, A., Hunter, D. J., McKee, L., Elliott, E., Harrington, B. et al. (2006). Performance assessment and wicked problems: the case of health inequalities. *Public Policy and Administration*, 21(2), pp.66-80.
- Clark, S. L. (2010). *Mixture modeling with behavioral data*. Los Angeles: University of California.
- Denson, N., & Ing, M. (2014). Latent class analysis in higher education: An illustrative example of pluralistic orientation. *Research in Higher Education*, 55(5), pp.508-526.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1995). *Multivariate Data Analysis: With Readings, 4th(Ed.)*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Haron, S. A., Foong, H. F., & Hamid, T. A. (2018). Moderating effect of emotional support on the relationship between disability and life satisfaction in older adults. *Geriatrics & gerontology international*, 18(9), pp.1361-1365.

- Henning-Smith, C. (2017). Where do community-dwelling older adults with disabilities live? Distribution of disability in the United States of America by household composition and housing type. *Ageing & Society*, 37(6), pp.1227-1248.
- Hilberink, S. R., van der Slot, W. M., & Klem, M. (2017). Health and participation problems in older adults with long-term disability. *Disability and Health Journal*, 10(2), pp.361-366.
- Li, A., Wang, D., Lin, S., Chu, M., Huang, S., Lee, C. Y. et al. (2021). Depression and life satisfaction among middle-aged and older adults: mediation effect of functional disability. *Frontiers in Psychology*, 12. doi: 10.3389/fpsyg.2021.755220.
- Nooner, K. B., Litrownik, A. J., Thompson, R., Margolis, B., English, D. J., Knight, E. D. et al. (2010). Youth self-report of physical and sexual abuse: A latent class analysis. *Child Abuse & Neglect*, 34(3), pp.146-154.
- Puvill, T., Lindenberg, J., De Craen, A. J., Slaets, J. P., & Westendorp, R. G. (2016). Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: a population based observational study. *BMC geriatrics*, 16, pp.1-9.
- Rosellini, A. J., Coffey, S. F., Tracy, M., & Galea, S. (2014). A person-centered analysis of posttraumatic stress disorder symptoms following a natural disaster: Predictors of latent class membership. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), pp.16-24.
- WHO. (2023). *Fact sheet – Disability*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>에서 2023. 7. 17. 인출.
- Wong, V., Rosenbaum, S., Sung, W., Kaplan, R. M., Bott, N., Platchek, T. et al. (2021). Caring for caregivers: bridging the gap between family caregiving policy and practice. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 2(4). doi: 10.1056/CAT.20.0578.

A Study on the Health Rights and Life Satisfaction of Older Adults with Disabilities: A Typological Approach

Han, Sangyoon¹ | Nam, Seok In¹

¹Yonsei University

Abstract

The purpose of this study is to propose effective policies and institutional measures to ensure for older adults with disabilities their health rights as fundamental human rights and improved life satisfaction. Based on indicators in various domains of health rights, such as the right to be healthy, the right to health care, and the right in the health care system, typologies were derived, and the resulting differences and their impact on life satisfaction were examined. The analysis used data from the 2020 National Survey of People with Disabilities conducted on a total of 3,375 older adults with disabilities (aged 65+) by the Ministry of Health and Welfare and the Korea Institute for Health and Social Affairs. The study revealed three types of health rights: comprehensive health rights, service-centered health rights, and limited health rights. It was found that the right to be healthy and the right in the health care system were relatively weaker compared to the right to health care. Furthermore, variations in life satisfaction were observed among different types of health rights. Based on these results, concrete intervention strategies were suggested to enhance the quality of life of older adults with disabilities through the guarantee of health rights.

Keywords: Disability with Aging, Aging with Disability, Health Rights, Life Satisfaction, Latent Class Analysis