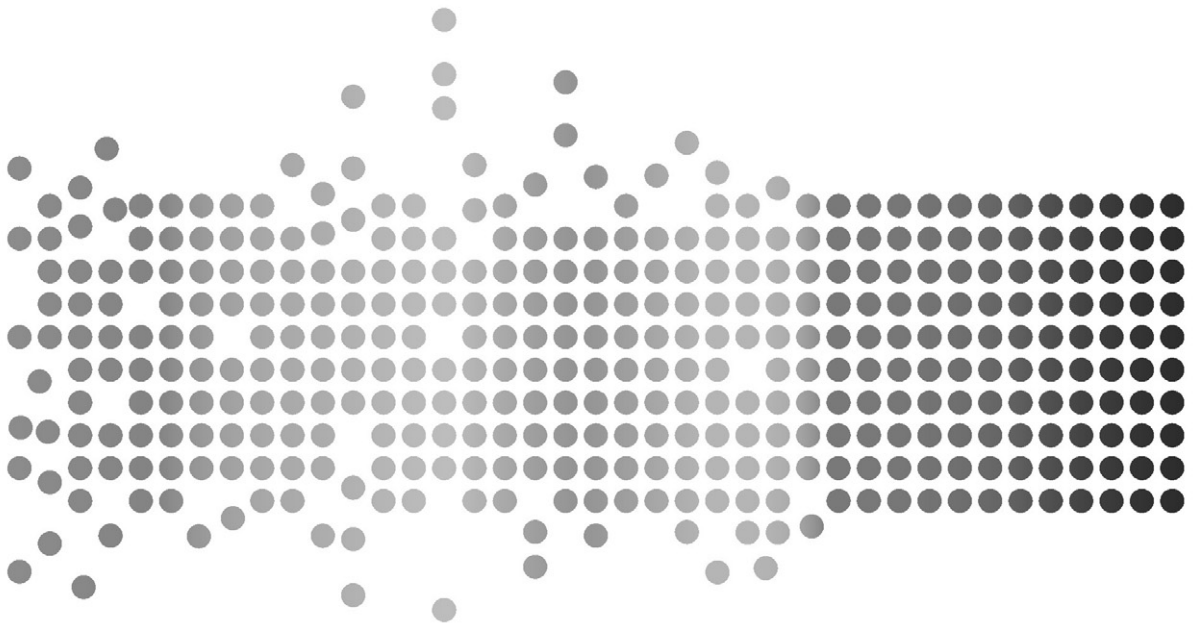


신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제

Current Situations of Health Status and Future Needs of Long-Term Care Utilization of Baby-boomers and Policy Issues

선우덕 · 김동진 · 송양민 · 김나영 · 이윤경 · 유혜영



연구보고서 2010-30-20

**신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양
이용욕구 분석과 정책과제**

발행일	2010년 12월
저자	선우덕외
발행인	김용하
발행처	한국보건사회연구원
주소	서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처	대명기획
가격	5,000원

© 한국보건사회연구원 2010

ISBN 978-89-8187-718-7 93330



머리말

우리나라의 고령화인구는 2010년 현재 전체인구의 11%로 추정되고 있다. 이러한 고령화율은 소위 베이비붐세대라고 일컬어지고 있는 1955~1963년생이 노년기로 접어들면 더욱 높아질 것으로 전망되고 있다.

이는 베이비붐세대가 향후 노인정책의 변화를 주도할 수 있는 연령계층에 속한다는 것을 의미하고 있는데, 실제적으로도 베이비붐세대가 성장하던 시기는 우리나라의 경제발전과정과 함께 하던 시기와 맞물리고 있다. 예를 들면, 박정희 대통령시절에 제1차 경제개발 5개년계획이 수립되고 시행되기 시작한 1960년 중반까지 일차적으로 베이비붐세대의 출생이 끝났고, 고도의 경제성장을 이룩하던 1970년대, 80년대 및 90년대 초반까지에는 베이비붐세대가 빠르게는 산업현장에 종사하기 시작하고, 늦게는 막 대학을 졸업하던 시기였다고 할 수 있다. 그리고 1990년대와 2000년대에는 대부분의 베이비붐세대가 산업현장에 머물러 있는 생산가능인구에 속하고 있으면서 경제변동의 영향을 직접적으로 받고 있던 시기였다. 즉, 1990년말에 발생한 외환위기로 IMF로부터 구제금융을 받고, 내부적으로는 2000년도 이후 경제구조조정을 단행하던 시기에 베이비붐세대는 직장으로부터의 조기퇴직을 권고받기 시작하였다.

한편으로는 산업경제의 발전으로 소득수준의 향상으로 생활수준이 급격하게 높아지는 시대에 살아왔지만, 그 반면에 서구식의 식생활패턴의 변화는 비만, 고혈압, 당뇨병 등과 같은 질병발생을 높이거나, 경제발전으로 인하여 환경오염, 산업작업장환경의 불결상태 등 주거·작업환경의 악화도 발

생되어 부정적인 경제과실의 주 피해자로 살아왔던 것도 사실이다.

이상과 같이 베이비붐세대인 중장년계층은 산업경제의 발전에 따른 긍정적이거나, 부정적인 과실을 겪으면서 살아왔고, 그러한 일련의 변화들은 건강상태에 지대한 영향을 끼쳐왔던 것으로 보여진다.

본 연구는 베이비붐세대를 포함하는 특정연령대인 중장년계층에 대한 건강상태와 향후 장기요양보호욕구에 대한 의식수준에 초점을 맞추어 분석한 것으로써, 향후 노인문제가 발생하기 이전에 사전적으로 대비하여야 할 정책과제를 도출하는데 목적을 두고 있다.

본 보고서는 선우덕 연구위원의 책임하에 김동진·김나영·이윤경 부연구위원, 유혜영 연구원, 그리고 가천의과학대학교 보건대학원 송양민교수에 의해 공동으로 집필되었고, 본 보고서의 작성에 귀중한 의견을 준 본원의 최정수·이소정 부연구위원에게 감사의 뜻을 전하고자 한다.

끝으로 본 보고서에 수록된 내용은 연구진의 의견이고, 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀두고자 한다.

2010년 12월

한국보건사회연구원장

김 용 하

Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	19
제1절 연구배경 및 목적	19
제2절 연구내용 및 방법	21
제2장 신노년층(베이비붐세대)의 건강형성에 미친 사회환경적 변화	27
제1절 사회경제적 환경의 변화	27
제2절 보건의료적 정책의 변화	33
제3장 신노년층(베이비붐세대)의 건강상태	41
제1절 일반적 건강상태	41
제2절 건강실천행위	52
제3절 유병상태 및 치료행태	60
제4장 신노년층(베이비붐세대)의 장기요양관련 욕구실태	75
제1절 장기요양관련 의식수준	75
제2절 장기요양서비스비용의 추계	89

제5장 현행 신노년층(베이비붐세대)을 위한 건강 및
장기요양정책의 실태 101
제1절 건강정책 101
제2절 장기요양정책 104

제6장 정책제언 및 결론 115
제1절 정책제언 115
제2절 결론 118

참고문헌 121

부 록 125

표 목차

〈표 2- 1〉 연대별 보건의료정책의 주요 변화내용	38
〈표 3- 1〉 주요사망 원인의 변화 (45~54세, 1995, 2000, 2005년)	45
〈표 3- 2〉 남성의 주요사망 원인의 변화 (45~54세, 1995, 2000, 2005년)	46
〈표 3- 3〉 여성의 주요사망 원인의 변화 (45~54세, 1995, 2000, 2005년)	47
〈표 3- 4〉 44~52세의 기대여명의 변화(2008~1995년)	48
〈표 3- 5〉 44~52세 남성의 기대여명의 변화 (2008~1995년)	48
〈표 3- 6〉 44~52세 여성의 기대여명의 변화(2008~1995년) ..	49
〈표 3- 7〉 중장년계층의 건강실천행위관련 분석대상자 일반사항	53
〈표 3- 8〉 중·장년층의 흡연행태: 45~49세 연령층	54
〈표 3- 9〉 중·장년층의 음주행태: 45~49세 연령층	56
〈표 3-10〉 중·장년층의 비만: 45~49세 연령층	57
〈표 3-11〉 중·장년층의 규칙적 운동습관: 45~49세 연령층	58
〈표 3-12〉 중·장년층의 건강검진수진: 45~49세 연령층	59
〈표 3-13〉 중·장년계층의 주요 만성질환 유병률(2005): 45~49세	61
〈표 3-14〉 중·장년계층의 주요 만성질환 유병률(2001): 45~49세	62
〈표 3-15〉 중·장년계층의 주요 만성질환 유병률(1998): 45~49세	62

〈표 3-16〉	연령군별 1인당 평균 수진 횟수(2004~2008)	63
〈표 3-17〉	연령군별 진료일수 비율(2004~2008)	64
〈표 3-18〉	연령군별 진료비 비율(2004~2008)	65
〈표 3-19〉	질병별 연령군별 진료인원 비중(2004~2008)	66
〈표 3-20〉	질병별 연령군별 진료비 비율(2004~2008)	67
〈표 4- 1〉	부모를 위한 공적 장기요양서비스 제공 의향	77
〈표 4- 2〉	부모를 위한 공적 장기요양시설서비스 제공 의향	78
〈표 4- 3〉	부모를 위한 공적 장기요양재가서비스 제공 의향	80
〈표 4- 4〉	본인의 장기요양서비스 이용의향	81
〈표 4- 5〉	본인의 장기요양시설서비스 이용의향	83
〈표 4- 6〉	본인의 장기요양재가서비스 이용의향	84
〈표 4- 7〉	장기요양서비스 이용의향여부와 관련변수간 관련성 분석(로지스틱분석결과)	86
〈표 4- 8〉	인적 및 요양서비스 관련 변수 현황	94
〈표 5- 1〉	맞춤형 방문건강관리사업의 대상범위	104
〈표 5- 2〉	현행 공적 노인장기요양서비스 수급가능한 노인성질병의 유형	108
〈표 5- 3〉	장애인활동지원제도의 2차 시범사업적용 지원액	110
〈부표 1〉	분석대상자 건강행태(2005): 45~49세	125
〈부표 2〉	분석대상자 건강행태(2005): 50~54세	126
〈부표 3〉	분석대상자 건강행태(2005): 55~59세	127
〈부표 4〉	분석대상자 건강행태(2001): 45~49세	128
〈부표 5〉	분석대상자 건강행태(2001): 50~54세	129
〈부표 6〉	분석대상자 건강행태(2001): 55~59세	130

〈부표 7〉 분석대상자 건강행태(1998): 45~49세	131
〈부표 8〉 분석대상자 건강행태(1998): 50~54세	132
〈부표 9〉 분석대상자 건강행태(1998): 55~59세	133
〈부표 10〉 분석대상자 건강상태(2005): 45~49세	134
〈부표 11〉 분석대상자 건강상태(2005): 50~54세	134
〈부표 12〉 분석대상자 건강상태(2005): 55~59세	135
〈부표 13〉 분석대상자 건강상태(2001): 45~49세	135
〈부표 14〉 분석대상자 건강상태(2001): 50~54세	136
〈부표 15〉 분석대상자 건강상태(2001): 55~59세	136
〈부표 16〉 분석대상자 건강상태(1998): 45~49세	137
〈부표 17〉 분석대상자 건강상태(1998): 50~54세	137
〈부표 18〉 분석대상자 건강상태(1998): 55~59세	138

그림 목차

[그림 3- 1] 연령별 사망률의 변화(1995~2009년)	42
[그림 3- 2] 연령별 사망률의 변화(1995~2009년)	42
[그림 3- 3] 연령별 남성 사망률의 변화(1995~2009년)	43
[그림 3- 4] 연령별 여성 사망률의 변화(1995~2009년)	43
[그림 3- 5] 특정사인 제거시 45세시 기대여명의 증가분(남자, 년)	50
[그림 3- 6] 특정사인 제거시 45세시 기대여명의 증가분(여자, 년)	51
[그림 3- 7] 정신 및 행동장애 외래환자수: 전체	68
[그림 3- 8] 정신 및 행동장애 외래환자수: 남자	69
[그림 3- 9] 정신 및 행동장애 외래환자수: 여자	69

[그림 3-10] 정신 및 행동장애 외래환자 수진율(인구10만명당): 전체	...70
[그림 3-11] 정신 및 행동장애 외래환자 수진율(인구10만명당): 남자	...71
[그림 3-12] 정신 및 행동장애 외래환자 수진율(인구10만명당): 여자	...71
[그림 4- 1] 만성질환 진료일수 현황	90
[그림 4- 2] 만성질환 급여비 현황	90
[그림 4- 3] 연령별 진료실적 현황	91
[그림 4- 4] 연령별 성별 요양급여 실적	91
[그림 4- 5] 연령별 요양급여 실적 증가율	92
[그림 4- 6] 우리나라 추계인구 2015~2050	93
[그림 4- 7] 장기요양 시설서비스 비용 지출 추계	98
[그림 4- 8] 장기요양 재가서비스 비용 지출 추계	98
[그림 5- 1] 현행 공적 노인장기요양서비스 전달체계	105



Abstract

This report was written to review the current health status and intention of the future public long-term care service benefits and to suggest policy issues for designing baby boomers' health and long-term care service systems, who were born in 1955~63 year.

In Korea, the improvement of income level of baby boomers by economic development probably have contributed much to their better health status as a result of buying qualitative health care services and in addition, of decreasing in communicable diseases through the improvement of environmental hygiene and living arrangements. On the other hand, increase in chronic diseases such as obesity or diabetes which caused by a change to the western style diet probably have contributed much to their worse health status.

The characteristics of analytic results of baby boomers' health and long-term care needs are as follows. Firstly, the prevalence of drinking alcohols and physical exercise has been increasing, compared to earlier generations. Those patterns is inferred to be a way of healing occupational stresses or tensions. Therefore, a variety of preventive programs for healing stresses or tensions in work places should be developed and activated. Secondly, the increase in obesity as a result of western style diet turned out growth of the prevalence of hypertension or diabetes as well as osteoporosis. Therefore, dietary

programs targeting forties should be developed and activated. Thirdly, despite of increase in the prevalence of chronic diseases mortality by cancers, cardiovascular and cerebrovascular diseases is decreasing gradually. It means that the premature deaths in forties and fifties have been improving by the benefit of development of medical technologies. Finally, with the result of reviewing whether to use the public long-term care services, while the providence intention of those institutional care services to their parents depends on their social-economic status, the usage intention of those institutional care services depends on marriage status, household patterns or employment status as well as social-economic status.

Conclusionally, in order to stabilize the future financial status of health insurance and public long-term care insurance programs it can be said that it is important to develop policies for controlling undesirable health behaviour or isolated living patterns in baby boomers.

요약

1. 연구배경 및 목적

□ 베이비붐세대(1955~63년 출생자)는 앞으로 5년 후에는 국민연금을 수령하기 시작하고, 10여년 후에는 65세가 되어 본격적으로 노년기에 접어들게 되는데, 이들 계층의 특성상 기존의 노년층과 다른 양상을 보일 것으로 예상되어 ‘신노년층’으로 부를 수 있음.

○ 베이비붐세대의 인구수는 2010년 현재, 712만명으로 집계되어 전체 인구의 약 14%수준을 차지하고 있음.

○ 베이비붐세대가 태어난 초기에는 약 800만명에 육박하는 수준이었으나, 그동안 각종 질병, 재해 등등으로 인하여 현재까지 생존하는 자이고, 남녀별로 보더라도 그 수가 유사하게 나타나고 있음.

□ 베이비붐세대의 특징을 보면, 절반정도가 수도권에 밀집되어 살고 있고, 평균자녀수가 2.0명, 고용률은 74.6%, 대졸 이상자가 28.5% 등으로 나타나고 있음.

○ 즉, 수도권밀집상태는 생활상의 상호경쟁이 심한 상태에서 살아가고 있으며, 이미 소자녀의 핵가족을 이루고 있고, 높은 학력수준은 생활상의 건강유지에 필요한 각종 정보를 적절하게 활용하게 하는데 기여하고 있는 것으로 생각됨.

□ 본 연구는 베이비붐세대의 현재의 건강상태 및 유지방법에 대한 의식수

준을 살펴보고, 현재의 장기요양욕구는 미미하지만, 향후 장기요양에 대한 이용의식을 사전적으로 살펴보며, 이를 바탕으로 하여 수적인 팽창만으로도 미래에 폭증할 가능성이 있는 노인의료비나 노인장기요양비를 적정하게 유지하기 위한 정책방안을 제안하는데 그 목적을 두고자 함.

II. 연구내용 및 방법

□ 연구내용을 정리하면 다음과 같음.

- 신노년층(베이비붐세대)의 과거 20대 이후 현재까지 살아오면서 겪어온 시대적 경제사회 및 보건의료적 환경의 변화를 정리해보고, 특히 건강상태에 영향을 끼칠 수 있었던 환경변화요인을 간추려 봄
- 신노년층(베이비붐세대)의 건강상태를 각종 주요지표를 바탕으로 분석해 보고, 향후 장기요양욕구에 대한 대처방안 등에 대한 의식수준을 살펴 봄.
- 신노년층(베이비붐세대)의 건강유지 및 장기요양욕구대처를 위한 현행 정책의 내용을 정리해 보고, 향후 노인의료비 및 장기요양비의 급증에 대비한 정책적 방안을 제안하고자 함.

□ 연구방법은 문헌고찰외에 베이비붐세대의 의식조사결과자료를 활용하고, 현재 공표되고 있는 각종 통계자료를 바탕으로 추이에 대한 분석을 함.

- 다만, 베이비붐세대만을 추출해서 원자료를 재분석하기 보다는 베이비붐세대가 현재 중장년계층에 속하기 때문에 과거 통계자료의 중장년계층(40~59세)에 대한 현상분석을 통해서 추이를 살펴보고자 함.
- 현재, 베이비붐세대를 대상으로 한 코호트자료나 종적조사자료(longitudinal survey)가 부재하기 때문에 횡단면 조사자료에 의존함.

III. 연구결과

□ 신노년층(베이비붐세대)의 과거 20대 이후 현재까지 살아오면서 겪어온 시대적 경제사회 및 보건의료적 환경의 변화, 건강상태에 영향을 끼칠 수 있었던 환경변화요인을 간추려 보면 다음과 같음.

○ 생활양식의 변화

- 베이비붐세대의 20대 후반~30대 초반에 해당하는 170년대 중반 이후 1980년대 중반까지의 난방 및 취사수단은 대부분이 연탄불 이었고, 연탄가스의 중독사고가 빈번하게 발생하던 생활을 겪은 바 있음.
- 베이비붐세대들은 취직을 위해 수도권으로 몰려들었고, 주택난 해소 일환으로 대규모 아파트공동주택의 건설이 붐을 일으키던 시대에서 살아왔으며, 편리한 주거시설(음식조리시설 및 화장실 등)로 인한 위생상태의 개선으로 생활상의 안전사고는 상당히 축소된 시대에서 살아왔음.
- 경제성장의 과실로 소득수준이 급속도로 증가하면서 식습관의 양상도 크게 바뀌는 시대에 살아왔는데, 특히 육류 및 음식의 과잉 섭취로 인한 고혈압, 비만 등 생활습관병의 증가도 눈에 띄게 나타나고 있음.
- 1990년대 후반의 IMF구제금융에 의한 경제구조적 조정시대에 살아오면서 스트레스 등 정신과질환이 크게 발생하였고, 초과근무 등으로 인한 과로사, 돌연사사고가 그 이전에 비해 빈번하게 발생하는 시대에 살아왔다고 할 수 있음.

○ 경제환경의 변화

- 70~80년대의 고도의 경제성장의 과실로 소득수준이 크게 향상됨으로써 자가용의 보급이 보편화되어 생활의 편리함을 얻은 반면에 환경오염이 난무하는 과정 속에서 살아왔다고 볼 수 있음.
- 베이비붐세대는 여성의 취업증가로 맞벌이가구를 유지하고 있으

며, 특히, 고도경제 성장시기에서의 15~19세의 취업률이 상당히 높게 나타나고 있어 성장기여성의 건강에 적지 않은 영향을 끼친 것으로 생각할 수 있음.

- 베이비붐세대는 IMF 구제금융시대 이후부터 현재까지도 민간기업의 근로자인 경우, 퇴직의 두려움 속에서 생활하고 있어 정신적인 건강에 위협을 받으면서 생활해 왔음.

○ 물리적 환경의 변화(환경오염)

- 제 3, 4차 경제개발5개년계획으로 인한 중화학공업 육성정책은 대기오염, 수질오염 및 토양오염문제 등을 심각하게 발생시켰으며, 수인성질환, 호흡기질환 등이 빈발하는 시기에 살아왔음.
- 또한, 자가용 등 자동차수의 급증으로 인한 수도권지역을 중심으로 한 대기오염문제가 심각하였고, 특히 토양오염은 광산지대 및 공업지대 이외에도 농촌식량지대 등에서도 대규모의 농약살포 등으로 심각하게 거론되곤 하였음.
- 이외에도 아파트생활이 보편화되면서 건물내벽의 휘발성 유기화합물 건축자재의 사용 등으로 실내공기문제도 제기되고 있으며, 이로 인한 호흡기질환은 물론이고 피부병이 다발하는 환경 속에서 살아왔던 것으로 분석됨.

- 결국, 전술한 바와 같이 베이비붐세대는 고도의 경제성장기에 산업의 각 부문에 취업, 근로하는 생활을 유지하여 왔는데, 그러한 고도의 경제성장의 과실은 소득수준의 향상을 가져온 것은 사실이지만, 한편으로는 각종 환경오염 등으로 인한 질병위협문제, 경제침체 및 구조조정에 따른 정신심리적 불안문제 등이 야기된 시기에 살아온 것으로 판단됨.

○ 보건의료정책의 변화

- 고도의 경제성장과 발맞추어 1977년도에 도입된 의료보험제도는 베이비붐세대의 건강유지에 지대한 공헌을 한 것으로 판단됨.
- 즉, 의료보험제도는 1977년도에 도입되어 적용범위를 확대시키면

서 단기간이 전국민이 의료보험제도에 가입하게 된 과정 속에 살아왔던 것으로 나타남. 그러한 의료보험제도가 단순히 적용범위만의 확대에 그친 것이 아니라 요양급여기간의 연장 및 폐지, 의료비본인부담의 저하 등 내용적으로도 내실화를 이룩한 결과, 각종 건강위협의 과정 속에서 살아왔지만, 베이비붐세대의 건강유지 및 향상에 상당한 역할을 한 것으로 판단되고 있음.

□ 주요 건강지표를 통한 신노년층(베이비붐세대)의 건강상태를 살펴보면 다음과 같음.

○ 일반적 건강상태의 변화

- 주요 사망률지표에서는 시간의 흐름에 따라 일관성 있게 지속적으로 하락하여 온 것으로 나타나고 있는데, 사인별 사망률측면에서 보면, 40대 후반에서는 혈액 및 조혈기관질환과 면역기전을 침범하는 특정장애, 내분비영양 및 대사질환, 피부 및 피하조직의 질환 등에서는 사망률이 늘어나다가 다시 줄어드는 양상을 보였고, 50대 초반에서는 신경계통, 피부 및 피하조직의 질환 등에서는 사망률이 늘어나다가 다시 줄어드는 양상을 보이고 있음.
- 평균수명측면에서도 베이비붐세대에 국한하지 않고 전반적으로 연장되고 있는 경향을 보이고 있음.
- 특정질환의 제거시 나타날 수 있는 일종의 건강수명측면에서 보면, 악성신생물(암), 순환기질환 및 뇌혈관질환의 제거시 기대수명의 증가가 가장 높게 나타나고 있다는 것을 감안할 때, 이들 질환이 3대 사인에 해당하고 있는 것과 일치함을 알 수 있음. 이들 질환 이외에는 기대수명의 증가분이 점점 하락하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 이는 그들 질환에 의한 사망이 개선되고 있음을 시사해 주고 있음.

○ 건강실천행위의 변화(국민건강·영양조사자료 기준)

- 분석대상자(45~49세)의 건강행태를 흡연율, 음주율, 고위험음주

을, 주관적 비만인지율, 규칙적 운동 실천율, 건강검진 수검률 등으로 분석해 보았음.

- 흡연율의 경우, 남자는 1998년에 67.1%, 2001년 62.7%, 2005년 56.7%로 나타나 점점 줄어들었으나, 여자의 경우 1998년 3.8%, 2001년 4.4%, 2005년 6.0%로 증가하는 것으로 나타났다.
- 음주율의 경우, 1998년, 2001년에 비해 2005년의 경우가 더 높게 나타났는데, 2005년의 경우 남성의 음주율은 85.9%, 여성의 음주율은 75.1%에 달했음. 또한 한 번의 술좌석에서 남성의 경우 소주 7잔 이상, 여성의 경우 소주 5잔 이상을 마시는 고위험 음주 또한 그 이전에 비해 2005년도의 경우가 가장 높았는데, 특히 남자의 경우 고위험 음주율이 점차적으로 높아지는 추세(1998년: 40.0%, 2001년: 42.0%, 2005년: 67.8%)를 볼 수 있었음.
- 스스로 비만이라고 느끼는 주관적 비만 인지율은 2005년의 경우 39.4%로 나타났으며, 남자(36.5%)에 비해 여자(42.8%)의 주관적 비만인지율이 약 6%포인트 더 높은 것으로 나타났다. 또한, 체중을 유지하거나 줄이려는 체중조절 노력을 하는 사람의 비율은 2005년 46.0%, 2001년 41.3%, 1998년 25.9%로 나타났다.
- 분석대상자 중 규칙적으로 운동하고 있는 사람들의 비율은 1998년 20.6%, 2001년 28.4%, 2005년 48.4%로 점차 높아졌으며,
- 건강검진 수검률은 2005년의 경우 남자 61.9%, 여자 48.3%로 여자에 비해 남자가 더 높았으며, 연도별로는 1998년도와 비슷하게 나타났다.

○ 유병상태의 변화(국민건강·영양조사자료 기준)

- 건강상태를 나타내는 분석변수로는 암, 고혈압, 심장질환, 관절염, 당뇨병, 뇌졸중, 고지혈증, 만성폐쇄성폐질환 등 주요 만성질환 유병률을 사용하였으며, 거의 모든 만성질환에서 연도에 따라 유병률이 점차 높아지는 경향을 나타내었음.
- 악성신생물(암) 유병률의 경우, 1998년 인구 천명당 0.4명, 2001

년 1.7명, 2005년 1.9명 등으로 크게 높아지는 것으로 나타났으며, 성별로는 남자에 비해 상대적으로 여성의 암 유병률이 높은 것으로 나타났음.

- 고혈압의 경우에도, 1998년 인구 천명당 4.1명, 2001년 7.9명, 2005년 11.5명으로 상당히 빠르게 증가하는 것으로 나타났음.
- 관절염의 경우, 분석대상 질환 중 가장 높은 유병률을 보이는 질환이었는데, 1998년 인구 천명당 9.3명, 2001년 5.9명, 2005년 9.7명으로 나타났고, 성별로는 남자보다 여성의 증가율이 더 뚜렷한 것을 알 수 있었음.
- 당뇨병 또한, 1998년 인구 천명당 2.5명, 2001년 2.6명, 2005년 4.7명으로 증가추세에 있었고, 성별로는 남성의 유병률이 더 높은 것으로 나타났음.
- 만성폐쇄성폐질환의 경우, 1998년과 2001년에는 만성폐쇄성폐질환 외에 만성기관지염과 폐기종 등이 포함되어 2005년 유병률보다 높은 것으로 나타났음.

○ 치료상태의 변화(국민건강·영양조사자료 기준)

- 중년계층의 치료행태를 살펴보기 위해 최근 5년간(2004~2008년) 건강보험통계 연보를 분석해 본 결과, 연령군별 평균 수진횟수, 연령군별 진료일수 및 진료비 비중, 그리고 질병별 연령군별 진료 인원 및 진료비 비중의 변화는 다음과 같음.
- 평균 수진회수는 증가하였고, 이러한 현상은 입원, 외래 공통적으로 나타났으며, 연령이 높아질수록 수진 횟수가 더 많은 것으로 나타났음. 진료일수 및 진료비 비율은 연령이 높아질수록 진료일수 비율이 점차 높아지는 것을 확인할 수 있었고, 연도별로는 2004~2007년까지 점차 비중이 높아지다 2008년도에는 낮아졌음.
- 진료비 또한 연도별로 베이비부머 세대가 차지하는 비율이 점차 높아지는 경향을 나타내었음. 진료일수 비율과 비교하면, 베이비부머세대의 경우 진료일수에 비해 진료비가 차지하는 비율이 대

체적으로 낮았으나 2008년의 경우에는 진료일수에 비해 진료비 비율이 더 높은 것으로 나타났다.

- 질병의 암, 고혈압, 심장질환, 당뇨, 뇌혈관 질환에 대해 연령군별 진료인원 및 진료비 비율을 살펴보면, 질병별 진료인원의 경우 암, 고혈압은 연도별로 높아지는 추세에 있고, 반대로 뇌혈관질환은 연도별로 낮아지는 추세에 있었음.
- 질병별로 진료비 비율을 구하였을 때, 가장 높은 진료비 비율을 차지하는 질병은 암이었는데, 전체 진료비 중 40대가 차지하는 비율이 17~18%, 50대는 22~23%인 것으로 나타났다. 다음으로 당뇨, 고혈압, 심장질환, 뇌혈관질환의 순으로 나타났다.

○ 정신 및 행동장애의 유병상태(환자조사자료 기준)

- 정신 및 행동장애의 인구 십만명당 외래환자 수진율 또한 연도별로 증가추세에 있는데, 45~49세 집단의 경우 1999년 인구 십만명당 70.4명에서 2009년 123.3명으로 약 1.8배 증가하였고, 50~54세 집단 또한 1999년 79.1명에서 2009년 143.8명으로 1.8배 증가, 55~59세 1999년 105.1명에서 2009년 151.2명으로 1.4배 증가한 것으로 나타났다.

□ 신노년층(베이비붐세대)의 장기요양관련 의식수준에 대한 조사결과를 살펴보면 다음과 같음).

- 베이비붐세대의 노인장기요양보험제도에 대한 인지도가 85.9%로 나타나, 높은 수준의 인지도로 보임.
- 베이비붐세대의 노후 희망수발형태는 가족에 의한 수발의향이 32.7%, 요양보호사 등 제도에 의한 전문간병인력에 의한 수발의향은 67.2%로 나타나, 비교적 노인장기요양보험제도의 이용의향이 높은 것으로 보임.

1) 정경희 외(2010). 중년층의 생활실태 및 복지욕구조사 자료분석

- 그러나 가족 중에서는 배우자에 의한 수발이 거의 대부분을 차지하고 있어 노노케어의 부작용이 우려되고 있음.
- 장기요양보험제도에 의한 서비스유형 중에서는 재가서비스보다 요양시설이나 요양병원 등 시설계통의 서비스를 선호하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 이러한 경향이 그대로 노년기에도 나타난다고 하는 경우에는 향후 장기요양보험재정의 폭증이 우려되고 있는 것으로 생각됨.

□ 장기요양서비스 이용에 대한 의향에 영향을 미칠 수 있는 요인을 분석해 본 결과 다음과 같은 결과를 얻었음.

- 첫째, 자신의 (시)부모에게 노인요양보험제도의 서비스를 이용하게 할 의향이 있는가(부모1 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상태(SES)변수 중에서 교육수준을 보면, 전문대이상 졸업자에 비해서 고졸자가 1.5배, 중졸자가 1.4배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났고, 이를 반영하듯이 500만원 이상 소득자에 비해서 300~500만원 미만자가 1.5배, 300만원 미만자가 1.9배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났음. 그 이외의 변수에서는 현재 부모가 장기요양서비스를 이용하고 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해서 2.3배나 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났음.
- 둘째, 자신의 (시)부모에게 노인요양보험제도의 시설서비스를 이용하게 할 의향이 있는가(부모2 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상태(SES)변수 중에서 교육수준을 보면, 전문대이상 졸업자에 비해서 고졸자가 1.3배, 중졸자가 1.4배, 초졸자가 1.4배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났고, 이를 반영하듯이 500만원 이상 소득자에 비해서 300만원 미만자가 1.5배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났음.
- 셋째, 자신의 (시)부모에게 노인요양보험제도의 재가서비스를 이용하게 할 의향이 있는가(부모3 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상

태(SES)변수 중에서 교육수준을 나타내는 변수에서는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 그 대신에 500만원 이상 소득자에 비해서 300~500만원 미만자가 1.4배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났고, 유배우자에 비해서 무배우자가 1.5배 재가서비스의 이용의향을 보이고 있으며, 현재 부모가 장기요양서비스를 이용하고 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해서 1.9배나 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났다.

- 넷째, 이번에는 중년층 본인의 공적 장기요양서비스를 이용할 의향이 있는가(본인1 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상태(SES)변수 중에서 교육수준을 나타내는 변수에서는 전문대이상 졸업자에 비해서 중졸자가 1.3배, 초졸자가 1.5배 높게 이용의향을 나타냈음. 소득수준에서도 동일하게 500만원 이상 소득자에 비해서 300~500만원 미만자가 1.6배, 300만원 미만자가 1.6배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났다. 또한, 유배우자에 비해서 무배우자가 1.7배 이용의향을 보이고 있으며, 가구형태에서는 1인가구에 비해서 부부가구, 자녀동거가구, 확대가족이 모두 이용의향이 약 40~60%정도 낮은 것으로 나타났다. 그리고 현재 부모가 장기요양서비스를 이용하고 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해서 1.4배나 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났고, 취업중인 경우에 비해서 미취업인 경우가 약 21%정도 이용의향이 낮은 것으로 나타났다.

- 다섯째, 중년층 본인의 공적 장기요양 시설서비스를 이용할 의향이 있는가(본인2 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상태(SES)변수 중에서 교육수준을 나타내는 변수에서는 전문대이상 졸업자에 비해서 고졸자가 1.2배, 중졸자가 1.4배, 초졸자가 1.6배 높게 이용의향을 나타냈음. 소득수준에서도 동일하게 500만원 이상 소득자에 비해서 300~500만원 미만자가 1.5배, 300만원 미만자가 1.7배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났다. 또한, 유배우자에 비해서 무배우자가 1.4배 이용의향을 보이고 있으며, 가구형태에서는 1인가구에 비

해서 부부가구, 자녀동거가구, 확대가족이 모두 이용의향이 약 40~55%정도 낮은 것으로 나타났음. 그리고 현재 부모가 장기요양서비스를 이용하고 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해서 1.3배나 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났고, 취업중인 경우에 비해서 미취업인 경우가 약 20%정도 이용의향이 낮은 것으로 나타났음.

- 마지막으로, 중년층 본인의 공적 장기요양 재가서비스를 이용할 의향이 있는가(본인2 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상태(SES)를 나타내는 교육수준과 소득수준 변수에서는 300~500만원 미만자를 제외하고는 통계적 유의한 차이가 보이지 않았고, 단지 유배우자에 비해서 무배우자가 1.5배 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났음.
- 결국, 종합해 보면, 대체적으로 교육수준이나 소득수준이 낮은 계층에게서 장기요양서비스의 이용의향이 높게 나타나고 있음. 이러한 경향은 재가서비스보다는 시설서비스측면에서 강력하게 나타나고 있는 것으로 판단됨.
- 그리고 일반적 특성에 해당하는 결혼유무나 가구형태가 부모보다는 자신의 장기요양서비스의 이용의향에 더 큰 영향을 주고 있는 것으로 보임.

- 노인장기요양보험제도에 의한 재정추계를 해 보면, 일차적으로 인구수, 특히 후기고령자수에 의해 크게 좌우되고 있는 것으로 나타남. 이들 계층의 특징은 높은 만성질환이환, 높은 독거상태 등을 거론할 수 있기 때문에 이들 변수의 변화에 따라 재정지출규모가 변동하는 것으로 판단됨.
- 그러나 OECD 등의 분석자료에 의하면, 향후 재정지출의 주요 결정요인으로 일상생활기능의 장애율(prevalence of dependency), 시설서비스비중 등이 거론되고 있다는 점을 감안할 때 베이비붐세대의 건강상태의 변화는 주시할 필요가 있겠음.

IV. 정책제언

□ 중·장년계층 대상의 특별 건강증진프로그램 개발 및 보급

- 베이비붐세대의 건강실천행위를 보면, 흡연율은 저하하고 있지만, 음주율은 여전히 높거나 증가하고 있는 추세에 있음. 그 반면에 운동 등 개인적인 건강관리에도 높은 실천을 보이고 있어 비용효과적이지 못한 건강증진행태를 보이고 있는 것으로 나타나, 대책이 요구됨.
- 이와 같이 음주나 운동실천율이 높은 이유는 근로에 따른 생활상의 정신적 스트레스를 그러한 방식으로 해소하는 것으로 풀이할 수 있음. 즉, 이러한 방식의 건강증진은 소요비용이 많이 소요될 것으로 예상되는데, 이는 음주로 인한 건강손실을 다시 운동을 통하여 획득한다는 것으로 이해할 수 있어 비용효과적이지 못하다는 의미임.
- 따라서 직장내에서의 사전적인 스트레스예방프로그램의 개발이 필요하고, 사후적으로는 음주보다는 운동 등, 스포츠활동이나 문화강좌의 수강을 통한 스트레스해소를 위해서 지역내 스포츠클럽 및 문화강좌의 수강비용을 바우처방식으로 지원할 수 있는 방안을 개발, 활성화시킬 필요가 있음.
- 그리고 흡연율과 관련해서는 여성의 흡연율이 남성보다는 훨씬 낮은 수준이지만, 증가하는 양상을 보이고 있다는 점이 우려스러운데, 이는 젊은 시기부터 흡연이 습관화된 여성이 나이가 들면서 나타나는 현상으로 볼 수 있겠지만, 40대후반 여성의 흡연을 생각해 본다면, 그 이외의 요인이 내포되어 있을 가능성이 있음. 따라서, 여성흡연자를 대상으로 한 금연프로그램의 개발이 필요함.
- 또한 중장년계층의 비만율도 지속적으로 증가하고 있는 양상을 보이고 있는데, 이는 각종 만성질환의 발병으로 이어지는 원인으로 되어 있기 때문에 중장년계층대상의 특정검진 및 특정보건교육프로그램의 개발이 시급함.

□ 중장년계층 대상의 고혈압·당뇨병·관절염 예방 및 관리체계 구축

- 중장년계층의 고혈압이나 당뇨병의 유병률이 최근 유난히 높게 나타나고 있어 현행보다도 만성질환관리의 강화가 필요할 것으로 보임. 이를 위해서는 건강검진시 고혈압의 전 단계에서부터 적극적으로 자가관리할 수 있도록 유도하는 보건교육을 강화시킬 수 있도록 하고, 운동이나 생활습관의 개선을 통해서 관리할 수 있도록 하는 건강관리 바우처를 개발, 보급할 필요가 있음.
- 베이비붐세대의 은퇴가 시작되고 있는 시점에서 볼 때, 보건소중심의 관리방식에서 벗어나, 민간의료기관까지 내포한 지역사회중심의 만성질환예방관리형 건강바우처의 개발이 요구됨.
- 특히, 주요 만성질환의 관리 소홀은 일상생활기능의 발생과 깊은 관련성이 있고, 장기요양비용의 증가에도 이어지기 때문에 현행과 같은 질환이환율의 현상은 반드시 억제시킬 필요가 있음. 즉, 만성질환에 따른 일상생활기능의 저하 위험인자의 보유정도를 사전적으로 파악할 수 있는 건강검진 지표의 개발이 요구되고, 사전적인 발생의 예방 및 지연을 유도할 수 있는 보건교육체계의 구축이 요구됨.
- 노인의료비 및 장기요양비의 증가요인은 만성질환의 이환정도, 중증화정도, 치료비용규모 등이 일차적으로 결정되기 때문에 향후 그러한 비용의 폭증을 사전적으로 예방한다는 차원에서의 대책이 요구됨.
- 노인의료비의 적정유지를 위해서는, 질병중증화이후의 고비용 치료중심의 진료체계에서 질병예방 및 경증유지를 위한 저비용 예방의 지역보건의료체계의 강화가 요구되고 있음.

□ 장기요양비용증가의 억제를 위한 체계 구축

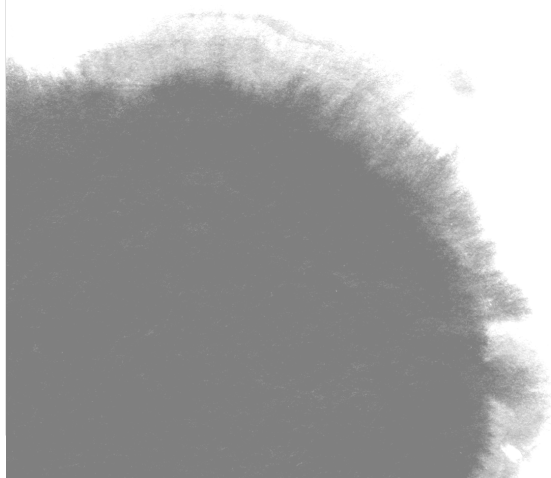
- 중장년계층의 장기요양욕구는 거의 존재하지 않는 것으로 볼 수 있음. 이는 일상생활상의 동작기능에 제한이 발생하여 타인으로부터의 신체적 도움을 받을 필요가 있어야 하는데, 중장년계층은 장애인을 제외하고는 연령측면에서 볼 때 그러한 기능상의 제한이 발생할 가

능성이 희박하기 때문임. 다만, 중장년계층의 부모는 이미 고령기에 접어든 경우가 대부분이기 때문에 장기요양서비스에 대한 욕구가 부모를 위해서 존재할 수 있음.

- 그러한 관점에서 중장년계층의 장기요양욕구를 분석해 본 결과, 재가 서비스보다는 시설서비스를 선호하고, 그러한 시설서비스는 소득수준 등 경제적 지위가 낮은 계층에서 보다 높다는 점이 발견되었음. 자녀동거 이외에 고령자동료간의 동거 등 새로운 개념의 고령자주거형태를 개발하여 고비용의 시설입소를 사전적으로 억제시킬 필요가 있음. 또한, 장기요양비의 적정유지를 위해서는 시설중심의 서비스지원 체계에서 가족·지역사회를 중심으로 한 재가·지역사회케어서비스체계의 구축이 요구됨.
- 마지막으로, 베이비붐세대의 건강상태를 추적, 관리할 수 있는 코호트연구의 개발이 요구됨. 이를 통해서 주기적으로 노인의료비 및 장기요양비의 장래추계를 수행할 수 있는 연구가 필요하며, 그 결과를 건강보험재정 및 노인장기요양보험 재정의 안정적 유지전략을 수립하는데 활용할 수 있는 체제의 구축이 요구됨.

01

서론



제1 절 연구배경 및 목적

1955년부터 1963년까지 9년에 걸쳐 태어난 베이비붐 세대는 모두 712만 명(남성 358만 명, 여성 354만 명)에 달한다. 베이비붐이라는 이름이 붙은 이유는 이 시기에 태어난 아이들의 숫자가 과거와는 비교되지 않을 정도로 엄청나게 많았기 때문이다. 매년 태어나는 출생아 수는 1950년대 초까지만 해도 연간 30만~50만 명 수준이었으나, 한국전쟁이 끝난 후 연 70만~100만 명 수준으로 폭발적으로 증가했다.

초기에는 베이비붐 세대가 800만 명 가까이 태어났으나, 어릴 때 질병에 걸려 사망하거나 교통사고와 자연재해 등을 당해 그동안 많은 사람들이 사망했는데, 금년도부터 단계적으로 은퇴에 들어가는 베이비붐세대들은 그러한 사회적, 생물학적 위험을 극복하고 살아남은 생존자들이라 하겠다.

통계청의 인구센서스와 사회조사자료를 살펴보면, 현재 50대 전후의 나이가 된 베이비붐세대들의 특징이 몇 가지 나타나고 있다. 즉, 절반수준이 수도권에 거주하고 있으며, 평균적인 초혼연령은 25.7세였으며, 자녀수는 평균 2.0명이고, 월 가구소득은 353만 원(2009년)인 것으로 나타나고 있다. 또한 금년도 기준으로 베이비붐세대의 고용률은 74.6%(남성 88.5%, 여성 60.3%)로 4명 가운데 3명이 현재 경제활동에 참가하는 것으로 나타나고 있다.

베이비붐세대 가운데 대졸(대학과 대학원 졸업) 이상의 학력을 가진 사람의 비율은 28.5%로 나타났고, 건강상태를 보면, 어린 시절의 영양섭취가

부실했던 반면에 이들이 성인이 되고나서는 오히려 경제성장의 과실로 인한 과잉의 영양섭취의 습관으로 생활습관병이 비교적 높은 수준이다. 예를 들면, 베이비붐세대의 36%가 고혈압을 앓고 있으며, 또 41%가 현재 비만 상태에 있는 것으로 나타나고 있다. 이러한 현상이 지속되는 경우에는 이들이 노년기에 접어들면 의료비지출이 높아질 것으로 예측되는데, 특히 전체 건강보험진료비 중에서 노인의료비가 차지하는 비중이 2010년 현재 30%를 초과하는 것으로 전망되고 있기 때문에 건강보험재정의 심각한 위기가 다가올 수 있을 것이다.

한편, 우리나라 가구 형태의 변화 추이를 보면, 3세대 가구(조부모와 부모, 자녀들로 구성된 가정)의 비중은 1960년 30%선에서 1975년 20%, 1990년 12%, 2005년 7%선으로 급속히 하락하고 있다. 반면 부부 2명으로 구성된 1세대 가구와, 부부와 자녀들로 구성된 2세대 가구 수는 1970년 428만 가구에서 1995년 984만 가구로 25년 사이에 2배 이상 증가했다. 기능적으로 볼 때, 핵가족은 산업사회에 적합한 가족 구조로 볼 수 있는데, 핵가족의 특징은 ‘부모와 자녀’ 2대만으로 구성되고, 남편과 아내 간의 분업체제가 확실하다는 점이다. 베이비붐세대는 비록 농경사회에서 태어났지만, 산업사회의 주역으로 활동하면서 우리나라 가족제도에 일대 변화를 가져왔다고 하겠다.

통계청 조사 자료(2005년 인구센서스)에 따르면, 전술한 바와 같이 베이비붐세대의 평균 자녀수는 2.0명으로 나타나고 있는데, 이는 금년도 65세 이상의 고령자들의 평균 4.0명과 비교하면, 자녀수가 절반 수준으로 줄어든 수치이다. 베이비붐세대의 결혼 시점(1970년대 중반~1980년대 후반)이 정부의 강력한 산아제한정책이 추진되었던 시기와 맞아떨어진다는 점을 고려할 때 현재의 저출산현상은 자연스런 것이라고 할 수 있다.

이상과 같은 몇 가지의 베이비붐세대의 특징을 볼 수 있겠는데, 건강상태측면에서 보면, 양호한 영양섭취의 영향으로 각종 질병의 발생이 줄어든 것만은 사실이지만, 한편에서는 잘못된 식습관의 영향으로 생활습관병(만성질환)이 오히려 베이비붐세대의 이전세대에 비하여 더 늘어난 것으로 나타

나고 있는 등, 건강수준의 악화가 나타난 부분도 있다는 것이다.

이와 같은 베이비붐세대의 건강실태를 파악, 분석된 연구가 아직 수행되지 않고 있는 실정인데, 이는 그동안 수행되어 왔던, 국민건강·영양조사가 전국표본조사에서 벗어나 2007년도부터 주당 200~250명씩 매년 연중조사하는 것으로 전환되었기에 전국 표본대표성이 상실되어 전국대표성이 있는 자료가 생산되고 있지 못하기 때문인 것으로 보인다. 다만, 최근의 2010년에 들어서 한국보건사회연구원에서 베이비붐세대를 포함한 중년계층의 생활실태 및 복지욕구에 대한 전국표본조사를 시행한 바 있고, 이를 계기로 각종 연구분석이 이루어질 것으로 보인다.

본 연구는 베이비붐세대에 해당하는 현재 중장년계층의 건강실태 및 향후 장기요양욕구에 대한 분석을 통해서 현재 지니고 있는 정책적 문제점을 파악하고 개선방향을 제시하는 것을 궁극적인 목적으로 하고 있다.

그러한 현재의 건강상의 문제로 인한 영향은 크게 두 가지로 구분해 볼 수 있는데, 그 하나는 정년퇴직을 목전에 두고 있는 베이비붐세대라면 향후 장기간의 노년기를 대비하는 입장에서 건강유지에 신경을 써야 하는 계층이기 때문에 향후의 노인의료비나 장기요양비를 적정수준에서 유지해야 한다는 것이다. 또 하나는 베이비붐세대에 해당하지만, 아직 현직에 종사하고 있는 경우라면, 현재의 비건강행태를 개선하여 만성질환의 발생을 사전에 적극적으로 예방하게 하여 양질의 근무능력을 유지하게 하여야 한다는 것이다.

제2절 연구내용 및 방법

연구의 내용은 크게 3부분으로 나누어 진행되었다.

첫째, 베이비붐세대가 성장하고 생활해 오면서 겪었던 경제·사회·환경적 변화에 대해 살펴보았는데, 이는 그러한 변화가 베이비붐세대의 건강상태에 긍정적이든, 부정적이든지 간에 영향을 끼쳤을 것이라는 가정이 내포되어 있기 때문이다. 그리고 아울러 베이비붐세대의 건강수준을 유지하는데 지대

한 공헌을 한 건강보험 등, 보건의료정책의 변화에 대해 검토해 보았다.

둘째, 베이비붐세대의 현재의 건강실태를 파악해 보았는데, 현존자료가 불충분할 뿐만 아니라 기존자료도 최근의 조사자료가 부재하기 때문에 정확한 건강실태를 파악하는 데에는 한계가 있었다. 따라서, 분석에 활용된 자료에 따라서는 베이비붐세대의 현재 연령대보다 낮았던 시기의 건강수준을 나타내는 것이었다. 이는 ‘건강(health status)’이라는 것이 연령대에 따라서 크게 변동하는 성질을 지니고 있는 것이어서 동일한 베이비붐세대일지라도 연령대별로 건강상태가 달라질 수 있다. 그래서 활용된 지표에 따라서는 중장년층에 있어서의 베이비붐세대의 건강상태를 나타내는 것이 아니라는 점을 감안해 두어야 할 것이다.

셋째, 베이비붐세대의 장애 장기요양보호욕구에 대해 살펴보았다. 원래 장기요양보호(long term care)의 욕구는 노년기, 특히 후기고령자에게서 집중적으로 발생하는 것이기 때문에 베이비붐세대가 장기요양서비스를 받는 것은 극히 드문 일로 보아야 할 것이다. 그러나, 베이비붐세대의 부모세대는 현재 장기요양대상자가 되어 있을 가능성이 존재하기 때문에 장기요양 서비스에 대한 의식이 존재해 있을 것이고, 본인도 향후 노년기에 발생할 수 있을 장기요양상태에 대해서도 의식하고 있을 가능성이 베이비붐세대의 이전세대에 비해 높을 것이다. 따라서, 현재 장기요양서비스를 이용하지는 않지만, 장애의 이용의향에 대한 의식수준, 그리고 그 이용의향에 영향을 주고 있는 요인을 파악해보는 선에서 머무르고 있다. 그렇지만, 현재 그러한 이용의향이 노년기에도 그대로 나타날 것으로는 보이지 않는다. 그 이유는 현재 당장 장기요양서비스를 받을 가능성이 없고, 2~30년 이후에 발생할 것이기 때문이라는 것이다.

넷째, 베이비붐세대가 현재 이용하고 있거나 이용 가능한 보건의료정책 및 장기요양정책에 대해서 살펴보았다. 즉, 현재의 건강실태에 적절하게 대응할 수 있는 체계로 구축되어 있는가를 가름해보는 선에 기술적으로 검토하였다.

마지막으로, 전술한 분석결과를 바탕으로 정부가 추진하여야 하는 과제

를 제언하였다.

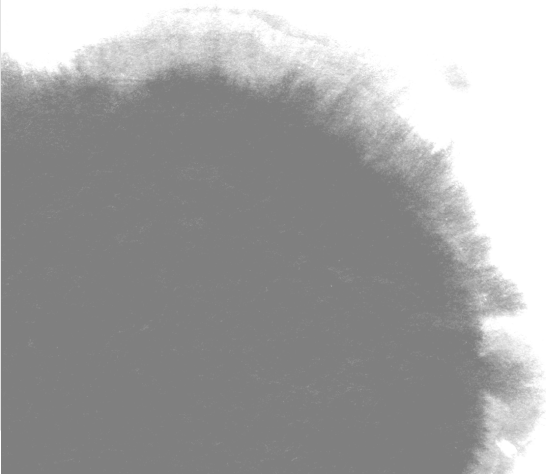
이상과 같은 연구내용을 분석하기 위해서 기존에 발간, 공표되고 있는 각종 통계자료, 2010년 한국보건사회연구원에서 실시한 중년층 생활실태 및 복지욕구조사자료 등을 활용하는 것으로 하였다. 즉, 원자료를 재분석하는 것이 아니라 공표된 통계자료를 재가공하는 방법으로 현황을 분석하였다.

베이비붐세대의 인구규모가 큰 만큼, 향후에 각종 사회보장제도의 수혜계층이 되는 시점에서는 지출규모가 매우 클 것인데, 특히 건강보험지출이나 노인장기요양보험지출의 경우에는 건강상태에 의해 크게 좌우되기 때문에 현재의 베이비붐세대의 건강관리가 상당히 중요하다고 할 수 있다. 따라서, 결과중심의 통계 자료로써는 향후 문제에 대비하기 어렵다는 점에서 실효성있는 정책대안이 제시되지 못한다는 점이 본 연구의 한계로 지적할 수 있다.

참고로 본 보고서에서 사용하고 있는 용어에 대해 설명하고자 하면, 베이비붐세대는 1955년생부터 1963년생까지의 코호트인구를 말하며, 이들 계층을 대상으로 한 조사자료를 이용하여 부분적으로 베이비붐세대에 관한 분석을 수행하였다. 그리고 베이비붐세대가 현재 중장년계층을 나타내는 시기에 접어들어와 있다는 점에서 베이비붐세대에 해당하는 자료가 없는 경우, 45~49세나, 50~54세 연령층의 통계자료를 이용하여 분석하기도 하였다. 또한 이용가능한 통계자료의 발행연도와 연령을 비교하여 적절하게 분석연령을 사용하기도 하였다. 다시 말하면, 2010년 현재 베이비붐세대에 해당하는 46세는 2008년도에는 44세가 된다는 가정하에 2008년도의 베이비붐세대의 연령이 44~52세가 된다는 것이다. 그러나, 현재의 베이비붐세대의 상태를 정확하게 나타낼 수 없다는 것이 한계점이다.

02

신노년층(베이비붐세대)의
건강환경에 미친 사회환경적 변화



제2장 신노년층(베이비붐세대)의 건강형성에 미친 사회환경적 변화

제1 절 사회경제적 환경의 변화

1. 생활양식의 변화

베이비붐 세대들은 1970년대 중반부터 취직, 또는 대학에 다니기 위해 지방에서 대거 서울·수도권지역으로 이동하였다고 볼 수 있다.

1980년대 중반까지 우리나라의 가정에서 가장 많이 사용하던 난방과 취사 수단은 연탄불이었는데, 연탄은 값싸고 사용하기 편리한 서민용 연료였지만, 불완전 연소(燃燒)가 이뤄질 때 나오는 유독 연탄가스(이산화탄소)는 치명적인 중독사고를 자주 일으켰던 주범이었다. 당시에는 석탄이 주요 산업성장의 동력원이었기 때문에 일반가정으로도 보급되던 시기였는데, 목재에 의존하던 때보다 생활난방 및 식생활환경은 훨씬 개선되었지만, 주택환경이 개선되지 못한 상황 속에서 석탄연료는 건강에 좋지 못한 영향도 준 것이 사실이었다.

여기에서 베이비붐 세대들이 도시로 집중되던 1970년대 중·후반, 수도권의 주택사정을 살펴보면, 단독주택이 압도적으로 많았다. 그러나, 베이비붐 세대들이 한꺼번에 몰려들면서 대도시의 주택가격이 빠르게 상승하기 시작하였고, 주택난이 심각해짐에 따라 정부는 서울·수도권에 공동아파트를 지어 공급하기 시작하였는데, 이러한 주택정책은 베이비붐세대의 주거생활을 바꾸게 했다고 본다. 특히, 입식주방과 수세식 화장실의 실내 설치는 편리

한 조리과 같은 식생활과 위생적인 환경 속에서 생활할 수 있게 해 주었다고 할 수 있다. 이러한 변화는 일상생활 속에서 발생할 수 있는 안전사고 뿐만 아니라 환경위생의 불량으로 인한 전염성질환의 발생도 상당히 축소시킬 수 있었던 것으로 생각된다.

한편, 베이비붐세대가 40대에 IMF의 구제금융시대를 만나, 일부는 구조조정으로 퇴직을 강요당했지만, 한쪽에서는 퇴직을 당하지 않으려고 초과근무도 빈번하게 해야 하는 환경 속에서 생활하고 있었다. 이러한 치열한 생존경쟁을 하면서, 베이비붐 세대는 업무에서 받는 스트레스가 상대적으로 커져 40대 후반, 50대 초반에 과로사(過勞死) 또는 돌연사(突然死)하는 베이비부머들이 많이 생겨나고 있다. 업무로부터 받는 스트레스가 커지면서, 베이비부머들이 주축을 이루는 우리나라 40, 50대의 건강수준을 세계건강기구(WHO) 조사결과를 바탕으로 살펴보면, 우리나라의 40대 사망률이 세계에서 가장 높은 국가로 나타나고 있으며, 또한 40, 50대에 사망하는 남성들의 숫자가 여성들의 사망 숫자보다 3배나 높게 나타나고 있다(WHO, 2010).

2. 경제환경의 변화

베이비붐 세대들은 우리나라가 고도의 경제성장을 이루던 1970년대 중반부터 1980년대 후반까지 우리나라 제조업을 떠받친 중추적인 근로자계층이었다. 이들이 종사하던 시기에는 주로 우리나라의 초기 수출품 목록에 해당하는 봉제와 가발, 신발, 흑백TV 등, 손으로 만드는 제품이 절반 이상을 차지하고 있었다. 그 후 이들이 성장하여 ‘88서울 올림픽’ 이후 베이비붐세대는 과거의 생산주역에서 서서히 소비의 주역으로 바뀌고 있었다. 특히, 1990년대 후반에는 도시 근로자의 대부분이 자가용을 한 대씩 갖는 이른바 ‘마이카 시대’가 열렸고, 베이비붐세대는 생산 노동자로서, 또한 대량 소비자로서 경제발전의 발판이 되었다고 볼 수 있다.

한편, 여성의 사회진출과 맞벌이가구가 확산되고 있는 것도 베이비붐세

대가 겪고 있는 경제생활의 패턴이라 할 수 있다. 통계청의 경제활동인구 표본조사(3만3000가구)에 따르면(통계청, 2009), 도시가계의 40%가 현재 맞벌이를 하는 것으로 나타나고 있다. 이러한 맞벌이 비율은 일본(45%), 미국(60%) 등과 비교하면 아직 낮은 수준이지만, 최근 20, 30대 부부의 맞벌이비율이 70%를 넘어서고 있음을 볼 때 머지않아 비슷한 수준까지 오를 것으로 보인다. 그리고 우리나라 여성들의 취업활동이 활발해진 시점은 베이비부머의 사회진출 시기와 일치하는 것으로 나타나고 있다.

1975년부터 2000년까지 우리나라 여성들의 연령별 경제활동참가율의 변화를 보면, 15~19세 여성의 경제활동참가율이 2000년엔 12.6%를 나타내고 있으나, 1975년과 1980년엔 무려 36.9%, 34.4%를 기록하고 있음을 발견할 수 있다(통계청, 2009). 이는 과거에 중·고등학교를 졸업하고, 취업 활동을 한 소녀 베이비부머들이 무척 많았음을 보여주고 있다. 그리고 남성들의 연령별 경제활동참가율 추이를 보면, 이와 비슷한 양상을 볼 수 있는데, 예를 들면, 15~19세 남자의 경제활동참가율은 2000년엔 11.6%를 나타내고 있으나, 1975년과 1980년엔 이보다 아주 높은 36.8%, 27.3%를 각각 기록하고 있음을 알 수 있다. 당시의 산업현장의 작업 여건은 매우 열악하였다고 볼 수 있다.

한편, 한국경제가 중진국 수준을 넘어선 1990년대에 들어서부터는 한국인의 식생활이 변하여 서구화의 영향으로 쌀 소비가 줄어들고 빵과 채소류 소비가 크게 늘어났다. 또한 육류 소비량도 폭발적으로 증가하는 등, 식생활 패턴의 변화는 베이비부머의 건강상태에도 큰 영향을 준 것으로 보인다.

1997년에 발생한 IMF 경제위기는 한국사회에 엄청난 충격을 주었는데, 특히 정년까지 종사하는 것이 어려운 시기였다. 비록, 노동부가 1,950개 기업을 대상으로 조사한 자료에 따르면, 55세 정년이 42.9%(611개)로 가장 많고, 58세 정년이 23.4%(333개), 60세 이상이 16.5%(235개)로 각각 나타나고 있다(노동부, 2007). 다만, 이는 어디까지나 형식적일 뿐, 요즘에는 정년을 보장해 주는 기업들을 찾아보기 힘들 정도이다. 사실상, 직장인의 조기퇴직은 가계살림을 위협에 빠트리고 근로자의 건강을 크게 해치는 결

과를 낳고 있다. 더구나, 아직 재직 중에 있는 근로자도 언제 권고사직 등 퇴직을 종용받을지 모른다는 스트레스에 크게 시달리고 있는 것도 사실이다. 이런 점에서 IMF 이후 나타난 종신고용제의 종말과 비정규직의 확산 등 노동시장의 변화는 앞으로 한국인과 베이비붐 세대의 삶에 큰 영향을 줄 것으로 분석된다.

3. 건강생활을 위협하는 물리적 환경의 변화

베이비붐 세대가 태어나기 시작한 1950년 중 후반은 6·25 전쟁의 후유증으로 나라 전체가 어려운 상황에 있던 시기였다. 대부분의 국민들이 농업에 종사하는 상태에서 땀감 확보와 벌목 등으로 산림훼손이 상당히 심각했으나, 환경 측면에서 건강을 위협할 만한 오염문제는 공장자체가 거의 없었기 때문에 사회적 이슈가 될 정도는 아니었다.

환경오염 문제가 제기되기 시작한 것은 우리나라가 1962년부터 경제개발5개년계획을 추진하면서부터로 볼 수 있다. 특히, 제3, 4차 경제개발5개년계획 기간(1972~1981) 중에는 석유화학, 전자 등 중화학공업을 집중 육성하였는데, 그 과정 속에서, 지역 곳곳에 산업단지가 들어섰고, 대기나 수질오염 등의 환경문제가 본격적으로 발생하고 있었다. 그렇지만, 정부는 오물처리 수준의 위생(衛生) 문제로만 인식하는 정도였고, 1970년 중반을 기점으로 환경오염 기사를 지속적으로 보도하기 시작하고, 시민단체를 중심으로 한 자연보호캠페인이 전국으로 확산되면서 각종 관련 법령들이 제정되게 되었다. 예를 들면, 1977년 ‘환경보전법’, ‘해양오염방지법’ 등이 제정되었고, 1980년 지금 환경부의 전신인 환경청이 발족되었다. 그러나 환경관련법 제정과 독립 행정기관의 설치에도 불구하고, 정부의 단속 의지 부족과 기업들의 무관심 때문에 환경오염은 1980년대 말까지 무방비 상태로 있었다고 해도 과언이 아니다.

환경부 통계에 따르면, 1970년 시점에서 전국 곳곳에 들어선 화학, 제지, 피혁, 가구, 식품 공장들은 유기물질과 중금속 등의 수질오염 물질을 제대

로 처리하지 않은 채 하천으로 쏟아내었고, 그 결과 대도시 주변을 흐르는 하천들은 오염 상태가 심각한 상태에 이르렀다. 예를 들면, 한강의 지천인 중랑천의 오염정도는 매우 심각하여 하류지역의 BOD가 1974년 374.92mg/l까지 높아질 정도였다(환경부, 2009). 정부가 뒤늦게 1980년대 말부터 하천 수질 관리에 나서기 시작했으나, 하천수질은 좀처럼 개선되지 않아 국민들은 수돗물을 끓여 먹거나 정수해 먹기 시작하였다. 여기에서 베이비붐 세대가 학교를 다니던 1970년대 말, 전국의 하수도 보급률은 8%, 상수도 보급률은 32%선에 그치고 있었다(환경부, 2009). 따라서, 음용수와 생활하수의 관리가 불량함에 따라 수인성(水因性) 전염병이 당시에는 국민보건을 크게 위협할 정도였다.

한편, 산업화 과정에서 발생한 오염문제로 심각한 것이 대기오염이었다. 매연, 먼지, 가스 등 대기오염 물질들이 공장 증설(增設)과 자동차 보급의 확대에 급속히 늘어난 것이다. 대기오염 문제가 심각해지자 정부는 1977년 ‘환경보전법’을 제정하여 대기환경 보호에 관심을 갖기 시작했다. 무엇보다도, 경제개발초기, 대기오염이 급속히 나빠진 곳은 수도권이라 할 수 있다. 도로와 철도, 항만 등 교통이 편리한 경인지역에 공장들이 집중적으로 들어선 결과, 서울과 인천 지역의 대기가 급속히 악화되었던 것이다. 이후 정부의 규제강화로 서울의 아황산가스(SO₂) 농도는 1988년 0.062ppm, 1994년 0.019ppm, 2002년 0.005ppm 수준으로 지속적으로 낮아져 지금은 양호한 수준을 유지하고 있다(환경부, 2009).

대기오염의 악화와 관련하여 주목받고 있는 것이 자동차 배출가스의 증가이다. 우리나라 자동차 보유대수는 1980년 52만대에 불과했으나, 2008년 1680만대로 3배 이상 급증했는데, 환경청조사에 따르면, 우리나라 전체 자동차에서 나오는 오염물질량은 연간 약 120만 톤(2006년 기준)으로, 전체 대기오염물질 배출량의 33%를 점유하는 것으로 조사되고 있다. 우리나라의 대기는 한때 납의 농도가 매우 높았으나, 1987년 자동차에 촉매장치를 부착하고 무연휘발유를 사용하는 것을 의무화한 후 급속히 감소하는 추세를 보이고 있다.

토양오염은 일반 환경오염에 비해 눈에 쉽게 보이지 않아 오염이 상당히 진행될 때까지 알기 어려운 특징을 지니고 있다. 급속한 경제성장과 식량 증산에 따라 국민들의 생활은 단시간 내에 풍족하게 되었으나, 그 과정에서 나타난 토양 오염은 큰 사회 이슈로 떠오르고 있다. 토양오염은 1970년대 초부터 문제가 되어 왔는데, 처음엔 폐광(廢鑛)의 광물 찌꺼기와 광산폐수에 포함된 중금속과 유해물질이 인근 하천과 농경지에 유입되는 사례가 문제를 일으켰다. 이어 골프장에서 잔디와 수목을 보호하기 위해 살포하는 농약들이, 토양오염을 심각하게 일으키는 사실이 발견되어 사회적으로 큰 파문을 불러 일으켰다.

토양 오염은 광산지대와 공업지대에서만 나타난 것이 아니었다. 농촌도 환경오염에 시달리기는 마찬가지였는데, 정부가 1970년대 중반부터 식량생산 증대 사업을 적극적으로 벌이면서 농가의 비료와 농약 사용량이 급속히 늘어났다. 농약의 사용은 작물의 병충해 피해를 감소시켜 곡물생산량을 늘리게 하지만, 토양 표면과 식물체에 뿌려지는 농약은 거기서 자라는 농작물에 고스란히 남게 된다. 그 결과 1970년대 후반부터 오염된 논과 밭에서 자란 농작물들이 우리 국민들의 건강을 크게 위협하는 요인으로 등장했다. 당시의 신문들에는 농약을 친 농작물을 섭취하고, 피부병과 소화기 계통 질병에 시달리는 사람들에 관한 기사가 많이 실려 국민들을 긴장시켰다.

마지막으로 거론할 수 있는 것이 아파트와 지하철 등 실내 공기의 악화이다. 1980년대 중반부터 한국인의 대표적인 주거수단으로 등장한 도시 아파트는 사람들의 생활을 매우 편리하게 해준 것으로 평가받고 있다. 그러나 전통한옥과는 달리, 아파트가 에너지 절약과 소음방지를 위해 실내를 외부와 최대한 격리시키는 밀폐 구조를 갖추면서 실내 공기의 환기가 어려워지고, 그 결과 집안 공기의 질(質)이 나빠지는 문제점을 낳고 있다. 특히 새 아파트 내부에서 발생하는 오염물질이 실내에 그대로 축적됨으로써, 기관지염·안질·두통·구토 등의 증상이 나타나는 이른바 ‘새집증후군(sick house syndrome)’은 새로운 환경성 질환으로 주목을 받고 있다. 또 새로 만들어진 건물과 사무실에서 비슷한 증상을 겪는 ‘건물증후군(sick building

syndrome) 환자들도 적지 않게 생겨나고 있다.

건물 내벽에 휘발성 유기화합물이 섞인 도료와 건축자재를 많이 사용하고 있는 것과, 보급이 크게 늘어난 환기 및 냉난방 시스템의 오작동이 이런 신증 질환을 일으키는 원인으로 지적되고 있다. 부적절한 배기·환기 때문에 지하 방에 습기가 쌓이고, 거기에서 곰팡이가 자라면서 각종 기관지 질환을 일으키고 있는 것이다. WHO(세계보건기구) 조사에 따르면, 실내의 오염물질은 실외에서보다 사람의 폐에 도달할 확률이 1000배나 높은 것으로 나타나고 있다. 따라서 실내 오염도를 20%만 줄여도 급성기관지 질환 환자를 10% 가량 줄일 수 있다고 WHO는 지적하고 있다(WHO, 2010).

실내공기 오염은 전국 주요 도시에 건설되어 있는 지하차도, 지하보도, 지하상가 등에서도 큰 문제로 등장하고 있다. 이러한 지하시설의 혼탁한 공기가 제대로 환기가 되지 않음으로써, 주민들의 건강을 해치고 있다는 지적이 잇따르고 있는 것이다. 이에 따라 정부는 뒤늦게 선진국의 규제 기준을 참고해 ‘지하생활공간 공기질 관리법(1997년)’, ‘다중이용시설 등의 실내공기질 관리법(2004년)’ 등을 제정하여 실내 공기질 관리에 착수했다. 실내공기의 오염과 이를 정화(淨化)하는 문제는 대기오염, 수질오염, 토양오염 못지않게 앞으로 베이비붐 세대의 건강관리에 큰 영향을 줄 것으로 보인다.

제2절 보건의료적 정책의 변화

베이비붐세대가 성장하면서 겪은 보건의료적 정책의 변화를 살펴보면 다음과 같다. 우리나라의 보건의료정책은 사실상 1977년도에 의료보험제도가 도입되면서 실질적으로 변화를 겪기 시작하였다고 볼 수 있다. 다시 말하면, 의료보험제도도 그 이전에는 다액, 또는 고가의 치료비용의 문제로 저소득계층뿐만 아니라 일반서민계층까지도 의료기관을 방문하는 것이 용이하지 않았던 것을 변화시켜 의료보험가입자라면 누구든지 진료비의 일부분을 이용자본인이 부담하는 것만으로 손쉽게 의료기관을 이용할 수 있게 만들었다.

즉, 의료보험제도의 도입을 계기로 의료기관의 방문이 용이해지면서 질병치료가 빠르게 이루어지게 되었고, 고가의 의료기기를 이용하여야 하는 치료를 제외하고는 일단 질병에서 크게 해방된 것도 사실이다. 이것이 베이비붐세대의 건강수준을 크게 향상시키게 한 요인으로도 볼 수 있다.

1. 주요 건강보험정책의 변화

그동안의 의료보험정책의 변화에 대해 연대별로 정리해 보면 다음과 같다. 먼저, 1970년대는 일반 민간기업체 등의 피용근로자를 대상으로 하는 직장의료보험제도(1977년)가 도입되었고, 이어서 공무원, 사립학교교직원 등의 특수직역 종사자를 대상으로 하는 별도의 의료보험제도가 각각 도입된 시기였다. 이 당시의 베이비붐세대의 연령대는 6~14세에서 시작하여 이들이 성장하면서 15~23세가 되던 시기였는데, 대부분이 학령기아동 및 청소년기를 맞이한 시기이기도 하였다. 즉, 의료보험제도가 도입되었다고 하더라도 피부양자의 자격으로 보험의료서비스의 혜택을 받고 있었던 시기였는데, 이들 연령대에서는 중증의 질병이라기보다는 호흡기질환과 같은 경증의 질병이환이 높았던 시기였다고 할 수 있다. 그러나, 의료보험제도의 초기단계이기 때문에 수혜대상자의 수가 적었고, 보험급여기간도 상당히 제한되어 있어서 전체의 베이비붐세대의 건강수준의 변화에는 크게 영향을 끼치지 못했다고 볼 수 있다.

1980년대에는 의료보험의 적용범위가 양적으로 팽창하던 시기였다. 즉, 직장의료보험제도의 경우, 도입초기에는 500인 이상의 대기업을 중심으로 적용범위가 한정되었었고, 그 이후 국민간의 형평성 확보차원에서 연차적으로 당면적용사업자의 범위를 중소기업 기업까지 확대되었다. 그러면서 1989년도에는 도시지역에 거주하는 자영업자까지 의료보험제도에 가입시키면서 전국민이 의료보험제도에 가입되는 전국민 의료보험제도가 달성되었다. 이 시기의 베이비붐세대의 연령분포는 16~24세를 시작으로 25~33세가 도달되던 형태를 띄고 있었다. 다시 말하면, 일부는 아직 청소년기에 들어

있던 시기도 있었지만, 대부분이 20대 및 30대 초반의 나이를 나타내고 있었기 때문에 전산업부문에서 생산활동을 시작하던 시기였다. 따라서 대기업 뿐만 아니라 중소기업체에 종사하는 근로자까지 의료보험제도의 혜택을 볼 수가 있었고, 자영업자라고 하더라도 취업활동을 한다고 하면 누구든지 의료보험제도를 통해서 질병치료를 손쉽게 받을 수 있었던 시기였다. 그렇지만, 여전히 의료보험제도의 요양급여기간, 즉 보험을 통해서 제도의 혜택을 받을 수 있는 기간이 제한되어 있었기 때문에 중병이나 장기간의 만성질환을 앓게 될 경우에는 큰 혜택을 볼 수 없었던 시기이기도 하다. 다만, 이 시기의 베이비붐세대의 연령이 청년시기였기에 그러한 장기간의 고비용을 필요로 하는 질병의 이환이 높지는 않았던 시기였다.

1990년대에는 일단 양적으로 팽창해 오던 의료보험제도가 각각 분리 운영되고 있었지만, 보험급여의 내실화를 추진하던 시기였다고 볼 수 있다. 다시 말하면, 1995년도부터 연차적으로 요양급여기간이 단계적으로 연장되고 있었고, 1999년도에 가서는 요양급여기간을 폐지하여, 필요하다면, 연중 보험급여를 받을 수 있도록 되었다. 즉, 장기간의 요양이 필요하면 일년 이상을 급여받을 수 있다는 의미이다. 이 시기의 베이비붐세대의 연령분포는 26~34세를 시작으로 35~43세가 도달되던 형태를 띄고 있었다. 다시 말하면, 거의 대부분이 20대 후반에서부터 40초반에 이르는 나이에 해당하고 있었고, 전산업부문에서의 생산활동을 왕성하게 실시하던 시기였다. 전술한 바와 같이 요양급여기간의 연장은 질병비용이나 기간에 구애받지 않고 치료에 전념할 수 있었기에 산업현장으로의 조기복귀를 가능하게 한 요인이기도 하였다. 그리고 1990년대 후반에 찾아온 경제위기 이전까지는 우리나라의 경제성장이 비교적 높은 수준에서 유지되던 시기였고, 근로자의 임금도 지속적으로 인상되던 시기였다고 할 수 있다. 이를 계기로 의료보험제도가 양적으로나 질적으로 발전을 거듭하였고, 그 과실이 베이비붐세대의 건강수준의 유지 및 향상으로 나타나고 있었다고 볼 수 있다.

2000년대에는 1990년대 말경에 발생한 외환위기의 여파로 경제사회의 각 부문에서 구조조정이 일어났던 시기였다. 의료보험도 각각 직장, 직역,

지역별로 운영되던 방식에서 하나로 통합되는 시기를 맞이하였고, 의약분업도 실시되기 시작한 시기였으며, 또한 그 제도의 변화로 의사, 약사, 정부 등이 갈등을 빚고 있었던 시기이기도 하였다. 중요한 것은 이 시기의 베이비붐세대의 연령분포가 36~44세에서 시작하여 2010년 현재 이들의 나이는 46~54세가 되어 있는데, 2000년대 초기부터 40대의 베이비붐세대는 구조 조정의 여파로 조기퇴직이나 권고퇴직을 당하기 시작한 시기였다. 이러한 환경속에서도 의료보험은 건강보험으로 명칭이 바뀌면서 급여의 내실화가 꾸준히 이루어지고 있었다. 즉, 중증질환에 대한 본인부담비율의 인하나 본인부담상한제의 실시, 건강보험료의 취약계층에 대한 경감의 실시 등도 이루어져 베이비붐세대의 건강유지 및 의료비용의 가계부담의 경감이 이루어지던 시기였다.

이상과 같이 건강보험제도의 변화를 통한 보건의료적 환경의 변화는 베이비붐세대의 건강수준을 유지 및 향상시키는데 도움을 주어왔다고 볼 수 있겠다. 다만, 베이비붐세대의 중년시기에 찾아온 경제위기(외환위기)에 의한 경제사회적 환경의 변화는 스트레스 등과 같은 정신적인 질환이 다발하게 만들었다고 보여진다.

2. 주요 보건의료정책의 변화

국민들의 건강증진을 위한 법률인 국민건강증진법이 공포된 것은 1995년도이었다. 이는 그동안 경제성장의 영향으로 식생활이 바뀌고 급성 전염성질환이 급감한 대신에 암, 고혈압, 당뇨병, 심장질환과 같은 비전염성질환, 다시 말하면, 잘못된 생활습관에 의해 발생하는 질환위주로 치료나 사망이 이루어지고 있었다는 점을 감안하여 예방을 중시하려는 움직임 속에서 제정되었다. 그 이후 보건소를 중심으로 하는 지역보건사업이 활성화를 띠기 시작하였고, 베이비붐세대에게 건강증진의식을 갖게 한 주요 제도로 보여진다.

한편, 보건의료서비스전달체계를 보면, 질병의 중증도에 따라서 1, 2, 3

차 진료체계로 운영되던 것을 1990년대말에 폐지하게 되어 신속하게 질병의 치료를 3차 진료기관에서 받을 수 있게 되었다. 그러나, 이는 경증의 질환으로 대형의 종합병원을 찾아감으로써 혼란을 야기하고 있는 것은 여전한 실정이다. 그런 반면에 중·소규모의 일반병원이나 의원에서도 CT와 같은 고가의료장비를 갖추고 종합병원과 같은 수준의 의료를 제공하는 경우도 있다는 것은 서구식의 의료전달체계로써는 불가능한 일이고, 오히려 그것이 베이비붐세대의 신속한 건강회복에 도움을 주었을 가능성도 있다.

그리고 질병예방적 관점에서 보면, 직장 및 지역에서의 건강검진서비스가 2000년대 이후 보편화되어 있고, 생애주기별로 각 연령대에서의 특징적인 건강검진서비스가 제공되고 있다. 특히, 최근 들어 도입되고 있는 건강관리서비스제도는 건강한 상태를 유지하고 질병을 예방하기 위하여 운동, 영양, 금연 등 각종 생활습관 개선에 필요한 전문적인 상담·프로그램 제공·모니터링 서비스를 지칭하고 있는데, 이를 통하여 건강증진에 관심이 많은 베이비붐세대로써는 양질의 효율적인 건강관리서비스를 선택하여 건강상태를 높일 수 있을 것으로 보인다.

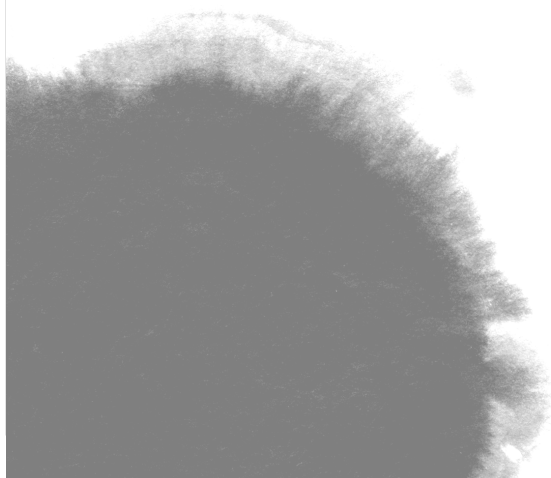
〈표 2-1〉 연대별 보건의료정책의 주요 변화내용

연대별	건강보험 및 보건의료정책
1970년대 (6/14세)~ (15/23세)	• 직장의료보험 도입(1977년): 500인 이상 사업장 • 공무원및사립학교교직원의료보험 도입(1979년) • 직장의료보험 적용범위 확대(1979년): 300인 이상 사업장
1980년대 (16/24세)~ (25/33세)	• 직장의료보험 적용범위 확대(1981년): 100인 이상 사업장 • 지역의료보험 시범사업 실시(1981년) • 직장의료보험 적용범위 확대(1982년): 16인 이상 사업장 • 한방의료보험 시범사업 실시(1984년): 청주시, 청원군 • 의료보험의 외래진료비 본인부담정액제 실시(1985년): 의원급 • 한방의료보험 전국 확대(1987년) • 농어촌 지역의료보험 실시(1988년) • 직장의료보험 적용범위 확대(1988년): 5인 이상 사업장 • 도시 지역의료보험 실시(1989년) • 약국의료보험 실시(1989년)
1990년대 (26/34세)~ (35/43세)	• 국민건강증진법 제정(1995년) • 의료보험 급여기간 연장(1995년): 연간 180일 → 210일 • 의료보험 급여기간 연장(1996년): 연간 210일 → 240일 • 의료보험 급여기간 연장(1997년): 연간 240일 → 270일 • 의료보험 급여기간 연장(1998년): 연간 270일 → 300일 • 의료보험 급여기간 폐지(1999년)
2000년대 (36/44세)~ (45/53세)	• 의료보험제도 통합(국민건강보험) 및 의약분업실시(2000년) • 병원중심의 가정간호서비스 시행(2001년) • 의료보험재정 통합(2003년) • 건강보험진료비 본인부담상한제 실시(2004년) • 건강보험 보험료의 취약계층에 대한 경감 실시(2006년)
	기타 사회보장정책
1970년대 (6/14세)~ (15/23세)	• 공무원연금법(1960년) • 사립학교교원연금 도입(1974년)
1980년대 (16/24세)~ (25/33세)	• 국민연금제도 도입(1988년) • 최저임금제도 시행(1988년)
1990년대 (26/34세)~ (35/43세)	• 고용보험제도 도입(1995년) • 사회보장기본법 제정(1995년)
2000년대 (36/44세)~ (45/53세)	• 국민기초생활보장제도 도입(2000년) • 노인장기요양보험제도 도입(2008년)

주: () 내는 2010년도 베이비붐세대(1955~63년생)의 연령을 의미함.

03

신노년층(베이비붐세대)의 건강상태



제3장 신노년층(베이비붐세대)의 건강상태

제1 절 일반적 건강상태

국민들의 건강상태를 나타내는 보편적인 지표로 사망과 관련한 조사망률과 사인별사망률, 그리고 평균수명을 들 수 있다.

1. 사망률

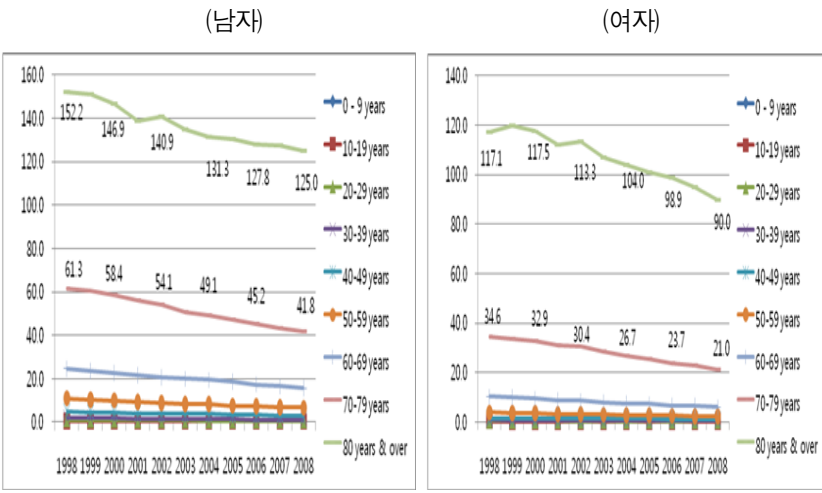
먼저, 연령별 사망률의 변화를 통해서 베이비붐세대의 건강상태를 가름해보고자 한다. [그림 3-1]~[그림 3-4]를 보면, 전체적으로 연도별로 40대 중반이후 중년계층의 사망률이 크게 저하하고 있는 것을 볼 수 있다. 이와 같은 현상은 성별로 보더라도 동일하게 나타나고 있는데, 남성중년의 사망률이 여성중년에 비해서 높은 것은 사실이다.

우리나라의 연령별 사망률의 변화를 연령별로 구분해서 보면, [그림 3-1]과 같이 1998~2008년간 40대까지는 사망률의 변화가 거의 없는 것으로 나타나고 있고, 50대 이후에서 사망률의 저하가 크게 나타나고 있음을 볼 수 있다. 그 중에서도 특히 70대와 80대 이후의 후기 고령자층에서의 사망률개선이 눈에 띄게 나타나고 있고, 그러한 저하현상은 여성보다는 남성에 게서 더 크게 나타나고 있음을 볼 수 있다.

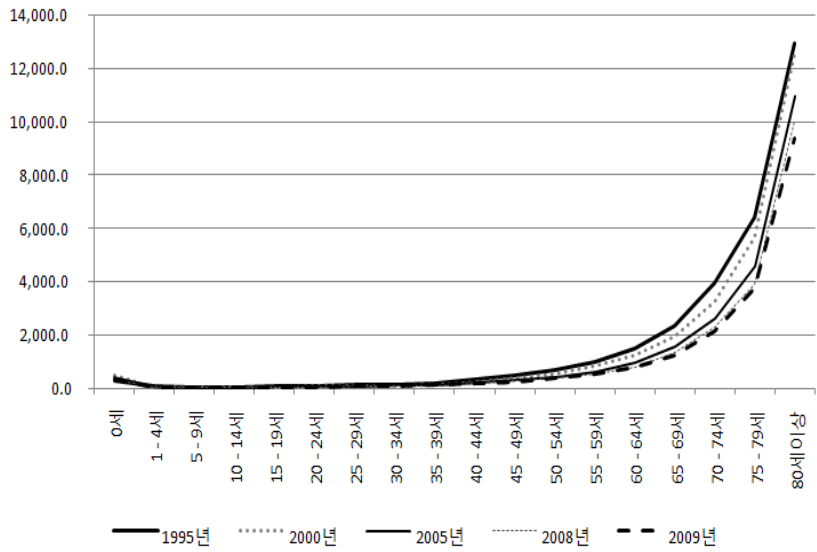
결국, 그동안 40대의 중년계층에서의 높은 사망률이 개선된 것은 우리나라의 평균수명이 연장하는데 상당히 기여했을 것으로 보이고, 이는 전술한

바와 같이 2000년대 이후 개선된 건강보험제도 관련 정책이나 국민건강증진 제도와 같은 정책의 내실화가 지속적으로 이루어져 왔기 때문으로 보인다.

[그림 3-1] 연령별 사망률의 변화(1995~2009년)

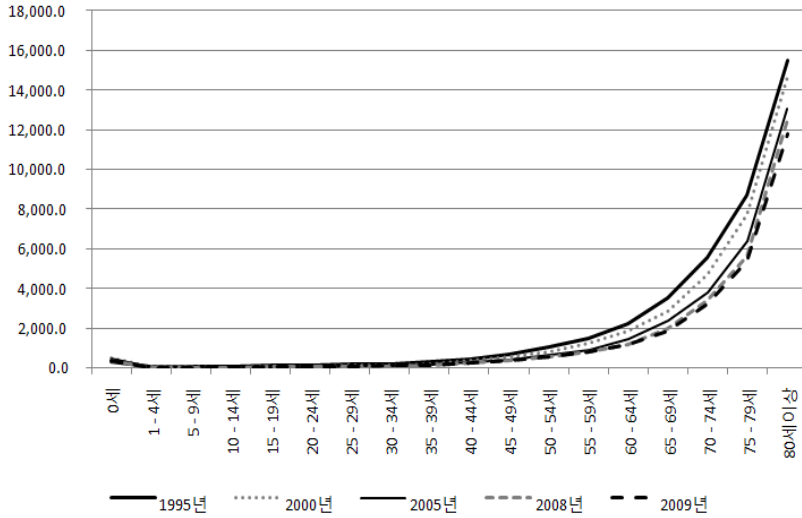


[그림 3-2] 연령별 사망률의 변화(1995~2009년)



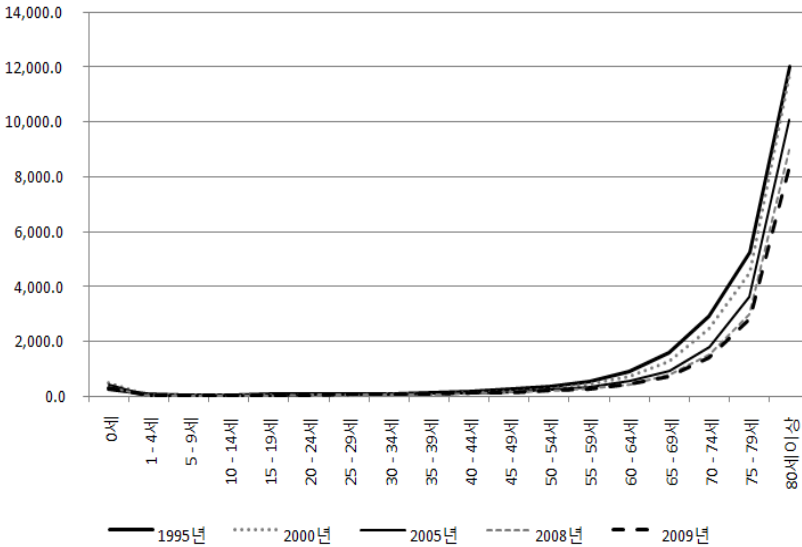
자료: 통계청 통계포털, 각 년도 사망률.

[그림 3-3] 연령별 남성 사망률의 변화(1995~2009년)



자료: 통계청 통계포털, 각 년도 사망률.

[그림 3-4] 연령별 여성 사망률의 변화(1995~2009년)



자료: 통계청 통계포털, 각 년도 사망률.

2. 사인별 사망률

사인별 사망률의 변화를 보면, <표 3-1>~<표 3-3>과 같다. 이는 통계청의 사망원인통계를 바탕으로 집계된 것으로 40대중반에서 50대후반까지의 중년계층을 대상으로 과거 1995년부터 어떠한 변화를 겪고 있는지를 살펴 보았다.

먼저, 45세이후 59세까지 연령계층의 사인별 사망률을 보면, 어느 연도를 보더라도 악성신생물(암)로 인한 사망이 가장 높으며, 그 다음으로 순환기계통의 질환, 소화기계계통의 질환으로 나타나고 있다. 그 이외에 질병은 아니지만 외상, 사고 등으로 인한 사망률도 상당히 높은 것으로 나타나고 있다.

좀 더 구체적으로 보면, 2005년도는 베이비붐세대가 41~49세 연령층에 속해 있는 시기로 중년계층에 해당한다. 즉, <표 3-1>에서의 2005년도 45~49세의 연령계층이 베이비붐세대에 해당하고, 그 이전의 1995년, 2000년도의 45세이상 자는 베이비붐세대의 이전세대에 해당하기 때문에 45~49세 연령층의 연도별 사망률의 증감율을 살펴보고자 한다. 1995~2000년간에는 순환기계계통, 호흡기계통 및 근골격계 질환에 의한 사망률의 감소가 크게 나타난 것으로 되어 있는 반면에 오히려 증가한 질환도 있다. 즉, 혈액 및 조혈기기관질환과 면역기전을 침범하는 특정장애, 내분비영양 및 대사질환, 피부 및 피하조직의 질환 등에서는 사망률이 늘어난 것으로 나타나고 있다. 다만, 2000~5년간에는 그러한 질환들에 의한 사망률도 다시 크게 줄어든 것으로 나타나고 있는데, 이는 베이비붐세대가 40대중반에 들어서는 시점에서 개선된 것으로 나타나, 전반적인 사망률개선에 상당히 기여하는 것으로 보인다.

그리고 각 연도에서의 50~54세 연령층은 베이비붐세대의 이전세대이기 때문에 베이비붐세대의 건강수준을 볼 수 있는 자료는 아니지만, 연도별 사망률의 증감율을 살펴보면, 1995~2000년간에는 역시, 순환기계계통, 소화기계통 및 근골격계 질환에 의한 사망률의 감소가 크게 나타난 것으로 되어 있는 반면에 오히려 증가한 질환도 있다. 즉, 신경계통, 피부 및 피하조직

의 질환 등에서는 사망률이 늘어난 것으로 나타나고 있다. 다만, 2000~5년간에는 그러한 질환들에 의한 사망률이 다시 크게 줄어든 것으로 나타났다.

이상과 같은 경향은 남녀별로 구분하여 보더라도 동일하게 나타나고 있다. 다만, 중년남성의 사인별 사망률이 여성에 비해 높게 나타나고 있다는 점이 다를 뿐이다.

〈표 3-1〉 주요사망 원인의 변화(45~54세, 1995, 2000, 2005년)

(단위: 인구십만명당 사망률, 명)

구분	1995			2000			2005		
	45-49	50-54	55-59	45-49	50-54	55-59	45-49	50-54	55-59
특정 감염성 및 기생충성 질환	14.3	19.1	27.4	12.3	15.6	21.4	10.1	12.2	16.8
신생물	127.9	223.8	351.3	107.7	184.7	304.2	91.7	158.0	251.9
혈액 및 조혈기관 질환과 면역기전을 침범하는 특정 장애	0.8	0.9	1.3	0.9	0.7	1.3	0.6	0.6	0.6
내분비, 영양 및 대사질환	12.4	24.7	43.7	13.1	23.5	45.1	12.6	20.2	32.4
정신 및 행동 장애	8.8	10.4	12.5	7.6	9.3	9.9	5.4	6.4	6.3
신경계통의 질환	3.8	4.6	6.8	3.8	5.6	8.1	3.4	4.4	6.6
눈 및 눈부속기의 질환	-	0.0	0.1	-	-	-	-	-	-
귀 및 꼭지돌기의 질환	-	0.0	-	-	-	-	-	-	-
순환기계통의 질환	84.7	143.7	242.7	62.6	102.0	173.4	43.9	69.3	110.7
호흡기계통의 질환	9.6	16.5	34.0	8.7	16.6	30.2	4.7	8.5	14.9
소화기계통의 질환	72.5	101.4	120.7	54.5	70.4	81.1	35.3	47.5	50.2
피부 및 피부밑조직의 질환	0.2	0.2	0.2	0.3	0.4	0.6	0.2	0.2	0.4
근육골격계통 및 결합조직의 질환	1.5	2.6	4.3	1.1	2.0	2.8	1.0	1.1	1.9
비뇨생식기계통의 질환	4.3	7.2	10.2	4.0	6.6	11.0	2.9	5.9	8.0
임신, 출산 및 산후기(산욕)	-	-	-	0.1	-	-	-	-	-
출생전후기(주산기)에 기원한 특정병태	-	-	-	-	-	-	-	-	-
선천 기형, 변형 및 염색체 이상	0.4	0.1	0.4	0.2	0.1	0.3	0.3	0.5	-
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견	10.3	10.5	13.9	12.5	13.8	15.0	10.0	13.6	15.8
사망의 외인	100.3	112.7	125.4	77.1	86.4	107.3	71.9	82.1	93.3
사망원인 미상							0.8	1.3	2.2

주: 음영처리된 부분이 베이비붐세대에 해당함.

자료: 통계청, 각 년도 사망원인통계연보; 인구동태신고에 의한 집계.

〈표 3-2〉 남성의 주요사망 원인의 변화(45~54세, 1995, 2000, 2005년)

(단위: 인구십만명당 사망률, 명)

구분	1995			2000			2005		
	45-49	50-54	55-59	45-49	50-54	55-59	45-49	50-54	55-59
특정 감염성 및 기생충성 질환	22.9	30.6	47.2	19.4	25.6	34.3	16.7	19.0	25.4
신생물	166.9	320.1	523.3	143.3	256.9	448.7	113.3	211.5	357.7
혈액 및 조혈기관 질환과 면역기전을 침범하는 특정 장애	0.9	1.1	1.7	1.2	0.5	2.0	0.6	0.6	0.6
내분비, 영양 및 대사질환	18.2	35.6	61.9	120.6	34.9	61.9	20.1	31.2	47.1
정신 및 행동 장애	15.4	17.3	21.2	12.6	15.9	16.3	9.4	11.4	11.5
신경계통의 질환	5.0	6.6	9.0	5.1	7.4	11.3	4.5	6.0	7.2
눈 및 눈부속기의 질환	-	0.1	0.1	0.1	-	-	-	-	-
귀 및 꼭지돌기의 질환	-	-	-	-	-	-	-	-	-
순환기계통의 질환	115.2	190.8	320.8	90.8	141.6	244.8	63.7	101.5	157.3
호흡기계통의 질환	14.3	25.5	57.6	12.9	25.8	49.1	6.5	13.4	22.0
소화기계통의 질환	127.2	176.9	209.1	95.1	120.9	139.3	61.4	83.5	86.8
피부 및 피부밑조직의 질환	0.3	0.2	0.3	0.3	0.6	0.8	0.2	0.2	0.4
근육골격계통 및 결합조직의 질환	1.3	2.3	4.8	1.4	1.5	3.1	0.8	1.3	1.8
비뇨생식기계통의 질환	5.0	9.2	12.2	4.6	7.8	13.1	3.9	6.8	10.1
임신, 출산 및 산후기(산욕)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
출생전후기(주산기)에 기원한 특정병태	-	-	-	-	-	-	-	-	-
선천 기형, 변형 및 염색체 이상	0.5	0.3	0.1	0.1	0.1	0.4	0.3	0.5	-
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 감사의 이상 소견	17.4	17.3	21.8	20.8	23.4	24.0	16.3	22.0	25.6
사망의 외인	155.1	176.7	199.3	122.3	138.8	171.8	112.0	129.4	149.6
사망원인 미상							1.1	1.8	3.0

주: 음영처리된 부분이 베이비붐세대에 해당함.

자료: 통계청, 각 년도 사망원인통계연보; 인구동태신고에 의한 집계.

〈표 3-3〉 여성의 주요사망 원인의 변화(45~54세, 1995, 2000, 2005년)

(단위: 인구십만명당 사망률, 명)

구분	1995			2000			2005		
	45-49	50-54	55-59	45-49	50-54	55-59	45-49	50-54	55-59
특정 감염성 및 기생충성 질환	5.5	7.9	9.4	4.8	5.5	9.4	3.3	15.3	8.3
신생물	87.2	130.4	194.8	70.9	111.6	169.0	69.4	103.9	147.7
혈액 및 조혈기관 질환과 면역기전을 침범하는 특정 장애	10.7	0.7	0.9	0.6	0.9	0.6	0.7	0.6	0.5
내분비, 영양 및 대사질환	6.4	14.2	27.0	5.4	12.1	29.3	4.9	9.1	17.8
정신 및 행동 장애	2.0	3.7	4.7	2.5	2.6	3.9	1.3	1.3	1.2
신경계통의 질환	2.7	2.7	4.8	2.5	3.7	5.1	2.3	2.7	6.0
눈 및 눈부속기의 질환	-	-	-	-	-	-	-	-	-
귀 및 꼭지돌기의 질환	-	0.1	-	-	-	-	-	-	-
순환기계통의 질환	52.9	98.0	171.5	33.6	61.9	106.6	23.5	36.7	64.9
호흡기계통의 질환	4.7	7.8	12.7	4.3	7.2	12.5	2.8	3.6	7.9
소화기계통의 질환	15.6	28.1	40.4	12.5	19.3	26.6	8.6	11.1	14.1
피부 및 피부밑조직의 질환	0.1	0.3	0.1	0.4	0.3	0.5	0.1	0.2	0.3
근육골격계통 및 결합조직의 질환	1.7	2.9	3.8	0.8	2.5	2.6	1.2	0.9	1.9
비뇨생식기계통의 질환	3.7	5.2	8.4	3.4	5.3	9.0	6.9	15.0	6.0
임신, 출산 및 산후기(산욕)	-	-	-	0.1	-	-	-	-	-
출생전후기(주산기)에 기원한 특정병태	-	-	-	-	-	-	-	-	-
선천 기형, 변형 및 염색체 이상	0.3	-	0.6	0.4	0.2	0.2	0.3	0.4	0.1
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견	2.9	3.8	6.8	3.9	4.2	6.6	3.5	5.1	6.1
사망의 외인	43.3	50.5	58.3	30.4	33.3	46.9	30.6	34.2	37.8
사망원인 미상							0.5	1.7	1.5

주: 음영처리된 부분이 베이비붐세대에 해당함.

자료: 통계청, 각 년도 사망원인통계연보; 인구동태신고에 의한 집계.

3. 평균수명

마지막으로 중연계층의 연령별 기대수명에 대해 살펴보면 <표 3-4>~<표 3-6>과 같다. 즉, 베이비붐세대에 해당하는 2008년도 현재 44~52세 연령

층의 기대수명을 보면, 평균적으로 30.3세에서 37.6세로 나타나고 있다. 이는 13년전의 동일연령층에 비해서 약 5년정도 연장된 것이다.

전술한 바와 같이 중장년계층의 사망률의 변화에 있어서 지난 10여년간 큰 감소가 없었지만, 60대 이후의 고령자층에 있어서의 사망률이 크게 하락한 것에 힘입어 베이비붐세대의 기대여명도 향상되고 있는 것으로 나타나고 있다.

〈표 3-4〉 44세~52세의 기대여명의 변화(2008~1995년)

(단위: 년)

전체	1995년	2001년	2005년	2008년
44세	32.33	34.50	36.31	37.58
45세	31.44	33.59	35.38	36.65
46세	30.57	32.69	34.47	35.73
47세	29.7	31.79	33.56	34.81
48세	28.84	30.90	32.66	33.90
49세	27.98	30.02	31.76	32.99
50세	27.12	29.15	30.86	32.08
51세	26.27	28.28	29.97	31.18
52세	25.43	27.41	29.09	30.29

주: 음영부분은 베이비붐세대에 해당함.
자료: 통계청, 각 년도 생명표.

〈표 3-5〉 44세~52세 남성의 기대여명의 변화(2008~1995년)

(단위: 년)

전체	1995년	2001년	2005년	2008년
44세	28.94	31.16	33.05	34.24
45세	28.08	30.29	32.16	33.33
46세	27.25	29.42	31.27	32.42
47세	26.43	28.56	30.39	31.53
48세	25.61	27.71	29.52	30.64
49세	24.79	26.86	28.65	29.77
50세	23.97	26.03	27.79	28.89
51세	23.17	25.20	26.94	28.02
52세	22.39	24.39	26.09	27.16

주: 음영부분은 베이비붐세대에 해당함.
자료: 통계청, 각 년도 생명표.

〈표 3-6〉 44세~52세 여성의 기대여명의 변화(2008~1995년)

(단위: 년)

전체	1995년	2001년	2005년	2008년
44세	35.45	37.51	39.24	40.53
45세	34.52	36.56	38.28	39.57
46세	33.59	35.61	37.33	38.62
47세	32.66	34.67	36.38	37.67
48세	31.74	33.73	35.44	36.72
49세	30.81	32.79	34.50	35.77
50세	29.9	31.86	33.56	34.82
51세	28.99	30.93	32.62	33.88
52세	28.08	30.00	31.68	32.94

주: 음영부분은 베이비붐세대에 해당함.
자료: 통계청, 각 년도 생명표.

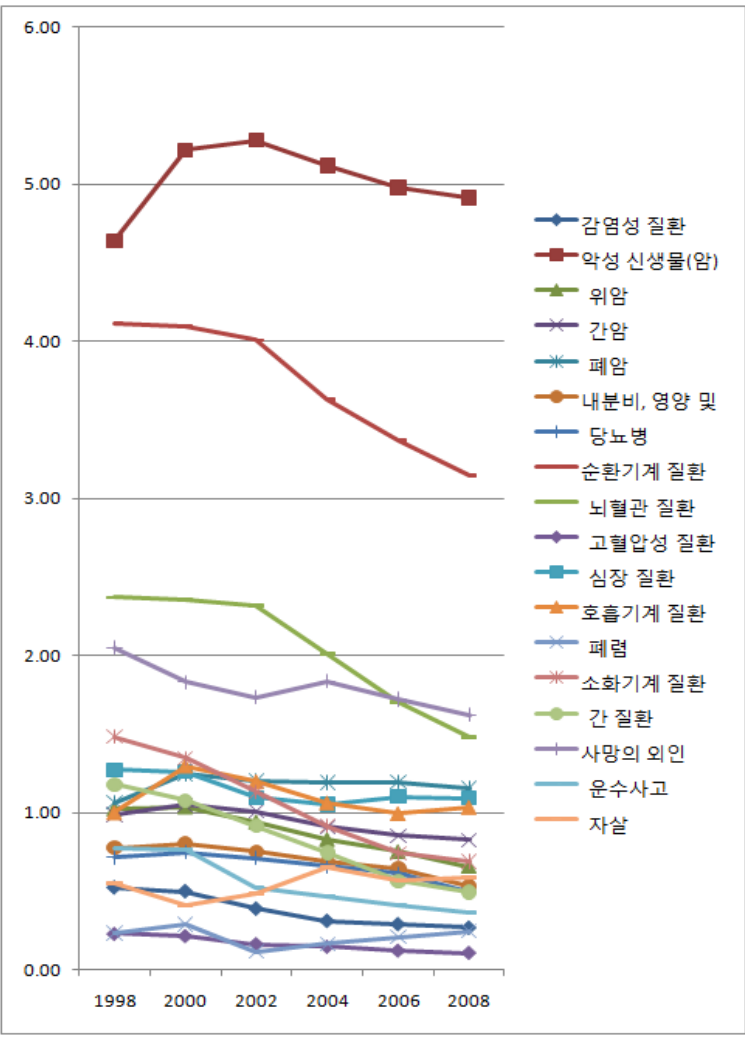
그런데 여기에서 건강수명의 개념을 도입해서 살펴보면 다음과 같다. 다시 말하면, 특정질환이 제거되어 건강하게 산다고 할 경우에 기대할 수 있는 여명을 보고자 한다. 여기에서는 45세시의 기대여명만을 보고자 하는데, 그 연령이 2002~2008년도 시점에서 볼 때 베이비붐세대의 범주에 속해 있기 때문이다.

남자의 경우, 일부 질환(심장질환, 폐렴, 자살 등)을 제외하고는 전반적으로 동일한 45세 연령자의 특정사인 제거시 기대여명의 증가분이 하락하는 경향을 보이고 있다. 이는 특정질환에서의 사망률 개선이 지속적으로 이루어지고 있다는 것을 의미한다. 그런데, 그 중에서도 악성신생물(암), 순환기 질환 및 뇌혈관질환에 의한 증가분의 크기가 다른 질환에 비해서 높다는 것은 여전히 기대여명의 크기를 그러한 질환이 좌우하고 있다는 것을 말한다. 사실 이들 질환은 중장년계층의 3대 사망원인이기도 하다.

여자의 경우에는 약간 다른 양상을 보이고 있는데, 심장질환의 경우 기대여명의 증가분이 2004년도이후 다시 늘어나고 있는데, 이는 그 질환에 의한 사망이 다른 질환보다도 높다는 것을 의미하고 있다. 또한, 기대여명의 증가분이 남성과 달리 순환기질환에서 가장 높게 나타나고 있다는 것이

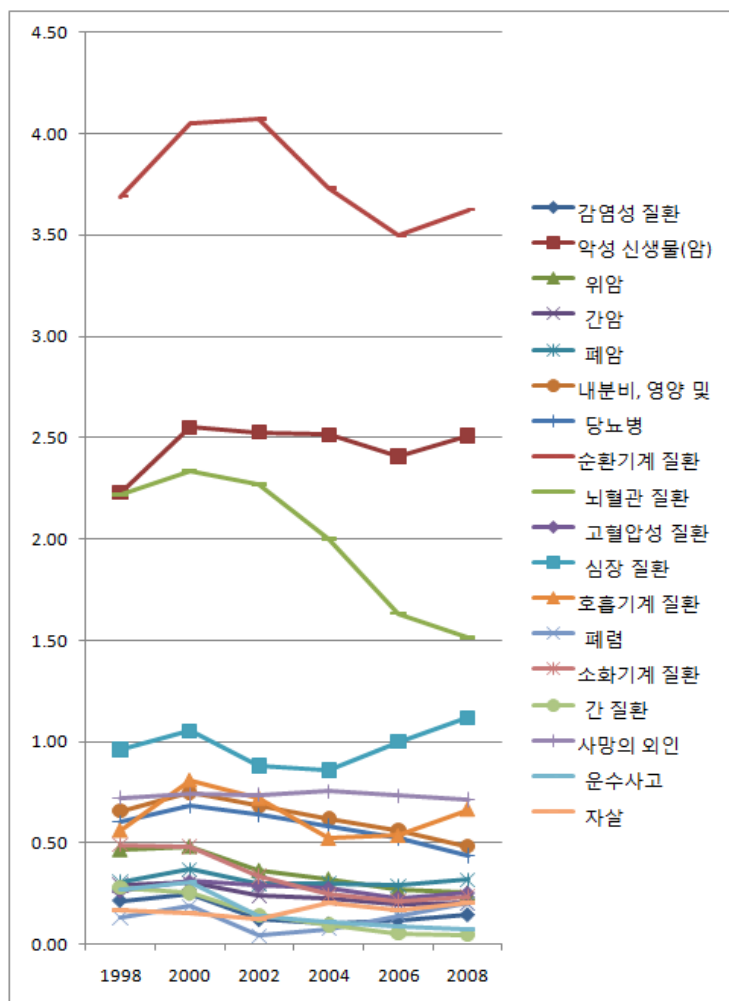
다. 이는 여성 베이비붐세대의 심장질환의 관리에 더 신경을 써야함을 시사해주고 있다.

[그림 3-5] 특정사인 제거시 45세시 기대여명의 증가분(남자, 년)



자료: 통계청, 각 년도 생명표.

[그림 3-6] 특정사인 제거시 45세시 기대여명의 증가분(여자, 년)



자료: 통계청, 각 년도 생명표

제2절 건강실천행위²⁾

본 절에서는 1998, 2001, 2005년도에 실시된 국민건강영양조사 자료를 이용하여 45~59세 중장년층의 건강행태 및 건강상태를 분석하였다. 특히, 2005년도의 통계는 현재(2010년)의 50~64세에 해당하는 결과로 보면 된다.

1998년도의 경우, 국민건강영양조사의 전체 조사대상자 39,331명 중 45~59세 연령층은 6,338명(남자: 3,114명, 여자: 3,224명)으로 전체의 16.1%를 차지하였고, 2001년도에는 전체 37,769명 중 6,381명(남자: 3,165명, 여자: 3,216명)으로 전체의 16.9%, 2005년도에는 전체 34,152명 중 6,783(남자: 3,309명, 여자: 3,474명)명으로 전체의 19.9%를 차지하였다.

건강행태를 나타내는 분석변수로는 흡연, 음주, 운동, 비만, 건강진단수검 여부를 사용하였다.

분석대상자들의 연령을 5세 간격으로 나누었을 때, 2001년을 제외하면 45~49세 연령그룹에 속하는 사람들이 가장 많았고, 다음으로 50~54세, 55~59세의 순으로 나타났다.

학력은 고등학교 졸업자가 가장 많았으며, 대체적으로 1998년에 비해 2001년, 2005년의 학력수준이 더 높은 것으로 나타났다. 성별로는 여자에 비해 남자의 학력수준이 더 높았다. 결혼상태는 1998년에 비해 2001년, 2005년도가 될수록 유배우인 사람들의 비율이 줄어드는 것을 볼 수 있었다.

분석대상자의 직업을 육체노동(manual work), 비육체노동(non-manual work), 경제활동 안함 등으로 나누었을 때, 2005년도의 경우 비육체노동에 종사하는 사람들의 비중(19.07%)이 가장 높은 것으로 나타났고, 다음으로 2001년(17.75%), 1998년(15.64%)의 순으로 나타났다. 반대로 경제활동을

2) 이 부문에 대한 별도의 조사자료로는 한국보건사회연구원(정경희 외, 2010)에서 수행한 베이비붐세대를 조사대상으로 한 것이 있음. 이에 대한 분석내용은 중복성을 피하기 위해 본 보고서에서는 기술하고 있지 않고 있기 때문에 동 조사결과보고서를 참조해주시기 바람.

하지 않는 비율은 1998년의 경우가 가장 높았다.

월평균 가구소득은 가구원들의 월평균소득을 합한 값에 가구원수를 고려한 가구균등화지수를 사용하였는데, 그 결과 1998, 2001, 2005년의 순으로 가구 소득이 높은 것을 알 수 있었다.

〈표 3-7〉 중장년계층의 건강실천행위관련 분석대상자 일반사항

(단위: %)

구 분	2005			2001			1998		
	전체	남자	여자	전체	남자	여자	전체	남자	여자
연령									
45~49세	43.35	43.58	43.12	33.94	35.28	32.61	37.67	38.75	36.60
50~54세	31.42	31.41	31.43	38.54	37.46	39.61	31.77	31.79	31.75
55~59세	25.22	25.00	25.45	27.52	27.27	27.78	30.56	29.46	31.65
학력									
무학	2.31	1.17	3.47	4.37	2.30	6.42	7.52	2.60	12.39
초등학교	21.45	14.71	28.27	24.08	16.75	31.33	29.38	20.84	37.83
중학교	22.27	19.33	25.25	24.04	20.94	27.11	22.04	20.82	23.25
고등학교	36.63	40.55	32.66	32.40	38.33	26.53	28.95	37.12	20.86
전문대 이상	17.34	24.24	10.36	15.12	21.69	8.61	12.12	18.63	5.67
결혼상태									
유배우	84.70	88.91	80.45	87.02	92.62	81.48	88.61	94.48	82.81
미혼/사별/이혼/별거	15.30	11.09	19.55	12.98	7.38	18.52	11.39	5.52	17.19
직업									
비육체노동	19.07	22.85	15.24	17.75	20.72	14.80	15.64	19.16	12.16
육체노동	66.82	65.05	68.60	67.14	66.86	67.42	66.43	64.35	68.48
경제활동 안함	14.12	12.09	16.16	15.11	12.42	17.78	17.93	16.50	19.36
월평균가구소득(만원)	126.74	131.59	121.84	90.25	95.19	85.37	63.52	66.28	60.80
사례수	6,783	3,309	3,474	6,381	3,165	3,216	6,338	3,114	3,224

주: 월평균 가구소득은 OECD modified scale을 이용하여 가구균등화한 값임.

1. 흡연행위

45~49세의 흡연율의 경우, 연도별로 보면 1998년도 36.20%, 2001년 33.30%, 2005년도 32.92%로 감소하는 경향을 보이고 있다. 이를 다시 성별로 보면, 남자의 경우는 연도별로 1998년 67.13%, 2001년 62.71%, 2005년 56.66%로 나타나 지속적으로 감소하는 경향을 보이고 있지만, 여

자의 경우는 1998년 3.78%, 2001년 4.43%, 2005년 5.95%로 나타나 최근 크게 증가하는 것으로 보인다. 특히 45~49세의 연령층은 젊은 계층이 아니지만, 흡연인구의 저연령화나 젊은 여성의 흡연증가현상과 관련지어 생각해 볼 때, 그들 계층의 고연령화에 따라서 나타날 수 있을 것으로도 생각해 볼 수 있다.

이와 같이 중 장년여성의 흡연율이 남성과 다르게 늘어나고 있는 이유는 베이비붐세대에 해당하는 남성의 배우자인데, 그 배우자의 실직이나 퇴직으로 인한 생계비의 부담을 여성배우자가 담당하여야 하였기에 사회활동의 증가로 인한 흡연기회가 늘어났기 때문인 것으로 볼 수도 있다. 따라서, 남성중심의 금연홍보에서 여성 중 장년계층도 적극적으로 포함하는 방안이 필요하다.

〈표 3-8〉 중·장년층의 흡연행태: 45~49세 연령층

(단위: %, 표준오차)

구분	전체	남자	여자
2005년	(N=2,808)	(N=1,370)	(N=1,438)
피우지 않음	67.08 (1.7250)	43.34 (2.5700)	94.05 (1.2040)
피움	32.92 (1.7250)	56.66 (2.5700)	5.95 (1.2040)
2001년	(N=2,146)	(N=1,107)	(N=1,039)
피우지 않음	66.70 (2.1860)	37.29 (3.3560)	95.58 (1.2430)
피움	33.30 (2.1860)	62.71 (3.3560)	4.43 (1.2430)
1998년	(N=2,321)	(N=1,178)	(N=1,143)
피우지 않음	63.80 (1.8500)	32.87 (2.8730)	96.22 (1.4900)
피움	36.20 (1.8500)	67.13 (2.8730)	3.78 (1.4900)

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사자료.

2. 음주행위

음주행위와 관련한 지표로 연간음주율과 고위험음주율을 고려하였다. 먼저, 45~49세의 연간음주율을 보면, 전체적으로 1998년 48.52%, 2001년 47.53%, 2005년 80.84%로 나타나고 있는데, 특히 최근년도인 2005년도

에 음주율이 상당히 높아진 것을 볼 수 있다.

다시 성별로 보면, 남성의 경우, 1998년 71.02%, 2001년 69.98%, 2005년 85.91%로 나타나고 있으며, 여성의 경우, 같은 기간에 24.93%, 25.49%, 75.08%로 나타나고 있어 남녀 모두 최근년도의 음주율이 상당히 높아진 것을 알 수 있다. 특히, 남성의 10명당 8.6명은 현재 음주를 하고 있는 것으로 나타나고 있어 대부분의 중 장년계층은 보편적으로 음주를 하고 있는 것으로 볼 수 있겠다.

그리고 고위험 음주측면을 보면, 전체적으로 1998년 26.03%, 2001년 25.20%, 2005년 50.67%로 나타나고 있으며, 최근년도인 2005년도의 경우를 보면, 2001년도에 비하여 거의 2배에 이르는 수준이다. 이러한 경향은 남녀 모두에게서 보여지고 있으며, 특히 남성의 2005년도 수준을 보면, 10명당 6.8명은 한 번의 술좌석에서 소주1병 이상을 마시고 있는 것으로 나타나고 있다.

이러한 현상은 우리나라의 경제상황과 무관하지 않을 것으로 보인다. 즉, 1997년말에 찾아온 외환위기로 인한 경제침체가 시작되기 시작한 시기에 조사한 1998년도의 수준보다도 2001년도에는 음주율이나 고위험 음주율이 유사하거나 줄어든 것으로 나타났다. 이는 경제침체로 인한 소득의 감소로 인하여 음주의 기회나 양도 그만큼 줄어든 것으로 볼 수 있다. 그러나, 2005년도의 수치가 급증한 이유는 중 장년계층을 중심으로 한 기업구조조정이 이루어지던 시기에 조사가 이루어진 것으로 볼 수 있어, 그 시대의 구조조정에 대한 불안이나 피해에 대한 스트레스를 음주로 해소시키려고 했었기 때문으로 풀이할 수 있다. 특히, 남성의 2/3정도는 한 번의 술자리에서 소주 1병 이상의 음주를 하는 것으로 나타나고 있는 것은 단순히 일상적으로 해 오던 음주습관으로 보기 어렵다. 일반적으로 중장년으로 갈수록 자신의 건강을 고려하여 음주행위를 줄이거나 음주량을 줄이는 경향을 보인다는 점을 감안할 때, 고위험음주율의 급상승은 그 원인과 대책을 강구할 필요가 있다.

〈표 3-9〉 중·장년층의 음주행태: 45~49세 연령층

(단위: %, 표준오차)

구분	전체	남자	여자
2005년	(N=2,808)	(N=1,370)	(N=1,438)
연간음주			
안마십	19.16 (1.5160)	14.09 (1.9020)	24.92 (2.2200)
마십	80.84 (1.5160)	85.91 (1.9020)	75.08 (2.2200)
고위험음주 ¹⁾			
고위험음주 안함	49.33 (1.7800)	32.23 (2.4900)	68.75 (2.3040)
고위험음주 함	50.67 (1.7800)	67.77 (2.4900)	31.25 (2.3040)
2001년	(N=2,146)	(N=1,107)	(N=1,039)
연간음주			
안마십	52.47 (2.3530)	30.02 (2.9460)	74.51 (2.6980)
마십	47.53 (2.3530)	69.98 (2.9460)	25.49 (2.6980)
고위험음주			
고위험음주 안함	74.80 (2.0790)	57.96 (3.1790)	91.34 (1.8500)
고위험음주 함	25.20 (2.0790)	42.04 (3.1790)	8.66 (1.8500)
1998년	(N=2,321)	(N=1,178)	(N=1,143)
연간음주			
안마십	51.48 (1.8230)	28.98 (2.2980)	75.07 (2.4310)
마십	48.52 (1.8230)	71.02 (2.2980)	24.93 (2.4310)
고위험음주			
고위험음주 안함	79.97 (1.7930)	60.04 (2.6490)	88.56 (1.7140)
고위험음주 함	26.03 (1.7930)	39.96 (2.6490)	11.44 (1.7140)

주: 1) 2005년도 국민건강영양조사에서는 고위험 음주를 “남자는 한번의 술좌석에서 소주 7잔(또는 맥주 5캔 정도)

이상을 마시는 경우, 여자는 한번의 술좌석에서 소주 5잔(또는 맥주 3캔) 이상을 마시는 경우”로 정의함.

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사자료.

3. 비만

스스로 비만이라고 느끼는 45~49세의 주관적 비만인지율을 전체적으로 보면, 2001년 38.80%, 2005년 39.44%로 나타나고 있으며, 점차적으로 증가하고 있다는 것을 알 수 있다. 다시 성별로 보면, 남성 경우 동 기간에 31.00%에서 36.52%로 늘어난 반면, 여성의 경우는 46.47%에서 42.76%로 줄어들고 있으나, 여성의 비만인지율이 더 높게 나타나고 있다. 이는 동일한 체중이라고 하더라도 비만상태를 느끼는 인지정도가 여성에게서 더

높을 수 있다는 점을 감안하여야 할 것이다.

그리고, 체중을 유지하거나 줄이려는 체중조절 노력을 하는 사람의 비율을 보면, 1998년 25.87%, 2001년 41.33%, 2005년 46.01%로 나타나 지속적으로 늘어나고 있음을 알 수 있다. 그러한 체중조절실천률도 여성의 경우에게서 더 높게 나타나고 있는데, 이것도 남성보다도 여성이 과체중이나 실체의 비만율이 더 높다기보다는 기본적으로 체중조절(다이어트)의 의향이 더 높기 때문인 것으로 생각된다.

어떻든 간에 주관적 비만인지도나 체중조절노력도가 높아지고 있다는 것은 그동안 비만유발형의 생활습 등 생활패턴이 바뀌어 왔고, 그로 인한 생활습관병(만성질환)의 발병에 대한 우려도 작용하였기 때문으로 보인다. 따라서, 올바른 식습관에 대한 실천행위에 대한 홍보를 더 강화할 필요가 있다.

〈표 3-10〉 중·장년층의 비만: 45~49세 연령층

(단위: %, 표준오차)

구분	전체	남자	여자
2005년	(N=2,808)	(N=1,370)	(N=1,438)
주관적비만인지			
비만 아님	60.56 (1.7440)	63.48 (2.6810)	57.24 (2.5990)
비만	39.44 (1.7440)	36.52 (2.6810)	42.76 (2.5990)
체중조절			
조절노력 안함	53.99 (1.8190)	57.28 (2.6930)	50.25 (2.1910)
조절노력 함	46.01 (1.8190)	42.72 (2.6930)	49.75 (2.1910)
2001년	(N=2,146)	(N=1,107)	(N=1,039)
주관적비만인지			
비만 아님	61.20 (2.3890)	69.00 (3.2860)	53.53 (3.2190)
비만	38.80 (2.3890)	31.00 (3.2860)	46.47 (3.2190)
체중조절			
조절노력 안함	58.67 (2.3750)	59.85 (2.9270)	57.51 (2.3750)
조절노력 함	41.33 (2.3750)	40.15 (2.9270)	42.49 (2.3750)
1998년	(N=2,321)	(N=1,178)	(N=1,143)
체중조절			
조절노력 안함	74.13 (1.4870)	82.06 (2.0530)	65.83 (2.3170)
조절노력 함	25.87 (1.4870)	17.94 (2.0530)	34.17 (2.3170)

주: 1998년의 경우 주관적 비만인식률과 관련된 설문 항목이 없어 분석에서 제외하였음.
자료: 보건복지부, 국민건강영양조사자료

4. 운동

규칙적으로 운동하고 있는 45~49세의 실천율을 보면, 1998년 20.65%, 2001년 28.42%, 2005년 48.41%로 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 경향은 남녀간 동일하게 나타나고 있는데, 실천율 자체도 남녀간 차이를 볼 수 없다. 이러한 현상을 보면, 중장년계층의 건강유지방안으로 운동을 선택하고 있으며, 점차적으로 습관화해가고 있는 것을 짐작할 수 있겠다.

다만, 다소 특이할 만한 현상을 운동방법의 차이에서 찾아볼 수 있겠는데, 1998년도나 2001년도의 경우, 남녀간 운동실천율의 차이는 부부가 각자 별도로 운동하는 행태를 보인 시기라고 한다면, 최근년도인 2005년도에는 부부가 같이 집주변이나 운동장소에서 운동하는 행태로 변모하였기 때문인 것으로 보인다. 이는 2010년도에 실시된 중년층의 운동장소에 대한 설문조사의 내용을 보면, 집주변으로 응답한 비중이 전체의 2/3를 차지하고 있다는 점을 고려한다면 이해할 수 있을 것이다.

따라서 중장년계층의 건강을 유지시키기 위해서는 운동을 습관화시키는 것이 중요할 것이고, 운동의 장소도 손쉽게 접근할 수 있는 주거지의 주변에 설치하는 것이 필요할 것이다.

〈표 3-11〉 중·장년층의 규칙적 운동습관: 45~49세 연령층

(단위: %, 표준오차)

구분	전체	남자	여자
2005년	(N=2,808)	(N=1,370)	(N=1,438)
규칙적운동 안함	51.59 (1.9430)	52.37 (2.6980)	50.70 (2.4700)
규칙적운동 함	48.41 (1.9430)	47.63 (2.6980)	49.30 (2.4700)
2001년	(N=2,146)	(N=1,107)	(N=1,039)
규칙적운동 안함	71.58 (2.3980)	69.51 (3.0710)	73.60 (3.2250)
규칙적운동 함	28.42 (2.3980)	30.49 (3.0710)	26.40 (3.2250)
1998년	(N=2,321)	(N=1,178)	(N=1,143)
규칙적운동 안함	79.35 (1.7200)	76.42 (2.3700)	82.43 (2.0680)
규칙적운동 함	20.65 (1.7200)	23.58 (2.3700)	17.57 (2.0680)

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사자료

5. 건강검진 수진

45~49세의 건강검진 수검률은 전체적으로 보면, 1998년 57.21%, 2001년 55.89%, 2005년 55.52%로 각 연도마다 큰 차이를 볼 수 없다. 전반적으로 여성보다는 남성의 수검률이 더 높게 나타나고 있는데, 이는 기업체나 직장에서의 건강검진이 보편적으로 이루어지고 있다는 것을 반영해 주는 것으로 보여진다.

다만, 수검률이 대상인구의 절반정도로 나타나고 있다는 것은 문제점으로 지적할 수 있을 것이다. 그 이유는 중장년시기부터 각종 만성질환의 증후가 나타나기 시작하고, 이 때부터 본격적으로 관리하지 않으면 만성질환으로의 이환이 확정되기 때문이다.

〈표 3-12〉 중·장년층의 건강검진수진: 45~49세 연령층

(단위: %, 표준오차)

구분	전체	남자	여자
2005년	(N=2,808)	(N=1,370)	(N=1,438)
미수검	44.48 (2.0260)	38.09 (2.8520)	51.74 (2.5660)
수검	55.52 (2.0260)	61.91 (2.8520)	48.26 (2.5660)
2001년	(N=2,146)	(N=1,107)	(N=1,039)
미수검	44.11 (2.5010)	38.92 (3.1170)	49.21 (3.6250)
수검	55.89 (2.5010)	61.08 (3.1170)	50.79 (3.6250)
1998년	(N=2,321)	(N=1,178)	(N=1,143)
미수검	42.72 (2.0000)	40.59 (2.6740)	45.09 (2.6490)
수검	57.21 (2.0000)	59.41 (2.6740)	54.91 (2.6490)

자료: 보건복지부, 국민건강영양조사자료

따라서 중장년계층을 대상으로 한 건강검진의 내용을 암검진 등 단순한 특정질환의 발견이외에도 생활습관에 의해 발병되는 고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 동맥경화증을 발견하는데 그치는 것이 아니라, 그러한 질병발병의 위험인자를 찾아내는 검진이 더 중요할 것으로 보인다. 이를 위해서는 생활습관의 패턴을 면밀하게 기록하고 추적하여 발병의 가능성을 수검자에게 알

려줌으로써 자각하게 만들 필요가 있을 것이다.

제3절 유병상태 및 치료행태

1. 주요 만성질환 유병상태

본 절에서의 분석자료는 전술한 바와 같은 건강행태와 동일하게 1998년, 2001년, 2005년도에 실시된 국민건강영양조사 자료를 이용하였고, 조사대상자 중 45~49세 중장년층의 유병 및 치료행태를 분석하였다.

여기에서 선택한 질병으로는 악성신생물(암), 고혈압, 심장질환, 관절염, 당뇨병, 뇌졸중, 고지혈증, 만성폐쇄성폐질환 등의 만성질환이고, 유병률의 개념을 사용하였으며, 거의 모든 만성질환에서 연도에 따라 유병률이 점차 높아지는 경향을 나타내고 있다.

악성신생물(암) 유병률의 경우, 1998년 인구 천명당 0.4명(남자: 인구천명당 2.3명, 여자: 인구 천명당 0.5명), 2001년 인구 천명당 1.7명(남자: 인구천명당 0.3명, 여자: 인구 천명당 3.0명), 2005년 인구 천명당 1.9명(남자: 인구 천명당 0.8명, 여자: 인구 천명당 3.0명) 등으로 크게 높아지는 것으로 나타났으며, 성별로는 남자에 비해 상대적으로 여자의 악성신생물(암) 유병률이 높은 것으로 나타났다.

고혈압 유병률의 경우에도 1998년 인구 천명당 4.1명(남자: 인구 천명당 3.5명, 여자: 인구 천명당 4.8명), 2001년 인구 천명당 7.9명(남자: 인구 천명당 9.8명, 여자: 인구 천명당 6.0명), 2005년 인구 천명당 11.5명(남자: 인구 천명당 12.9명, 여자: 인구 천명당 10.0명)으로 상당히 빠르게 증가하는 것으로 나타났다.

관절염의 경우 분석대상 질환 중 가장 높은 유병률을 보이는 질환이었는데, 1998년 인구 천명당 9.3명(남자: 인구 천명당 1.7명, 여자: 인구 천명당 14.2명), 2001년 인구 천명당 5.9명(남자: 인구천명당 2.4명, 여자: 인구 천명당 9.3명), 2005년 9.7명(남자: 인구 천명당 6.4명, 여자: 12.9명)으

로 나타났다. 성별로는 남자보다 여자의 증가율이 더 뚜렷한 것을 알 수 있었다.

당뇨병 유병률 또한 1998년 인구 천명당 2.5명(남자: 인구 천명당 2.8명, 여자: 인구 천명당 2.3명), 2001년 인구 천명당 2.6명(남자: 인구 천명당 2.3명, 여자: 인구 천명당 2.9명), 2005년 인구 천명당 4.7명(남자: 인구 천명당 6.3명, 여자: 인구 천명당 3.1명)으로 증가추세에 있었고, 성별로는 남성의 유병률이 더 높은 것으로 나타났다.

만성폐쇄성폐질환의 경우, 1998년과 2001년에는 만성폐쇄성폐질환 외에 만성기관지염과 폐기종 등이 포함되어 2005년 유병률보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-13〉 중·장년계층의 주요 만성질환 유병률(2005): 45~49세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,808)	남자 (N=1,370)	여자 (N=1,438)
암유병률 ¹⁾	1.94(0.2833)	0.85(0.2565)	3.05(0.5192)
고혈압유병률	11.46(0.6214)	12.93(0.9304)	9.96(0.8734)
심질환유병률 ²⁾	0.94(0.1919)	0.84(0.2710)	1.04(0.2836)
관절염유병률 ³⁾	9.68(0.5863)	6.45(0.7326)	12.99(9104)
당뇨병유병률	4.71(0.4114)	6.31(0.6611)	3.08(0.4624)
뇌졸중유병률	1.00(0.1908)	0.97(0.2703)	1.02(0.2808)
고지혈증유병률	3.66(0.3892)	4.48(0.6034)	2.82(0.4783)
만성폐쇄성폐질환유병률	1.04(0.1985)	0.99(0.2765)	1.09(0.2924)

주: 1) 위암, 간암, 대장암, 유 암, 자궁경부암, 폐암 및 기타암을 포함함.

2) 심질환은 심근경색증 및 협심증을 포함함.

3) 관절염은 골관절염 및 류마티스성관절염을 포함함.

〈표 3-14〉 중·장년계층의 주요 만성질환 유병률(2001): 45~49세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,146)	남자 (N=1,107)	여자 (N=1,039)
암유병률 ¹⁾	1.66(0.7647)	0.25(0.2592)	3.04(1.4760)
고혈압유병률	7.90(1.3200)	9.81(2.1070)	6.02(1.3750)
심질환유병률 ²⁾	0.45(0.2607)	0.63(0.4509)	0.28(0.2774)
관절염유병률 ³⁾	5.90(0.8414)	2.43(0.8176)	9.30(1.4510)
당뇨병유병률	2.60(0.6270)	2.27(0.8273)	2.91(0.9097)
뇌졸중유병률	0.62(0.3177)	0.53(0.3894)	0.71(0.5046)
고지혈증유병률 ⁴⁾	0.30(0.2131)	0.29(0.2859)	0.31(0.3146)
만성폐쇄성폐질환유병률 ⁵⁾	1.06(0.4480)	0.29(0.2812)	1.81(0.8460)

주: 1) 위암, 간암, 대장암, 유 암, 자궁경부암, 폐암 및 기타암을 포함함.

2) 심질환은 심근경색증 및 협심증을 포함함.

3) 관절염은 골관절염 및 류마티스성관절염을 포함함.

4) 2001년도 조사의 경우 고지혈증 외에 죽상경화증, 동맥경화증, 코콜레스테롤혈증이 포함됨.

5) 2001년도 조사의 경우 COPD 외에 만성기관지염, 폐기종이 포함됨.

〈표 3-15〉 중·장년계층의 주요 만성질환 유병률(1998)¹⁾: 45~49세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,321)	남자 (N=1,178)	여자 (N=1,143)
암유병률	0.39(0.2242)	2.27(0.2727)	0.51(0.3621)
고혈압유병률	4.14(0.8548)	3.54(1.0130)	4.77(1.2240)
심질환유병률 ²⁾	0.49(0.3073)	0.42(0.4183)	0.57(0.4531)
관절염유병률	9.33(1.0920)	4.72(1.1510)	14.17(1.8570)
당뇨병유병률	2.53(0.5782)	2.76(0.8091)	2.28(0.8539)
뇌졸중유병률 ³⁾	0.56(0.2657)	0.59(0.3488)	0.52(0.4090)
만성폐쇄성폐질환유병률 ⁴⁾	1.52(0.4279)	1.71(0.6593)	1.32(0.5666)

주: 1) 1998년 조사에서는 고지혈증이 따로 분류되어 있지 않음.

2) 심질환은 심근경색증 및 협심증이 포함됨.

3) 중풍, 뇌혈관질환이 포함됨.

4) 기관지염, 폐기종이 포함됨.

2. 치료행태

베이비부머 세대의 치료행태를 살펴보기 위해 최근 5년간(2004~2008년) 건강보험통계 연보를 분석해보았다. 세부적으로는 연령군별 평균 수진횟수,

연령군별 진료일수 및 진료비 비중, 그리고 질병별 연령군별 진료인원 및 진료비 비중을 분석하였다.

가. 연령군별 평균 수진횟수

전체적으로 연도별 일인당 평균 수진횟수는 약간씩 증가하였고, 이러한 현상은 입원, 외래 공통적으로 나타났으며, 연령이 높아질수록 수진 횟수가 더 많은 것으로 나타났다. 또한, 2007년도를 제외하고는 50~54세, 55~59세 연령군이 전체에 비해 평균 수진횟수가 더 많은 것으로 나타났다.

특히, 베이비붐세대에 해당하는 2008년도의 45~49세 연령층의 경우에도 15.1회로 나타나, 그 이전세대보다도 다소 높아진 것으로 보이고 있는데, 이를 통해서 베이비붐세대의 각종 질병으로 인한 의료기관의 방문이 빈번해지고 있음을 짐작할 수 있다.

〈표 3-16〉 연령군별 1인당 평균 수진 횟수(2004~2008)

(단위: 일)

연도	구분	전체	45-49세	50-54세	55-59세
2004	계	14.93	14.64	18.80	22.48
	입원	1.13	1.13	1.48	1.88
	외래	13.80	13.51	17.32	20.60
2005	계	15.35	15.06	19.15	23.14
	입원	1.19	1.16	1.48	1.92
	외래	14.16	13.90	17.67	21.22
2006	계	16.04	15.11	18.90	23.91
	입원	1.32	1.19	1.49	2.01
	외래	14.72	13.92	17.42	21.89
2007	계	16.56	15.97	18.56	12.00
	입원	1.57	1.31	1.67	2.19
	외래	15.00	5.45	7.75	10.76
2008	계	16.81	15.12	19.33	23.83
	입원	1.74	1.35	1.78	2.29
	외래	15.06	13.77	17.55	21.53

나. 연령군별 진료일수 및 진료비 비율

연령군별 진료일수 비율은 전체 인구의 진료일수를 100으로 했을 때, 각 연령군별 진료일수가 차지하는 백분율을 나타내었다.

연령별로는 연령이 높아질수록 진료일수 비율이 점차 높아지는 것을 확인할 수 있었고, 연도별로는 2004~2007년까지 점차 비중이 높아지다 2008년도에는 낮아졌다. 2008년도의 45~49세는 베이비붐세대에 해당하는 연령으로 진료일수의 비중이 크게 하락한 것으로 나타나고 있는데, 이는 장년층보다는 아직은 의료기관의 방문이 높지 않음을 의미한다.

〈표 3-17〉 연령군별 진료일수 비율(2004~2008)

(단위: %)

연도	구분	전체	45-49세	50-54세	55-59세
2004	계	100.0	8.7	9.3	9.8
	입원	100.0	7.9	7.3	7.7
	외래	100.0	7.6	7.0	7.3
2005	계	100.0	8.9	9.8	10.1
	입원	100.0	8.1	7.5	7.8
	외래	100.0	7.9	7.4	7.6
2006	계	100.0	9.0	10.2	10.3
	입원	100.0	8.0	7.7	7.7
	외래	100.0	8.1	7.8	7.8
2007	계	100.0	9.0	10.5	10.3
	입원	100.0	7.7	7.7	7.4
	외래	100.0	8.1	8.1	7.7
2008	계	100.0	7.7	8.4	7.5
	입원	100.0	7.2	8.0	7.2
	외래	100.0	7.8	8.4	7.5

진료비 또한 연도별로 베이비부머 세대가 차지하는 비율이 점차 높아지는 경향을 나타내었다. 연령군별로는 2004년의 경우 45~49세 연령층의 진료비 비율이 가장 높았으나, 나머지 연도는 그렇지 않은 등 특별한 경향성을 찾아볼 수 는 없었다.

진료일수 비율과 비교하면 베이비부머세대의 경우 진료일수에 비해 진료비가 차지하는 비율이 대체적으로 낮았으나 2008년의 경우에는 진료일수에 비해 진료비 비율이 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-18〉 연령군별 진료비 비율(2004~2008)

(단위: %)

연도	구분	전체	45-49세	50-54세	55-59세
2004	계	100.0	8.2	7.8	8.1
	입원	100.0	7.7	7.3	8.0
	외래	100.0	8.5	7.6	7.5
2005	계	100.0	8.4	8.2	8.4
	입원	100.0	7.8	7.4	8.1
	외래	100.0	8.8	8.1	7.8
2006	계	100.0	8.6	8.6	8.6
	입원	100.0	8.0	7.8	8.2
	외래	100.0	9.1	8.6	8.0
2007	계	100.0	8.5	8.9	8.6
	입원	100.0	7.6	7.9	8.0
	외래	100.0	9.1	9.0	8.1
2008	계	100.0	8.1	8.8	8.0
	입원	100.0	7.1	8.1	7.6
	외래	100.0	8.8	9.4	8.2

다. 질병별 연령군별 진료인원 및 진료비 비율

질병별로는 암, 고혈압, 심장질환, 당뇨, 뇌혈관 질환에 대해 연령군별 진료인원 및 진료비 비중을 살펴보았다. 이때 건강보험통계연보 상의 연령구분이 2004~2007년의 경우 10세 간격으로 나타나있고, 2008년에는 5세 간격으로 나타나있어 정확히 일치하지는 않았다.

여기에서 45~49세를 중심으로 살펴보면, 5개 주요 만성질환 중에서 악성 신생물의 유병률이 가장 높게 나타나고 있는데, 2008년도의 경우 암, 고혈압, 당뇨병의 진료인원비중이 유사하게 나타나고 있다. 이는 베이비붐세대에서 그 이전세대에 비해 고혈압 및 당뇨병의 이환이 높아졌다는 것을 의미한다.

〈표 3-19〉 질병별 연령군별 진료인원 비중(2004~2008)

(단위: %)

연도	구분	전체	45-49세	50-54세	55-59세
2004	악성신생물(암)	100.0	17.9 ¹⁾	21.8	
	고혈압	100.0	15.3 ¹⁾	25.1	
	심장질환 ²⁾	100.0	14.3 ¹⁾	22.6	
	당뇨	100.0	17.2 ¹⁾	25.3	
	뇌혈관질환 ³⁾	100.0	8.9 ¹⁾	18.7	
2005	악성신생물(암)	100.0	17.6 ¹⁾	22.7	
	고혈압	100.0	15.1 ¹⁾	25.8	
	심장질환 ²⁾	100.0	13.6 ¹⁾	23.3	
	당뇨	100.0	16.9 ¹⁾	25.9	
	뇌혈관질환 ³⁾	100.0	8.2 ¹⁾	18.4	
2006	악성신생물(암)	100.0	17.1 ¹⁾	23.1	
	고혈압	100.0	14.8 ¹⁾	26.1	
	심장질환 ²⁾	100.0	13.1 ¹⁾	23.4	
	당뇨	100.0	16.1 ¹⁾	26.1	
	뇌혈관질환 ³⁾	100.0	7.9 ¹⁾	18.4	
2007	악성신생물(암)	100.0	16.8 ¹⁾	42.4	
	고혈압	100.0	14.3 ¹⁾	26.0	
	심장질환 ²⁾	100.0	12.1 ¹⁾	23.2	
	당뇨	100.0	15.3 ¹⁾	25.8	
	뇌혈관질환 ³⁾	100.0	7.2 ¹⁾	17.7	
2008	악성신생물(암)	100.0	9.6	12.2	11.4
	고혈압	100.0	9.2	12.9	13.1
	심장질환 ²⁾	100.0	7.3	10.7	12.1
	당뇨	100.0	9.4	12.6	13.3
	뇌혈관질환 ³⁾	100.0	4.6	7.5	9.5

주: 1) 40~49세의 값임.

2) 심장질환은 심근경색 및 허혈성 심장질환임.

3) 뇌혈관질환은 뇌경색 및 뇌내출혈임.

질병별로 진료비 비중을 구하였을 때, 가장 높은 진료비 비중을 차지하는 질병은 모든 연도에서 암이었는데, 전체 진료비 중 40대가 차지하는 비율이 17~18%, 50대는 22~23%인 것으로 나타났다.

특히, 진료인원비중에서도 살펴보았듯이 2008년도의 경우 45~49세 연령 계층에서 암, 고혈압, 당뇨병의 진료인원비중이 유사하게 나타나고 있는데, 이는 베이비붐세대에서 그 이전세대에 비해 고혈압 및 당뇨병의 이환에 따

른 치료도 높아졌다는 것을 의미한다.

〈표 3-20〉 질병별 연령군별 진료비 비율(2004~2008)

(단위: %)

연도	구분	전체	45-49세	50-54세	55-59세
2004	악성신생물(암)	100.0	17.0 ¹⁾	23.4	
	고혈압	100.0	13.3 ¹⁾	23.3	
	심장질환 ²⁾	100.0	11.2 ¹⁾	22.0	
	당뇨	100.0	14.3 ¹⁾	24.0	
	뇌혈관질환 ³⁾	100.0	10.8 ¹⁾	17.1	
2005	악성신생물(암)	100.0	16.4 ¹⁾	24.0	
	고혈압	100.0	13.0 ¹⁾	24.0	
	심장질환 ²⁾	100.0	10.5 ¹⁾	22.5	
	당뇨	100.0	13.9 ¹⁾	24.3	
	뇌혈관질환 ³⁾	100.0	9.9 ¹⁾	16.9	
2006	악성신생물(암)	100.0	15.8 ¹⁾	24.4	
	고혈압	100.0	12.5 ¹⁾	23.8	
	심장질환 ²⁾	100.0	10.1 ¹⁾	22.3	
	당뇨	100.0	13.0 ¹⁾	23.4	
	뇌혈관질환 ³⁾	100.0	9.2 ¹⁾	16.5	
2007	악성신생물(암)	100.0	15.1 ¹⁾	24.0	
	고혈압	100.0	11.9 ¹⁾	23.0	
	심장질환 ²⁾	100.0	9.6 ¹⁾	22.0	
	당뇨	100.0	12.1 ¹⁾	22.3	
	뇌혈관질환 ³⁾	100.0	8.3 ¹⁾	15.7	
2008	악성신생물(암)	100.0	8.8	12.0	12.0
	고혈압	100.0	8.5	12.6	13.2
	심장질환 ²⁾	100.0	6.0	9.8	12.0
	당뇨	100.0	8.1	11.9	13.3
	뇌혈관질환 ³⁾	100.0	4.9	7.4	8.6

주: 1) 40~49세의 값임.
 2) 심장질환은 심근경색 및 허혈성 심장질환임.
 3) 뇌혈관질환은 뇌경색 및 뇌내출혈임.

라. 정신 및 행동장애 유병 상태

베이비부머세대의 정신 및 행동장애 유병상태를 살펴보기 위해 1999~2009년 환자조사 보고서를 이용하여 외래환자수 및 외래환자 수진율을 분석하였다. 환자조사보고서는 2008년까지 3년마다 발행되었으나 2008

년 이후에는 매년 발행되고 있다.

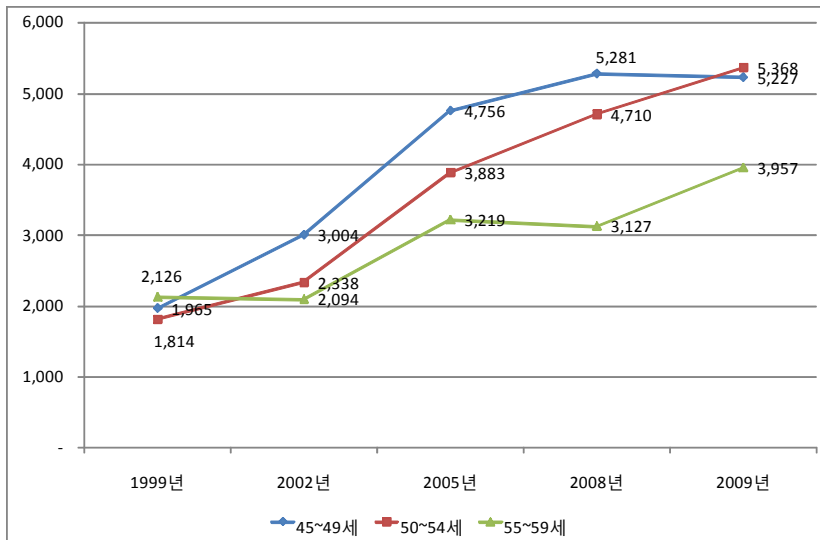
분석대상 질병은 정신 및 행동장애로서 KCD-5 상병분류 코드 F00-F99의 질병을 포함하고 있다.

1) 외래환자수

1999~2009년간 45~49세, 50~54세, 55~59세 인구집단의 정신 및 행동장애 외래환자수를 도식화 하면 [그림 3-7]~[그림 3-9]와 같다.

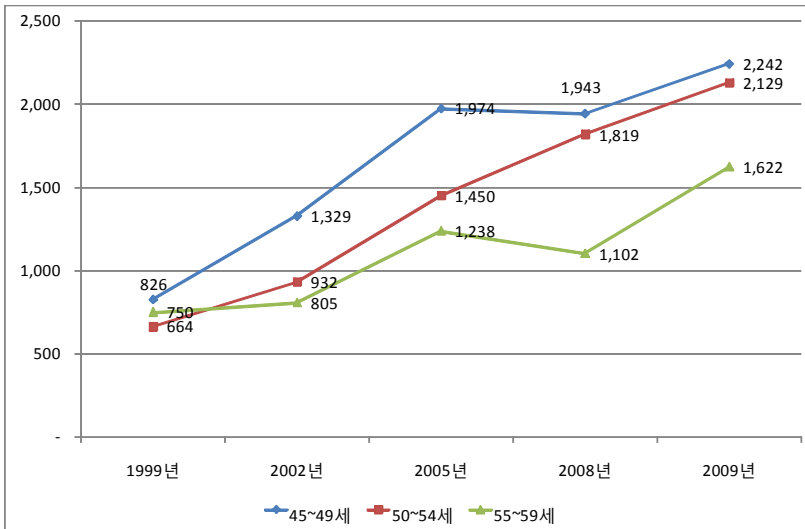
연도별로 외래환자수는 점차 증가하는 경향을 나타내었으며, 연령별로는 50~54세 집단의 증가세가 두드러진 것으로 나타났다. 성별로는 남자에 비해 여자의 환자수가 더 많았다. 남자의 경우 모든 연령집단에서 연도별로 증가추세에 있었으나, 여자의 경우에는 45~49세 집단의 경우 2008년에 비해 2009년에는 감소추세에 있었다.

[그림 3-7] 정신 및 행동장애 외래환자수: 전체



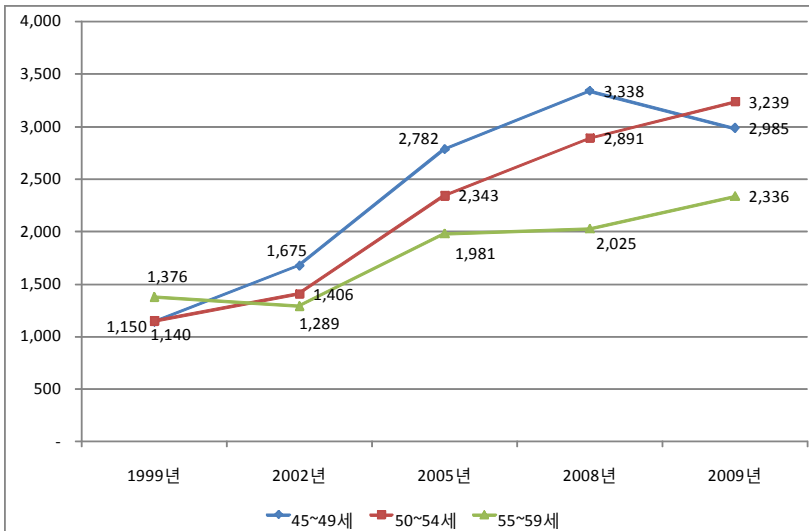
자료: 환자조사보고서, 각년도.

[그림 3-8] 정신 및 행동장애 외래환자수: 남자



자료: 환자조사보고서, 각년도.

[그림 3-9] 정신 및 행동장애 외래환자수: 여자



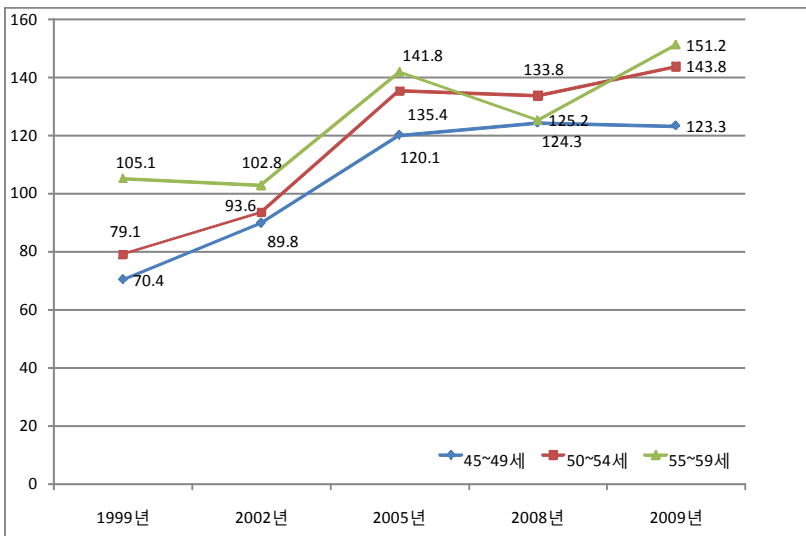
자료: 환자조사보고서, 각년도.

2) 외래환자 수진율

정신 및 행동장애의 인구 십만명당 외래환자 수진율 또한 연도별로 증가 추세에 있는데, 45~49세 집단의 경우 1999년 인구 십만명당 70.4명에서 2009년 123.3명으로 약 1.8배 증가하였고, 50~54세 집단 또한 1999년 79.1명에서 2009년 143.8명으로 1.8배 증가, 55~59세 1999년 105.1명에서 2009년 151.2명으로 1.4배 증가한 것으로 나타났다.

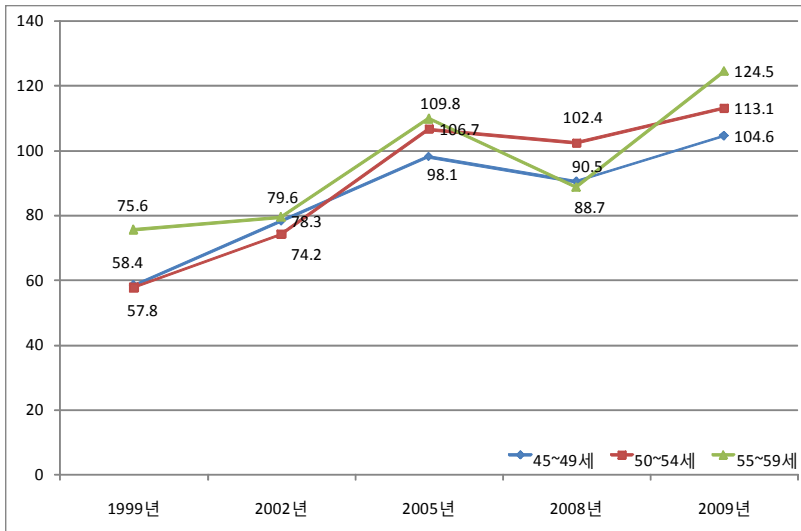
이는 베이비붐세대의 이전계층보다도 베이비붐세대가 수진율의 증가측면에서 더 높게 나타나고 있다는 것으로 해석되어 이에 대한 대책이 필요하다.

[그림 3-10] 정신 및 행동장애 외래환자 수진율(인구10만명당): 전체



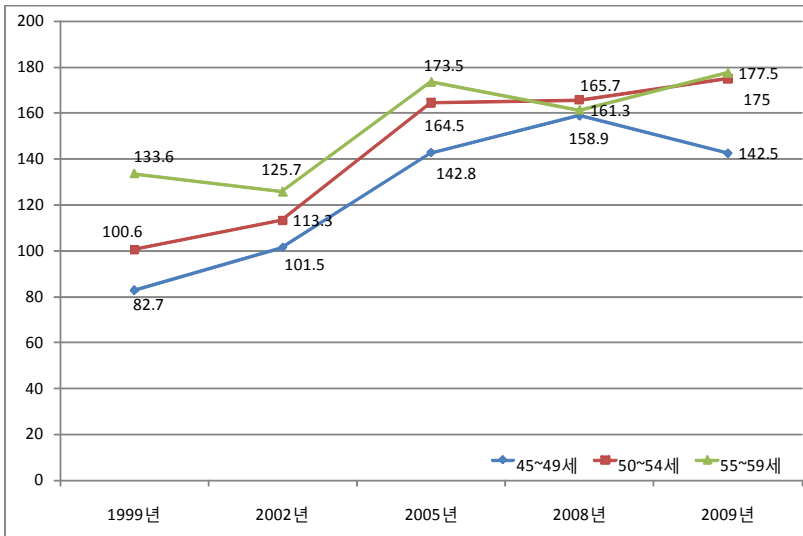
자료: 환자조사보고서, 각년도.

[그림 3-11] 정신 및 행동장애 외래환자 수진율(인구10만명당): 남자



자료: 환자조사보고서, 각년도.

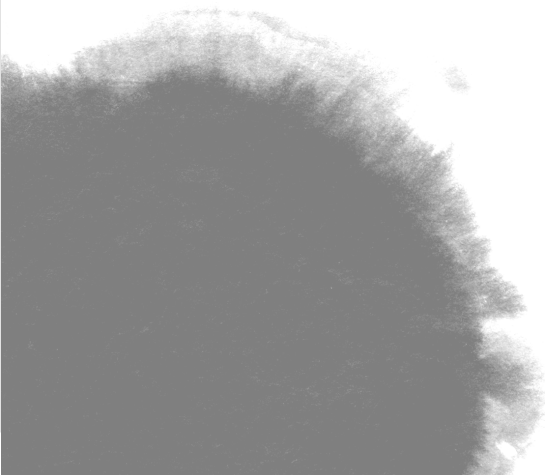
[그림 3-12] 정신 및 행동장애 외래환자 수진율(인구10만명당): 여자



자료: 환자조사보고서, 각년도.

04

신노년층(베이비붐세대)의
장기요양관련 욕구실태



제4장 신노년층(베이비붐세대)의 장기요양관련 욕구실태

제1 절 장기요양관련 인식수준

1. 장기요양서비스의 이용의향

본 절에서는 한국보건사회연구원에서 실시된 중년층의 생활실태 및 복지 욕구조사(정경희 외, 2010)의 결과를 이용하여, 공적 장기요양서비스의 이용의향에 대해 분석하였다. 여기에서 응답자인 중년층이 ① ‘(시)부모가 장기요양을 필요로 하는 경우 노인장기요양보험제도를 이용할 의향이 있는가’와 ② 본인이 ‘노후에 거동이 불편하여 간병이나 수발이 필요한 경우 누구로부터 도움을 받고 싶은가’ 하는 설문내용을 중심으로 살펴보았다.

먼저, 첫 번째의 질문에 대해, ‘요양원과 같은 시설서비스를 이용하겠다’와 ‘재가서비스를 주로 이용하겠다’라고 응답한 경우를 장기요양보험제도의 이용의향이 있는 것으로 정하였고, ‘노인장기요양보험보다는 요양병원 등의 병원시설을 이용하겠다’와 ‘이용하지 않겠다’라고 응답한 경우는 장기요양보험제도의 이용의향이 없는 것으로 정하였다. 그리고 전자의 경우에는 시설서비스의 이용의향, 후자의 경우에는 재가서비스의 이용의향으로 간주하였다.

두 번째의 질문에 대해, 배우자, 아들·며느리, 딸·사위, 또한 ‘노인요양병원 등 의료시설 이용’로 응답한 경우는 공적 장기요양서비스의 이용의향이 없는 것으로 간주하였고, ‘서비스이용(재가)’나 ‘노인요양원 등 복지시설이

용'으로 응답한 경우를 공적 장기요양서비스의 이용의향이 있는 것으로 간주하였다.

이러한 질문에 대한 응답을 정리한 것이 <표 4-1>~<표 4-6>이다.

즉, <표 4-1>은 자녀인 중년층이 본인 또는 배우자의 부모에게 노인장기요양보험제도로부터 서비스를 이용하게 할 의향이 있는가를 파악해 본 것으로 부모세대의 의향이 아니라 자녀의 의향인 것이다.

전체적으로 보면, '이용하게 할 의향이 있다'고 응답한 비율이 70.8%, '이용하게 할 의향이 없다'고 응답한 비율이 29.2%로 나타나고 있다.

이와 같이 '이용하게 할 의향이 있다'고 한 경우를 보면, 여자(71.8%)가 남자(69.9%)보다 높게 나타났고, 교육수준별로 보면 학력수준이 낮을수록 이용의향이 약간씩 높아지는 것으로 나타났다. 또한, 무배우(76.5%)가 유배우(70.2%)인 경우보다 더 높게 나타났고, 가구유형별로는 부부가구(78.5%)의 경우가 1인가구(72.4%)나, 자녀동거가구(68.7%)나, 확대가족(74.6%)에 비해 높게 나타났다. 그리고 본인이 취업 중(71.3%)인 경우가 더 높으며, 소득수준별로는 소득수준이 낮을수록 오히려 제도이용의향이 높은 것으로 나타났다. 또한, 현재 부모가 노인장기요양서비스를 이용하고 있는 경우(84.4%)가 그렇지 않은 경우(69.7%)보다 제도이용의향이 더 높은 것으로 나타났다.

이러한 결과를 보면, 소득과 학력수준이 낮은 계층에게서 노인장기요양보험제도의 활용의향이 높은 것으로 나타나, 현행제도가 일반 중산층을 위한 보편적인 제도로 자리잡아가고 있음을 시사해주고 있다.

〈표 4-1〉 부모를 위한 공적 장기요양서비스 제공 의향

(단위: %, 명)

구분	이용안함	이용함	전체
전체	29.2	70.8	100.0 (3,008)
성별			
남자	30.1	69.9	100.0 (1,526)
여자	28.2	71.8	100.0 (1,481)
교육수준			
초졸 이하	23.8	76.2	100.0 (315)
중졸	25.7	74.3	100.0 (612)
고졸	26.5	73.5	100.0 (1,303)
전문대 이상	38.8	61.2	100.0 (778)
결혼상태			
유배우	29.8	70.2	100.0 (2,722)
무배우	23.5	76.5	100.0 (285)
가구유형별			
1인가구	27.6	72.4	100.0 (87)
부부가구	21.5	78.5	100.0 (372)
부부+미혼자녀	31.3	68.7	100.0 (2,159)
확대가족	25.4	74.6	100.0 (389)
기타	0.0	100.0	100.0 (2)
취업상태			
취업중	28.7	71.3	100.0 (2,247)
미취업	30.6	69.4	100.0 (761)
소득수준			
300만원 미만	21.8	78.2	100.0 (917)
300~500만원	26.9	73.1	100.0 (1,063)
500만원 이상	38.2	61.8	100.0 (1,027)
부모서비스이용여부			
미이용	30.3	69.7	100.0 (2,703)
이용	15.6	84.4	100.0 (269)

자료: 정경희 외, 중년층의 생활실태 및 복지욕구조사(2010) 자료분석

<표 4-2>는 자녀인 중년층이 본인 또는 배우자의 부모에게 노인장기요양보험의 시설서비스를 이용하게 할 의향이 있는가를 파악해 본 것이다.

전체적으로 보면, ‘이용하게 할 의향이 있다’고 응답한 비율이 47.7%, ‘이용하게 할 의향이 없다’고 응답한 비율이 51.5%로 나타나고 있다. 다시 말하면, 이용과 미이용간의 비율이 거의 절반씩 차지하고 있는 것으로 보인다.

〈표 4-2〉 부모를 위한 공적 장기요양시설서비스 제공 의향

(단위: %, 명)

구분	이용안함	이용함	전체
전체	51.5	47.7	100.0 (3,008)
성별			
남자	52.3	47.7	100.0 (1,527)
여자	50.7	49.3	100.0 (1,482)
교육수준			
초졸 이하	46.7	53.3	100.0 (315)
중졸	46.7	53.3	100.0 (612)
고졸	50.5	49.5	100.0 (1,303)
전문대 이상	58.7	41.3	100.0 (778)
결혼상태			
유배우	51.5	48.5	100.0 (2,722)
무배우	50.9	49.1	100.0 (285)
가구유형별			
1인가구	52.9	47.1	100.0 (87)
부부가구	49.7	50.3	100.0 (372)
부부+미혼자녀	51.2	48.8	100.0 (2,158)
확대가족	54.1	45.9	100.0 (390)
기타	50.0	50.0	100.0 (2)
취업상태			
취업중	50.9	49.1	100.0 (2,247)
미취업	53.1	46.9	100.0 (761)
소득수준			
300만원 미만	45.5	54.5	100.0 (916)
300~500만원	51.3	48.7	100.0 (1,063)
500만원 이상	56.9	43.1	100.0 (1,026)
부모서비스이용여부			
미이용	51.5	48.5	100.0 (2,704)
이용	49.4	50.6	100.0 (269)

자료: 정경희 외, 중년층의 생활실태 및 복지욕구조사(2010) 자료분석

이와 같이 ‘시설서비스를 이용하게 할 의향이 있다’고 한 경우를 보면, 여자(49.3%)가 남자(47.7%)보다 높게 나타났고, 교육수준별로 보면 학력수준이 낮은 경우가 이용의향이 약간씩 높아지는 것으로 나타났다. 또한, 무배우(49.1%)가 유배우(48.5%)인 경우보다 더 높게 나타났고, 가구유형별로는 부부가구(50.3%)의 경우가 1인가구(47.1%)나, 자녀동거가구(48.8%)나,

확대가족(45.9%)에 비해 높게 나타났다. 그리고 본인이 취업 중(49.1%)인 경우가 더 높으며, 소득수준별로는 소득수준이 낮을수록 오히려 제도이용의향이 높은 것으로 나타났다. 또한, 현재 부모가 노인장기요양서비스를 이용하고 있는 경우(50.6%)가 그렇지 않은 경우(48.5%)보다 제도이용의향이 더 높은 것으로 나타났다.

<표 4-3>은 자녀인 중년층이 본인 또는 배우자의 부모에게 노인장기요양보험의 재가서비스를 이용하게 할 의향이 있는가를 파악해 본 것이다.

전체적으로 보면, ‘이용하게 할 의향이 있다’고 응답한 비율이 22.3%, ‘이용하게 할 의향이 없다’고 응답한 비율이 77.7%로 나타나고 있다. 다시 말하면, 현재와 같은 형태의 재가서비스보다는 요양시설이나 요양병원과 같은 시설을 이용하게 하겠다는 것으로 보인다.

이와 같이 ‘재가서비스를 이용하게 할 의향이 없다’고 한 경우를 보면, 남녀간에는 차이가 없는 것으로 나타났고, 교육수준별로 보면 전문대이상(80.1%)이 가장 높게 나타났다. 또한, 유배우(72.7%)가 무배우(72.7%)인 경우보다 더 높게 나타났고, 가구유형별로는 자녀동거가구(80.1%)의 경우가 1인가구(74.7%)나, 부부가구(71.7%)나, 확대가족(71.3%)에 비해 높게 나타났다. 그리고 취업상태별로 차이가 없고, 소득수준별로는 소득수준이 높은 경우가 오히려 제도이용의향이 낮은 것으로 나타났다. 또한, 현재 부모가 노인장기요양서비스를 이용하고 있지 않은 경우(78.8%)가 그렇지 않은 경우(66.2%)보다 제도이용의향이 더 낮은 것으로 나타났다. 결국, 재가 서비스는 대체적으로 사회경제적 수준이 높은 계층(고학력 및 고소득계층)에서 이용의향이 낮게 나타나고 있음을 짐작할 수 있다.

〈표 4-3〉 부모를 위한 공적 장기요양재가서비스 제공 의향

(단위: %, 명)

구분	이용안함	이용함	전체
전체	77.7	22.3	100.0 (3,008)
성별			
남자	77.9	22.1	100.0 (1,527)
여자	77.6	22.4	100.0 (1,481)
교육수준			
초졸 이하	77.1	22.9	100.0 (315)
중졸	78.9	21.1	100.0 (611)
고졸	76.0	24.0	100.0 (1,303)
전문대 이상	80.1	19.9	100.0 (778)
결혼상태			
유배우	78.3	21.7	100.0 (2,723)
무배우	72.7	27.3	100.0 (286)
가구유형별			
1인가구	74.7	25.3	100.0 (87)
부부가구	71.7	28.3	100.0 (371)
부부+미혼자녀	80.1	19.9	100.0 (2,159)
확대가족	71.3	28.7	100.0 (390)
기타	50.0	50.0	100.0 (2)
취업상태			
취업중	77.8	22.2	100.0 (2,247)
미취업	77.5	22.5	100.0 (760)
소득수준			
300만원 미만	76.2	23.8	100.0 (916)
300~500만원	75.6	24.4	100.0 (1,063)
500만원 이상	81.3	18.7	100.0 (1,026)
부모서비스이용여부			
미이용	78.8	21.2	100.0 (2,703)
이용	66.2	33.8	100.0 (269)

자료: 정경희 외, 중년층의 생활실태 및 복지욕구조사(2010) 자료분석

<표 4-4>는 본인이 노인장기요양보험의 공적서비스를 이용할 의향이 있는가를 파악해 본 것이다.

전체적으로 보면, ‘이용할 의향이 있다’고 응답한 비율이 47.0%, ‘이용할 의향이 없다’고 응답한 비율이 53.0%로 나타나고 있다.

〈표 4-4〉 본인의 장기요양서비스 이용의향

(단위: %, 명)

구분	이용안함	이용함	전체
전체	53.0	47.0	100.0 (4,049)
성별			
남자	62.2	37.8	100.0 (1,955)
여자	44.5	55.5	100.0 (2,094)
교육수준			
초졸 이하	40.9	59.1	100.0 (594)
중졸	47.9	52.1	100.0 (912)
고졸	54.3	45.7	100.0 (1,660)
전문대 이상	64.1	35.9	100.0 (883)
결혼상태			
유배우	56.6	43.4	100.0 (3,448)
무배우	32.5	67.5	100.0 (600)
가구유형별			
1인가구	24.4	75.6	100.0 (234)
부부가구	50.4	49.6	100.0 (575)
부부+미혼자녀	56.5	43.5	100.0 (2,794)
확대가족	49.5	50.5	100.0 (440)
기타	42.9	57.1	100.0 (7)
취업상태			
취업중	53.5	46.5	100.0 (2,994)
미취업	51.6	48.4	100.0 (1,055)
소득수준			
300만원 미만	43.9	56.1	100.0 (1,484)
300~500만원	51.9	48.1	100.0 (1,333)
500만원 이상	65.1	34.9	100.0 (1,230)
부모서비스이용여부			
미이용	57.2	42.8	100.0 (2,714)
이용	47.2	52.8	100.0 (269)

자료: 정경희 외, 중년층의 생활실태 및 복지욕구조사(2010) 자료분석

이와 같이 ‘공적서비스를 이용할 의향이 있다’고 한 경우를 보면, 여자(55.5%)가 남자(37.8%)보다 높게 나타났고, 교육수준별로 보면 교육수준이 낮을수록 더 높게 나타났다. 또한, 무배우(67.5%)가 유배우(43.4%)인 경우보다 더 높게 나타났고, 가구유형별로는 1인가구(75.6%)의 경우가 부부가구(49.6%)나, 자녀동거가구(43.5%)나, 확대가족(50.5%)에 비해 상당히 높

게 나타났다. 그리고 취업상태별로 거의 차이가 없고, 소득수준별로는 소득 수준이 낮을수록 제도이용의향이 높아지는 것으로 나타났다. 또한, 현재 부모가 노인장기요양서비스를 이용하고 있는 경우(52.8%)가 그렇지 않은 경우(42.8%)보다 제도이용의향이 더 높은 것으로 나타났다.

<표 4-5>는 본인이 노인장기요양보험의 시설서비스를 이용할 의향이 있는가를 파악해 본 것이다.

전체적으로 보면, ‘이용할 의향이 있다’고 응답한 비율이 37.3%, ‘이용할 의향이 없다’고 응답한 비율이 62.7%로 나타나고 있다.

이와 같이 ‘시설서비스를 이용할 의향이 있다’고 한 경우를 보면, 여자(42.5%)가 남자(31.6%)보다 높게 나타났고, 교육수준별로 보면 교육수준이 낮을수록 더 높게 나타났다. 또한, 무배우(54.9%)가 유배우(34.2%)인 경우보다 더 높게 나타났고, 가구유형별로는 1인가구(63.7%)의 경우가 부부가구(38.0%)나, 자녀동거가구(34.2%)나, 확대가족(41.5%)에 비해 상당히 높게 나타났다. 그리고 취업상태별로 거의 차이가 없고, 소득수준별로는 소득 수준이 낮을수록 제도이용의향이 높아지는 것으로 나타났다. 또한, 현재 부모가 노인장기요양서비스를 이용하고 있는 경우(42.4%)가 그렇지 않은 경우(33.8%)보다 제도이용의향이 더 높은 것으로 나타났다.

<표 4-6>는 본인이 노인장기요양보험의 재가서비스를 이용할 의향이 있는가를 파악해 본 것이다.

전체적으로 보면, ‘이용할 의향이 있다’고 응답한 비율이 9.7%, ‘이용할 의향이 없다’고 응답한 비율이 90.3%로 나타나고 있다. 이는 재가서비스보다는 시설서비스나, 가족으로부터의 수발을 희망하고 있는 것으로 풀이할 수 있다.

이와 같이 ‘재가서비스를 이용할 의향이 있다’고 한 경우를 보면, 여자(13.0%)가 남자(6.2%)보다 높게 나타났고, 교육수준별로 보면 초졸이하의 교육수준이 낮은 경우가 가장 높게 나타났다. 또한, 무배우(12.5%)가 유배우(9.2%)인 경우보다 더 높게 나타났고, 가구유형별로는 1인가구(12.0%)의 경우가 부부가구(11.5%)나, 자녀동거가구(9.3%)나, 확대가족(8.9%)에 비해

상당히 높게 나타났다. 그리고 취업상태별로 미취업자(11.6%)가 취업자(9.8%)보다 더 높으며, 소득수준별로는 특이한 경향을 볼 수 없다. 또한, 현재 부모가 노인장기요양서비스를 이용하고 있는 경우(10.4%)가 그렇지 않은 경우(9.0%)보다 제도이용의향이 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-5〉 본인의 장기요양시설서비스 이용의향

(단위: %, 명)			
구분	이용안함	이용함	전체
전체	62.7	37.3	100.0 (4,049)
성별			
남자	68.4	31.6	100.0 (1,955)
여자	57.5	42.5	100.0 (2,095)
교육수준			
초졸 이하	52.4	47.6	100.0 (595)
중졸	57.3	42.7	100.0 (911)
고졸	63.9	36.1	100.0 (1,660)
전문대 이상	73.3	26.7	100.0 (883)
결혼상태			
유배우	65.8	34.2	100.0 (3,449)
무배우	45.1	54.9	100.0 (601)
가구유형별			
1인가구	36.3	63.7	100.0 (234)
부부가구	62.0	38.0	100.0 (574)
부부+미혼자녀	65.8	34.2	100.0 (2,795)
확대가족	58.5	41.5	100.0 (439)
기타	57.1	42.9	100.0 (7)
취업상태			
취업중	62.6	37.4	100.0 (2,994)
미취업	63.1	36.9	100.0 (1,055)
소득수준			
300만원 미만	53.7	46.3	100.0 (1,483)
300~500만원	63.0	37.0	100.0 (1,333)
500만원 이상	73.3	26.7	100.0 (1,230)
부모서비스이용여부			
미이용	66.2	33.8	100.0 (2,715)
이용	57.6	42.4	100.0 (269)

자료: 정경희 외, 중년층의 생활실태 및 복지욕구조사(2010) 자료분석

〈표 4-6〉 본인의 장기요양재가서비스 이용의향

(단위: %, 명)

구분	이용안함	이용함	전체
전체	90.3	9.7	100.0 (4,049)
성별			
남자	93.8	6.2	100.0 (1,954)
여자	87.0	13.0	100.0 (2,095)
교육수준			
초졸 이하	88.6	11.4	100.0 (594)
중졸	90.6	9.4	100.0 (912)
고졸	90.4	9.6	100.0 (1,659)
전문대 이상	90.8	9.2	100.0 (884)
결혼상태			
유배우	90.8	9.2	100.0 (3,449)
무배우	87.5	12.5	100.0 (600)
가구유형별			
1인가구	88.0	12.0	100.0 (233)
부부가구	88.5	11.5	100.0 (574)
부부+미혼자녀	90.7	9.3	100.0 (2,795)
확대가족	91.1	8.9	100.0 (439)
기타	85.7	14.3	100.0 (7)
취업상태			
취업중	90.9	9.1	100.0 (2,994)
미취업	88.4	11.6	100.0 (1,055)
소득수준			
300만원 미만	90.2	9.8	100.0 (1,484)
300~500만원	88.9	11.1	100.0 (1,333)
500만원 이상	91.9	8.1	100.0 (1,230)
부모서비스이용여부			
미이용	91.0	9.0	100.0 (2,714)
이용	89.6	10.4	100.0 (269)

자료: 정경희 외, 중년층의 생활실태 및 복지욕구조사(2010) 자료분석

2. 장기요양서비스의 이용의향과 관련변수간의 관련성 분석 (로지스틱분석)

장기요양서비스는 일종의 사회서비스이면서 시장에서 직접구입이 가능한 일종의 상품이기 때문에 구매에 따른 수요는 경제수준(소득)에 의해 좌우될

것이다. 그러나 현행 우리나라의 장기요양서비스는 사회보험제도로 인하여 본인의 비용일부부담금(재가서비스는 15%, 시설서비스는 20%)을 제외하고는 서비스이용시점에서는 무료로 제공된다고 볼 수 있다. 이 때, 서비스수요에 영향을 미칠 수 있는 가격이 바로 본인일부부담금이라고 보여지고, 소득 수준에 따라서는, 특히 저소득계층에게는 그 가격이 크게 나타날 수 있다.

또한, 그 이외에 일반적으로 수요에 영향을 줄 수 있는 요인으로서는 가격(본인일부부담금)을 제외하고는 간병수발을 제공해 줄 수 있는가를 판단해주는 변수, 즉, 결혼유무와 가구유형을 들 수 있다. 특히 서비스유형에 대한 수요는 본인이 거주하고 있는 주택소유의 형태에 의해서도 영향을 받을 수 있다.

그리고, 또 고려해 볼 수 있는 것이 현재 동일한 서비스를 이용하고 있는가와 같은 경험도 서비스수요를 결정하는데 영향을 줄 수 있을 것이다. 만약에 현재 이용하고 있는 서비스에 대한 만족도가 높지 않다면, 본인일부부담금(여기에서는 비보험급여에 대한 부담금을 포함한 총 본인부담금으로 생각하여야 할 것임)이 유사하다면, 공적장기요양서비스 이외의 민간서비스를 이용할 것이다. 그리고 부가해서 중장년계층인 본인이 자신의 부모를 현재 간병수발을 하고 있는가에 의해서도 자신의 공적서비스수요에 영향을 줄 수 있다는 것이다.

이상과 같은 관점에서 이용가능한 몇 가지의 변수를 이용하고 로지스틱 회귀분석을 시도해 보았고, 그 결과가 <표 4-7>과 같다.

〈표 4-7〉 장기요양서비스 이용의향여부와 관련변수간 관련성 분석(로지스틱분석결과)

구분	부모1 Exp(B)	부모2 Exp(B)	부모3 Exp(B)	본인1 Exp(B)	본인2 Exp(B)	본인3 Exp(B)
성별 (남자기준)						
여자	1.029	1.065	0.945	2.214***	1.674***	2.312***
교육수준 (전문대졸이상 기준)						
초졸	1.359	1.380**	0.935	1.545***	1.601***	0.955
중졸	1.385**	1.426***	0.909	1.257**	1.441***	0.750
고졸	1.506***	1.282**	1.175	1.136	1.239**	0.850
결혼상태 (유배우 기준)						
무배우자	1.208	0.852	1.495**	1.695***	1.425***	1.514**
가구유형(1인가구 기준)						
부부가구	1.822	1.085	1.593	0.421***	0.441***	1.088
부부+미혼자녀	1.435	1.305	0.967	0.419***	0.485***	0.835
확대가족	1.810	1.080	1.627	0.544***	0.634**	0.841
취업상태 (취업중 기준)						
미취업	0.845	0.863	1.016	0.789***	0.803***	0.966
소득수준 (500만원 이상 기준)						
300만원 미만	1.858***	1.523***	1.152	1.631***	1.683***	1.007
300-500만원	1.525***	1.172	1.361***	1.606***	1.460***	1.417**
부모의 현재 서비스 이용여부 (미이용 기준)						
이용함	2.337***	1.091	1.865***	1.373**	1.342**	1.062
부모수발유무(수발기준)						
미수발	1.172	0.930	1.322***	1.157	1.090	1.177
df	13	13	13	13	13	13
chi-square	124.501***	45.572***	71.373***	367.497***	252.886***	75.512***
-2LL	3504.093	4115.703	3111.722	5216.603	5080.587	2501.667
cox & snell R ²	0.041	0.015	0.023	0.087	0.061	0.019

주: 부모1: 부모에게 장기요양서비스를 이용하게 할 의향 여부

부모2: 부모에게 장기요양시설서비스를 이용하게 할 의향 여부

부모3: 부모에게 장기요양재가서비스를 이용하게 할 의향 여부

본인1: 향후 본인이 장기요양서비스를 이용할 의향 여부

본인2: 향후 본인이 장기요양시설서비스를 이용할 의향 여부

본인3: 향후 본인이 장기요양재가서비스를 이용할 의향 여부

1)***: 유의수준 1% **: 유의수준 5%

2) 부모가 사망한 경우에는 부모에 대한 장기요양서비스이용여부 분석에서 제외함.

자료: 정경희 외, 중년층의 생활실태 및 복지욕구조사(2010) 자료

첫째, 자신의 (시)부모에게 노인요양보험제도의 서비스를 이용하게 할 의향이 있는가(부모1 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상태(SES)변수 중에서 교육수준을 보면, 전문대이상 졸업자에 비해서 고졸자가 1.5배, 중졸자가 1.4배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났고, 이를 반영하듯이 500만원 이상 소득자에 비해서 300~500만원 미만자가 1.5배, 300만원 미만자가 1.9배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났다. 일반적으로 경제사회적 상태가 양호한 계층이 서비스가격(본인일부부담금)에 대한 부담감이 적기 때문에 손쉽게 이용할 것으로 보이는데, 분석결과가 그렇지 않게 나온 것은 현행 장기요양서비스보다 더 양질의 서비스를 제공하는 자를 원하고 있거나, 아니면 고가의 의료기관을 선호하기 때문인 것으로 생각할 수 있다. 그 이외의 변수에서는 현재 부모가 장기요양서비스를 이용하고 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해서 2.3배나 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났다.

둘째, 자신의 (시)부모에게 노인요양보험제도의 시설서비스를 이용하게 할 의향이 있는가(부모2 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상태(SES)변수 중에서 교육수준을 보면, 전문대이상 졸업자에 비해서 고졸자가 1.3배, 중졸자가 1.4배, 초졸자가 1.4배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났고, 이를 반영하듯이 500만원 이상 소득자에 비해서 300만원 미만자가 1.5배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났다.

셋째, 자신의 (시)부모에게 노인요양보험제도의 재가서비스를 이용하게 할 의향이 있는가(부모3 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상태(SES)변수 중에서 교육수준을 나타내는 변수에서는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 그 대신에 500만원 이상 소득자에 비해서 300~500만원 미만자가 1.4배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났다. 또한, 유배우자에 비해서 무배우자가 1.5배 재가서비스의 이용의향을 보이고 있으며, 현재 부모가 장기요양서비스를 이용하고 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해서 1.9배나 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났다.

넷째, 이번에는 중년층 본인의 공적 장기요양서비스를 이용할 의향이 있

는가(본인1 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상태(SES)변수 중에서 교육수준을 나타내는 변수에서는 전문대이상 졸업자에 비해서 중졸자가 1.3배, 초졸자가 1.5배 높게 이용의향을 나타냈다. 소득수준에서도 동일하게 500만원 이상 소득자에 비해서 300~500만원 미만자가 1.6배, 300만원 미만자가 1.6배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났다. 또한, 유배우자에 비해서 무배우자가 1.7배 이용의향을 보이고 있으며, 가구형태에서는 1인가구에 비해서 부부가구, 자녀동거가구, 확대가족이 모두 이용의향이 약 40~60%정도 낮은 것으로 나타났다. 그리고 현재 부모가 장기요양서비스를 이용하고 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해서 1.4배나 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났고, 취업중인 경우에 비해서 미취업인 경우가 약 21%정도 이용의향이 낮은 것으로 나타났다.

다섯째, 중년층 본인의 공적 장기요양 시설서비스를 이용할 의향이 있는가(본인2 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상태(SES)변수 중에서 교육수준을 나타내는 변수에서는 전문대이상 졸업자에 비해서 고졸자가 1.2배, 중졸자가 1.4배, 초졸자가 1.6배 높게 이용의향을 나타냈다. 소득수준에서도 동일하게 500만원 이상 소득자에 비해서 300~500만원 미만자가 1.5배, 300만원 미만자가 1.7배 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났다. 또한, 유배우자에 비해서 무배우자가 1.4배 이용의향을 보이고 있으며, 가구형태에서는 1인가구에 비해서 부부가구, 자녀동거가구, 확대가족이 모두 이용의향이 약 40~55%정도 낮은 것으로 나타났다. 그리고 현재 부모가 장기요양서비스를 이용하고 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해서 1.3배나 높게 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났고, 취업중인 경우에 비해서 미취업인 경우가 약 20%정도 이용의향이 낮은 것으로 나타났다.

마지막으로, 중년층 본인의 공적 장기요양 재가서비스를 이용할 의향이 있는가(본인2 모델)에 대한 분석에서는 경제사회적 상태(SES)를 나타내는 교육수준과 소득수준 변수에서는 300~500만원 미만자를 제외하고는 통계적 유의한 차이가 보이지 않았고, 단지 유배우자에 비해서 무배우자가 1.5배 이용의향을 보이고 있는 것으로 나타났다.

결국, 종합해 보면, 대체적으로 교육수준이나 소득수준이 낮은 계층에게서 장기요양서비스의 이용의향이 높게 나타나고 있다. 이러한 경향은 재가 서비스보다는 시설서비스측면에서 강력하게 나타나고 있는 것으로 판단된다. 이는 현행 장기요양대상자가 시설에 입소하여 보호를 받는 것을 가족이나 본인이 선호하고 있다는 것을 어느 정도 반영해주고 있다고 볼 수 있다.

그리고 일반적 특성에 해당하는 결혼유무나 가구형태가 부모보다는 자신의 장기요양서비스의 이용의향에 더 큰 영향을 주고 있는 것으로 보인다. 예를 들면, 현재 배우자가 없거나 혼자 사는 독거일 경우가 장기요양서비스의 이용의향이 높는데, 이는 가구에 의지할 수 있는 가족이 없기 때문에 요양보호사라는 공적요양인력에 의존하려는 성향이 있기 때문으로 풀이할 수 있다.

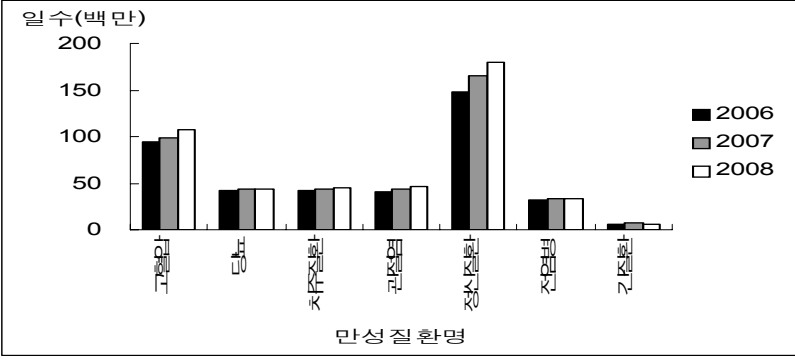
제2절 장기요양서비스비용의 추계³⁾

1. 장기요양서비스욕구 및 환경의 변화

인구의 고령화가 가속화됨에 따라 [그림 4-1]에서 보는 바와 같이 노인들이 많이 경험하는 만성질환에 대한 진료일수가 꾸준히 증가하고 있다. 고혈압, 당뇨병, 정신질환의 경우 2006년 이후 계속해서 증가하는 모습을 보이고 있다. 특히, 고혈압의 경우에는 뇌졸중과 같은 장기요양욕구를 크게 발생시키는 질환의 발병원인질환으로 알려져 있다는 점에서 그 증가현상은 바람직하지 못하다고 볼 수 있다.

3) 본 절에서의 장기요양서비스비용추계는 베이비붐세대를 대상으로 한 추계가 아니라 65세 이상 노인을 대상으로 한 추계치임. 그 이유는 현행 베이비붐세대의 장기요양욕구는 연령 특성상 아직 중장년계층에 속하기에 일부 뇌졸중 및 치매질환자를 제외하고는 거의 존재하고 있지 않기 때문임. 다만, 베이비붐세대가 향후 노년기, 특히 장기요양욕구가 큰 80세 이후의 시기가 되면 현재와 동일한 수요를 가졌다고 하더라도 그 수적인 규모가 크기 때문에 전체적으로 장기요양비용 지출규모가 커질 수 있으며, 본 보고서에서는 어느 정도에 나타날 것인가를 가늠하기 위한 관점에서 비용추계를 시도해 보았음.

[그림 4-1] 만성질환 진료일수 현황

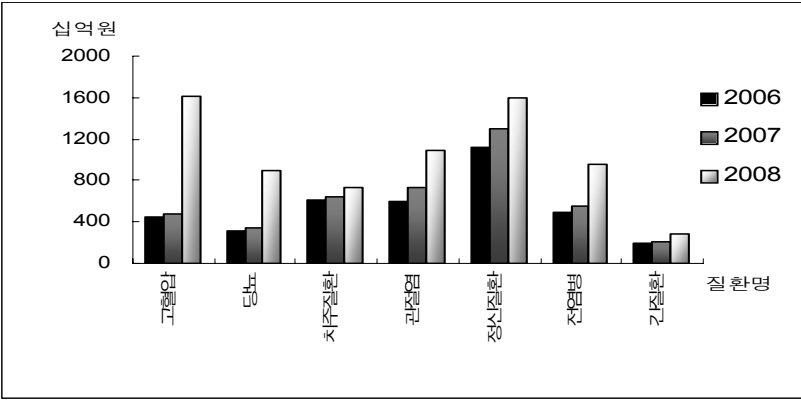


자료: 통계청, KOSIS

만성질환의 진료일수뿐만 아니라 만성질환에 대한 급여비 역시 급속하게 증가했는데, 특히 [그림 4-2]에서 보는 바와 같이 2008년도에 들어와서 고혈압, 당뇨 등에 대한 급여비가 급격하게 증가한 모습을 보였다. 당뇨와 관절염 역시 과거 2년 동안의 급여비와 비교하면 높은 수준의 급여비를 보여주고 있다.

이렇듯 노인인구에서 많이 발생하는 질환과 관련하여 진료일수와 급여비가 증가하는 모습을 확인할 수 있다.

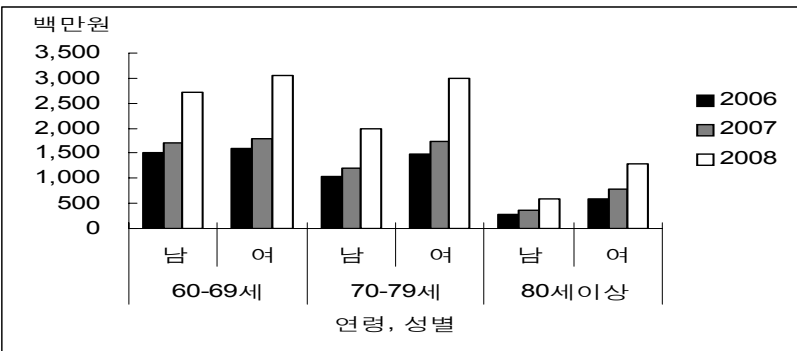
[그림 4-2] 만성질환 급여비 현황



자료: 통계청, KOSIS

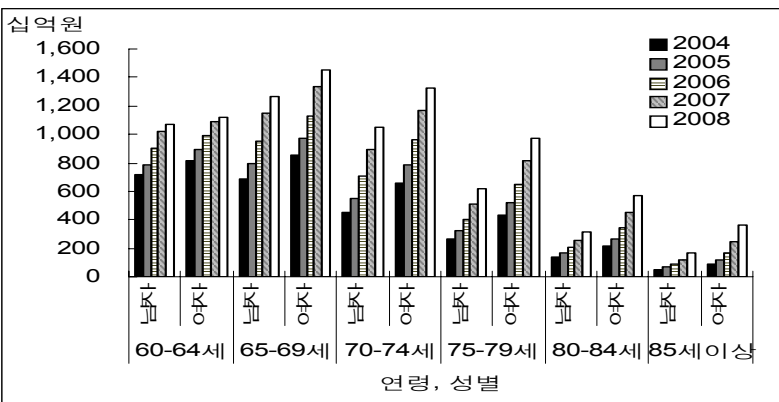
연령별 진료실적의 현황을 살펴보면, 2006년 이후 60대 이상의 모든 연령대에서 지속적으로 증가하고 있는 것을 [그림 4-3]에서 볼 수 있다. 특히, 2008년 진료실적의 경우, 2006년, 2007년의 실적과 비교했을 때 상대적으로 큰 증가 폭을 보였다. 이러한 증가폭은 모든 연령대에서 나타났을 뿐만 아니라 남녀 모두에게서 나타났는데, 여성의 경우 그 증가폭이 더 큰 것으로 나타났다.

[그림 4-3] 연령별 진료실적 현황



자료: 통계청, KOSIS

[그림 4-4] 연령별 성별 영양급여 실적

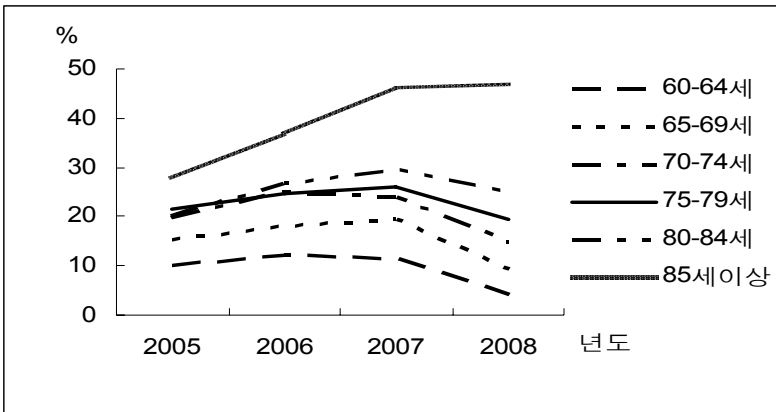


자료: 통계청, KOSIS

[그림 4-4]는 2004년부터 2008년까지 성별, 연령별 요양급여비의 변화를 보여주고 있다. 2004년 이후 남녀 모두의 요양급여비는 증가하는 추세이며, 이러한 증가 추세는 모든 연령대에서 나타났다. 그 중에서도 특히 요양급여비가 높은 연령대는 남녀 모두 65-69세로 나타났다.

아울러 연령별 요양급여 실적의 증가율을 보면 2005~2007년간 60세 이상의 모든 연령대에서 증가하는 모습을 보였고, 2008년에는 증가율이 다소 둔화된 것을 볼 수 있다.

[그림 4-5] 연령별 요양급여 실적 증가율



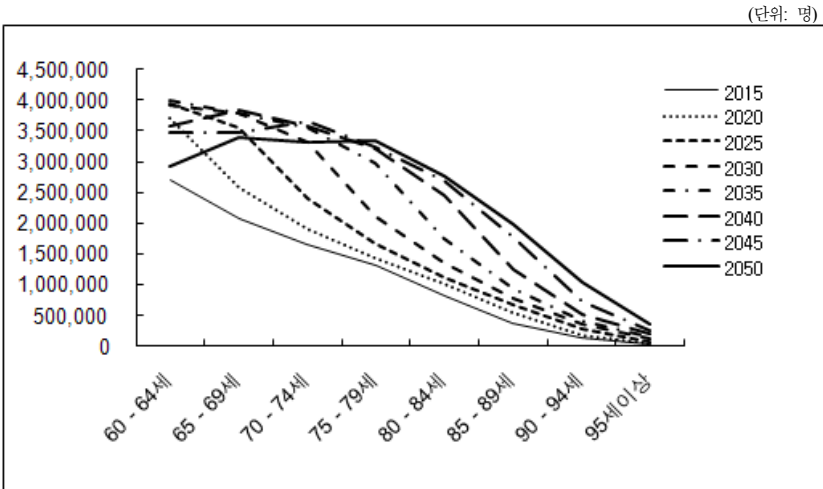
자료: 통계청, KOSIS

2. 장기요양서비스 욕구 및 환경의 변화에 따른 장기요양비용 지출 추계

베이비부머 세대라 불리는 모든 인구가 2025년이면 60대 혹은 70대에 진입하게 된다. 따라서 [그림 4-6]에서 보는 바와 같이 2025년의 인구 추정선은 2015년과 2020년의 그것보다는 높은 곳에 위치하며, 그 이후 5년 간격으로 다음 연령대 그룹의 인구규모 추정선이 이들 베이비부머로 인하여 상대적으로 보다 높은 곳에 위치하는 것을 볼 수 있다. 결과적으로 2050년에는 60~64세 그룹의 인구규모는 2015년의 수준과 비슷해질 것으로 추정되었으

나 85세 이상의 노인인구가 그 어느 때 보다는 많을 것으로 추정되었다.

[그림 4-6] 우리나라 추계인구 2015~2050



자료: 통계청, KOSIS

가. 추계방식

장기요양서비스 수요 및 비용에 대한 추계로 많이 인용되는 것으로 OECD와 영국 Personal Social Science Research Unit(PSSRU)의 연구가 있다. OECD는 연령구조, 장애율과 경제활동참가율에 따른 비공식수발의 이용가능성, 경제발전예 따른 비용 증가 등을 고려한 모델로 11개 EU 국가의 연령대별 데이터를 이용한 회귀분석으로 각국의 비용을 추계하였다.

PSSRU는 거시적 시뮬레이션 접근을 이용하였는데, 연령, 성별, 가족구성, 장애 여부, 주택소유 여부를 기준으로 인구를 분류하여 인구를 추산하고, 분류된 각 인구그룹별로 서비스 이용확률을 계산한 후, 각 요소의 변화에 따른 요양수요를 추계하였다(윤희숙 외, 2010). 본 연구에서는 PSSRU 방식을 응용한 Chung et al. (2009)의 추계방식을 이용하여 장기요양서비스 비용을 추계한다.

〈표 4-8〉 인적 및 요양서비스 관련 변수 현황

변수명	빈도	
성별	남(=1)	66.6%
	여	33.4%
	N	12,525
	평균(SD)	1.33(0.47)
연령	65~69세	29.5%
	70~74세	31.5%
	75~79세	22.1%
	80~84세	11.3%
	85세 이상	5.6%
	N	12,525
교육수준	초등졸 이하(=1)	66.2%
	중졸 이하	13.5%
	고졸 이하	12.5%
	전문대졸 이하	1.4%
	대졸 이상	6.5%
	N	12,525
월소득	평균(SD)	3.26(1.58)
	0~30만원	46.1%
	31~60만원	24.6%
	61~90만원	11.3%
	91~150만원	10.4%
	151~250만원	5.3%
	251~500만원	2.0%
	500만원 이상	0.3%
의사진단 만성질환수	N	12,525
	평균(SD)	55.59(86.62)
	0개	18.2%
	1개	79.5%
	2개	2.3%
	3개 이상	0.0%
주거형태	N	12,525
	평균(SD)	1.92(1.53)
	자가(=1)	77.2%
	전세	7.0%
	월세	6.4%
	기타	9.3%
	N	12,525

〈표 4-8〉 계속

변수명	빈도	
독거유무	아니오(=0)	68.1%
	예	31.9%
	N	9,267
동거 자녀로부터 신체적 지원 수혜(지난 1년)	그렇다(=1)	71.0%
	아니다	25.4%
	N	3,015
비동거 자녀로부터 신체적 지원 수혜(지난 1년)	그렇다(=1)	47.2%
	아니다	52.7%
	N	12,109
배우자로부터 신체적 지원 수혜(지난 1년)	그렇다(=1)	83.3%
	아니다	16.5%
	N	7,877
형제자매로부터 신체적 지원 수혜(지난 1년)	그렇다(=1)	7.0%
	아니다	92.5%
	N	11,129
친구·이웃으로부터 신체적 지원 수혜(지난 1년)	그렇다(=1)	13.0%
	아니다	86.9%
	N	9,357
시설요양서비스이용유무	경험없음(=0)	99.2%
	경험있음	0.8%
	N	9,703

자료: 전국 노인생활실태 및 복지욕구 조사, 보건복지부.

<표 4-8>은 ‘전국 노인생활실태 및 복지욕구 조사’ 중에서 본 연구에서 사용한 변수들의 일반적인 특성을 요약하고 있다. 분석대상자의 평균 연령은 73.5세이며, 여성의 비중은 33.4%이다. 교육수준을 보면 초등학교 졸업자 이하의 학력인 노인이 분석대상자 중 66.2%를 차지했으며, 월소득은 90만원 이하인 노인이 분석대상자 중 82%를 차지하고 있다. 77.2%가 본인 소유의 집에 거주하고 있고, 31.9% 정도만이 독거상태인 것으로 나타났다. 또한 여전히 상당수의 노인들은 동거자녀 혹은 배우자로부터 신체적 지원을 받는 것으로 나타났다. 약 80%의 노인이 하나 정도의 의사진단 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났으며, 분석대상자의 거의 대부분(99.2%)이 시설요양서비스 이용의 경험이 없는 것으로 나타났다.

다음으로 추계방식에 대하여 알아보면, 우선, 인구는 앞서 살펴 본 통계청의 추계인구를 65~69세, 70~74세, 75~79세, 80~84세, 그리고 85세 이상으로 나누어 이용하였다.

다음으로 각 연령대별 장기요양서비스 이용 확률을 추정하기 위하여 먼저 ‘전국 노인생활실태 및 복지욕구 조사’의 장기요양서비스 이용 경험 유무(시설 및 재가서비스)를 종속변수로 하고, 소득, 의사 진단 만성질병 수, 독거여부, 입주형태 등을 설명변수로 한 로짓모형을 이용하였다.

$$Y_j = \beta_0^{ij} + \beta_1^{ij}x_1^{ij} + \beta_2^{ij}x_2^{ij} + \dots + \beta_q^{ij}x_q^{ij} \quad (1)$$

Y = 서비스 이용 여부

i = 연령대

j = 서비스 유형 (시설서비스 혹은 재가서비스)

xq = 연령, 소득 등의 변수

장기요양서비스 이용 확률은 위의 식(1)에서 추정한 계수를 이용하여 다음과 같이 구한다.

$$\hat{P}_{ij} = \frac{e^{\beta_0^{ij} + \beta_1^{ij}x_1^{ij} + \beta_2^{ij}x_2^{ij} + \dots + \beta_q^{ij}x_q^{ij}}}{1 + e^{\beta_0^{ij} + \beta_1^{ij}x_1^{ij} + \beta_2^{ij}x_2^{ij} + \dots + \beta_q^{ij}x_q^{ij}}} \quad (2)$$

$\hat{P}$ = 추정 연령대별 장기요양서비스 이용 확률

i = 연령대

이렇게 추정된 연령대별 장기요양서비스 이용 확률, $\hat{P}$, 와 추계인구, N, 을 곱하여 추정 장기요양서비스 수, NS, 를 구하였다. 즉, 각 연령대 별로 얼마의 시설 혹은 재가 서비스가 필요할 것인가를 추정한 것이다.

$$NS_{ij} = \hat{P}_{ij} \cdot n_{ij} \quad (3)$$

NS = 장기요양서비스 수
n = 인구수

마지막으로 총비용을 구하기 위하여 시설서비스와 재가서비스 각각의 비용이 필요할 것이다. 이들 비용에 대하여서는 시설 혹은 재가서비스 등급별 추정 서비스 수를 구하기 어려운 점 때문에 편의상 각 등급별 수가를 평균하여 그 값을 사용하기로 하였다. 그리하여 각 서비스별(시설, 재가서비스) 평균비용을 앞서 구한 서비스 수와 곱하여 총비용(TE)을 구하였다.

$$TE_{ij}^t = NS_{ij} \cdot C_j^t \quad (4)$$

TE = 총비용
t = 2015, 2020, ...2050

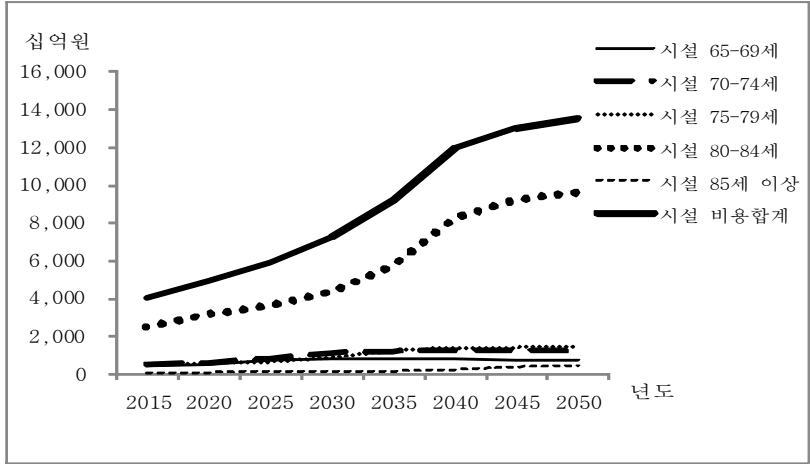
나. 추계결과

이용확률은 편의상 고정하여 추정하였고, 물가상승률은 한진희 외(2007)의 연구를 바탕으로 2015년에는 2.5%, 2020년 이후에는 2.0% 수준을 유지할 것이라고 가정하였다.

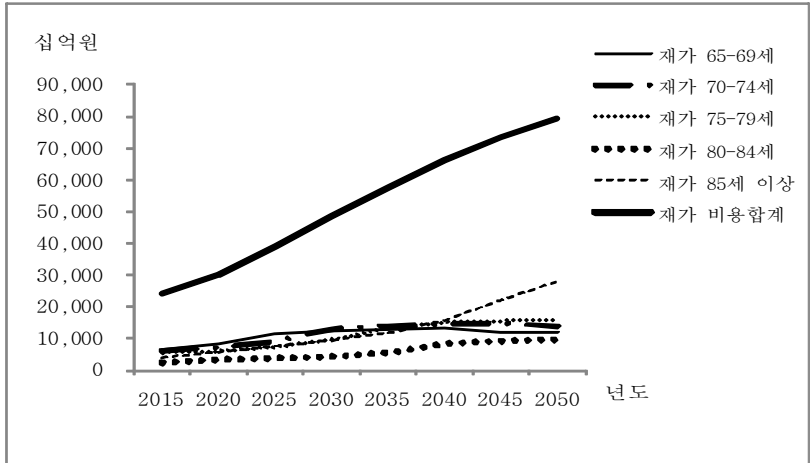
첫째, 시설서비스의 경우 80-84세의 시설서비스 이용 확률이 매우 높을 것으로 추정됨에 따라 추계된 총비용 역시 다른 연령대의 총비용 보다 상당히 높은 것으로 추정되었다. 하지만 85세 이상의 노인의 경우 시설서비스를 이용할 확률이 매우 낮은 것으로 추정되어 그 총비용도 다른 연령대에 비하여 매우 낮게 추정되었다. 2015년에서 2030년까지는 75-79세의 총비용이 70-74세의 총비용 보다 다소 낮은 수준일 것으로 추정되었다. 하지만 2030년 이후에는 70-74세 그룹의 비용을 앞지를 것으로 추정되었는데, 이것은 베이비부머들의 연령과 상관이 있는 것으로 보인다.

둘째, 재가서비스의 경우, 80-84세를 제외한 모든 연령대에서 시설서비스 보다 이용확률이 높게 추정되어 총비용 역시 높게 추정되었다. 85세 이상 연령대의 경우 앞서 살펴본 시설서비스 비용과 비교해 본다면 재가서비스의 경우 상당히 높게 추정되었다.

[그림 4-7] 장기요양 시설서비스 비용 지출 추계

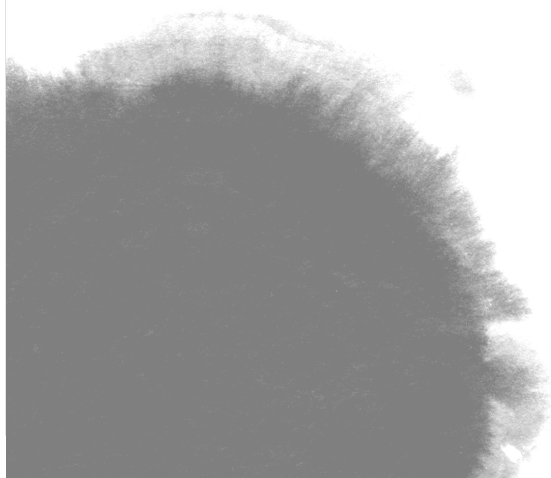


[그림 4-8] 장기요양 재가서비스 비용 지출 추계



05

현행 신노년층(베이비붐 세대)을 위한
건강 및 장기요양정책의 실태



제5장 **현행 신노년층(베이비붐세대)을 위한** **건강 및 장기요양정책의 실태**

제1절 건강정책

1. 건강증진정책

정부의 건강증진사업은 보건소를 중심으로 시행되고 있는 지역특화건강행태개선사업의 명칭으로 운영되고 있다. 기본적으로 본 사업의 대상자는 운동·영양·비만·절주 등 건강생활실천을 원하는 모든 주민이고, 무료로 서비스를 이용할 수 있다. 신청방법으로는 전국 보건소에서 운동·영양·비만·절주 등의 상담을 통해서 가능하고, 교육·홍보캠페인 등의 건강증진서비스를 제공받을 수 있다. 또한, 생활터별(학교, 사업장, 지역사회 등)별로도 건강증진서비스를 제공받을 수 있다. 여기에서 건강증진서비스의 내용을 정리해 보면, (1)건강행태의 개선을 위한 생애주기별 교육 및 상담, (2)운동장소의 재정비 등 건강행태의 개선을 위한 환경 조성, (3)사후적 치료보다는 생활습관의 개선, 질병의 조기발견 등 사전예방 중심의 서비스로 개인의 건강생활의 실천의지를 향상시키는 것으로 되어 있다.

따라서, 현역의 베이비붐세대라면, 사업장에서 제공하는 건강증진서비스를 이용할 수 있으며, 은퇴하였거나, 자영업에 종사하는 베이비붐세대라면, 거주지역에 소재하는 보건소를 이용하면 된다. 다만, 보건소마다 중점을 두는 서비스의 내용이 상이하기 때문에 지역마다 베이비붐세대가 이용할 수 있는 서비스가 한정되어 있을 가능성도 있다.

한편, 현재 건강관리서비스제도의 도입이 추진되고 있는데, 이 제도는 질환자에 대한 치료 및 사후관리에 편중되어 있는 현행 의료서비스를 사전적인 질병예방으로 전환시키는 제도로 볼 수 있다. 다시 말하면, 의사나 간호사뿐만 아니라, 영양사, 운동전문가 등도 포함하여 구성된 별도의 기관이 개인에게 올바른 라이프스타일을 제시함으로써 고혈압, 당뇨병, 심뇌혈관질환 등 만성질환을 예방하기 위한 제도로 설명하고 있다. 여기에서 건강관리서비스기관은 지금까지의 보건소와 같은 공공기관뿐만 아니라 의료기관 이외의 영리단체나 영리기업도 정부가 정한 기준에 맞는 시설을 갖추는 경우에 인정된다.

이 방식은 건강측정을 통해서 질환군, 건강주의군 및 건강군으로 나누어 지는데 건강주의군, 다시 말하면 비만도, 혈압, 혈당, 콜레스테롤 등의 수치가 위험범위에 있어 향후 만성질환으로 진행될 가능성이 높은 자를 대상으로 건강관리기관에서 건강위험요소를 맞춤형으로 관리해주는 관리서비스를 이용하도록 하는 체계를 갖추고 있다. 이것이 제도화되는 경우에는 반드시 보건소나 의료기관에 방문하지 않아도 가까운 건강관리서비스기관에 찾아가서 서비스를 이용하면 되기 때문에 이용자의 입장에서는 편리한 제도로 보인다. 특히, 보건소방문을 꺼리는 베이비붐세대의 중장년계층에 적합할 것으로도 보인다.

그리고 건강검진측면에서 보면, 현재 (1)일반건강검진 및 암검진과 (2)생애전환기 건강검진이 있다. 전자는 건강보험의 직장가입자 및 만41세 이상 지역보험가입자·피보험자를 대상으로 하고 있으며, 검진항목으로 1차 검진에서는 혈액·소변 검사, 구강검진 등이고, 2차 검진에서는 1차 검진결과에 대한 상담 등이 포함되어 있다. 또한, 암검진의 종류에는 5대 암종이라 하여 부위별(위, 간, 대장, 유방, 자궁경부)로 실시하고 있다. 후자는 생애전환기에 해당하는 만 40세와 66세에 실시하는 검진으로 1차 검진의 항목은 일반검진과 동일하지만, 2차 검진에서는 1차 진단결과에 대한 상담 이외에, 생활습관검사 등도 포함하고 있다.

2. 질병관리정책

베이비붐세대와 관련하여 거론할 수 있는 질병관리정책이라 하면, 건강보험에 의한 질병치료비용의 수급지원이 대표적인 정책으로 볼 수 있다. 건강보험제도에서는 특정연령을 대상으로 한 특별제도가 있는 것이 아니라 연령구분과 관계없이 보험제도의 혜택이 동일하게 주어지고 있다.

그 이외에 보건소를 중심으로 시행되고 있는 고혈압·당뇨병 예방관리사업이 있는데, 최근까지 지방에서 심·뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업의 명목으로 실시하여 왔었다. 이 사업을 보면, 65세 이상 고혈압·당뇨병 환자는 필수적인 사업대상이지만, 만 30세 이상~65세미만의 고혈압·당뇨병 환자는 권고사업대상으로 분류되어 있어 현재의 베이비붐세대에 속하는 중장년층은 의료기관의 방문을 통해서 개별적으로 질병을 관리하고 있는 실정이다.

그런데, 보건소에서의 고혈압·당뇨병 예방관리사업은 보건소 의사 및 간호사를 중심으로 하여 실시되고 있는 만큼, 지역에서의 호응도가 낮고, 아직도 현역에서 근로하는 베이비붐세대가 많기 때문에 지역이 아닌 직장을 대상으로 한 예방관리사업이 더 효과적일 수 있을 것이다.

또한, 보건소에서는 맞춤형 방문건강관리사업도 수행하고 있는데, 이는 빈곤, 질병, 장애, 고령 등 건강위험요인이 큰 취약계층의 건강격차 해소 및 건강형평성 제고를 위하여 가정방문을 통해 건강관리서비스를 제공하고, 간호사, 물리치료사, 영양사 등 전문인력이 직접 찾아가 간호서비스, 재활서비스, 영양상담 등의 건강정보 제공으로 질병관리, 합병증 예방, 건강증진을 도모하는 것을 사업목적으로 하고 있다. 사업전략으로는 생애주기별 건강관리를 도모하는 것으로 생애주기별 특성에 맞는 건강생활실천프로그램 및 질병예방프로그램을 제공하고 있다. 즉, 영유아, 임신부, 성인, 노인으로 구분하고 있는데, 이 중에서 성인대상의 사업내용을 보면, 건강문제 및 건강위험요인에 따른 중재 및 건강생활실천동기 부여 및 교육, 만성질환자에 대한 질병관리 및 합병증 예방프로그램의 제공으로 되어 있다.

그러나, 사업대상은 성인이라도 해도 소득수준을 감안하여 우선순위를 두고 있으며, 주로 소득수준이 낮은 취약계층이 중점대상이 되고 있다.

〈표 5-1〉 맞춤형 방문건강관리사업의 대상범위

순위	기준
1순위	기초생활보장수급자 ○ 노인, 장애인, 임산부, 영유아, 다문화가족 등 건강위험군
2순위	차상위계층 ○ 노인, 장애인, 임산부, 영유아, 다문화가족 등 건강위험군
3순위	1, 2순위를 제외한 다문화가정 ○ 빈곤아동, 지역아동센터, 미인가시설
4순위	일반지역주민 ○ 보건소내 타부서 및 관련기관, 지역사회기관에서 건강문제가 있어 의뢰한 대상자

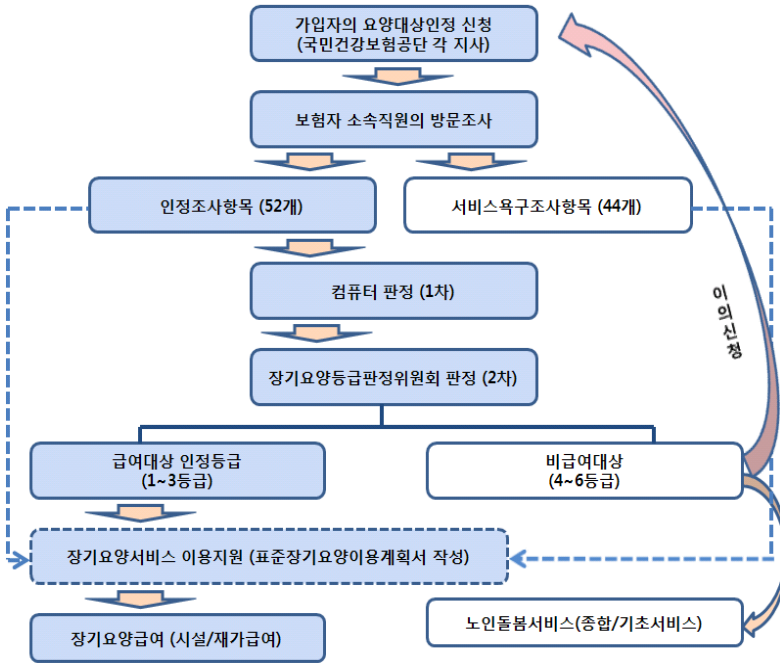
제2절 장기요양정책

1. 공적 노인장기요양서비스정책

현행 공적장기요양서비스는 지난 2008년 7월부터 시행하고 있는 노인장기요양보험제도에 의해 제공되고 있다. 동 제도는 일종의 사회보험방식으로 도입, 시행되고 있으며, 현재 국민건강보험제도의 가입자 및 의료급여제도의 가입자라면 자동적으로 연령에 제한없이 노인장기요양보험제도에 가입되게 되어 있다. 즉, 소득없는 노부모의 경우는 직장가입자의 피부양자가 되거나, 지역가입자로 서비스를 받을 수 있다. 따라서, 베이비붐세대일지라도 자동적으로 노인장기요양보험제도에 가입되어 보험료를 납입하고 있는 실정이다.

다만, 그러한 서비스를 받기 위해서는 기본적으로 연령을 구분하여 수급권을 제공하고 있는데, 현행 노인장기요양보험제도에서의 서비스전달체계를 설명하면 [그림 5-1]과 같다.

[그림 5-1] 현행 공적 노인장기요양서비스 전달체계



첫째, 현행 공적장기요양서비스의 전달은 보험가입자(피보험자)가 거주지역에 소재하는 국민건강보험공단(보험자)의 지사에 요양인정을 신청함으로써 비로소 시작된다(신청주의). 원칙적으로, 장기요양의 신청시에는 의사소견서도 함께 제출하여야 한다. 다만, 65세미만의 가입자인 경우에는 반드시 치매, 뇌혈관질환, 파킨슨 병 등의 노인성질환을 앓고 있어야만 신청이 가능한데, 이는 신청시 제출된 의사소견서를 통해서 알 수 있다. 그리고 원칙적으로 가입자본인이 신청하도록 하고 있지만, 고령자가 대부분인 특성상 대리인, 즉 가족, 친족 또는 이해관계인, 사회복지전담공무원, 시장, 군수, 구청장이 지정하는 자도 가능하다. 또한, 의사소견서는 1차 판정결과 1등급이나 2등급을 받을 것으로 예상되는 자로써 거동불편자에 해당하는 자, 그리고 도서벽지지역에 거주하는 자는 제출하지 않아도 되는 것으로 되어 있다.

둘째, 보험자가 신청을 받은 경우, 보험자에 소속된 직원(사회복지사 또는 간호사)이 신청자의 거처를 방문하여 요양인정에 필요한 신체적 기능 등의 사항과, 추후에 작성, 제공될 서비스이용계획서의 작성에 활용되는 욕구사항을 조사한다. 요양인정조사항목은 신체적 기능(12항목), 인지기능(7항목), 행동변화(14항목), 간호처치 및 재활항목(19항목) 등, 52항목으로 구성되어 있다. 여기에서 일본제도와 비교하면, 한국에는 방문조사의 역할을 담당하는 케어매니저가 존재하고 있지 않기 때문에 신규 및 갱신의 모든 신청에 대한 방문조사를 모두 보험자가 담당하고 있다.

셋째, 조사된 내용과 의사소견서 등을 바탕으로 일차적으로는, PC에 내장된 프로그램에 의해 장기요양필요정도에 따른 등급이 결정되고, 이러한 1차 결과와 의사소견서를 바탕으로 장기요양등급판정위원회에서 최종적으로 장기요양등급을 결정한다. 장기요양등급은 장기요양인정점수를 기준으로 1(최중도, 95점 이상), 2등급(중도, 75~94점), 3등급(중등도, 55~74점)으로 구분되고, 55점미만의 해당자는 A, B, C등급(각 4, 5, 6등급에 해당함)으로 구분하여 향후의 장기요양대상자가 될 우려가 있기 때문에 관리대상이 되고 있다. 그리고 장기요양등급판정위원회는 보험자인 국민건강보험공단의 지사별로 설치되어 있는데, 지사도 거의 시군구(기초자치단체)마다 1개소씩 설치되어 있다.

넷째, 최종적으로 급여대상자로 인정을 받은 경우(유효기간은 1년)에는, 보험자에 소속된 직원이 표준장기요양이용계획서를 작성하여, 인정자에게 제공하여 서비스이용을 지원하고 있다. 여기에서 인정결과에 불복하는 경우에는 이의신청을 통해서 재판정을 받을 수 있고, 표준장기요양이용계획서는 강제적이지 않다는 것이다. 실제적으로는 서비스사업자나 시설의 종사자가 표준장기요양이용계획서를 참고로 하여 케어플랜을 세우고 있으며, 이때 주로 고려하는 내용이 장기요양등급, 희망하는 보험급여의 내용, 이용자의 법정본인부담율 등이다. 따라서, 서비스내용이나 횟수 등 구체적인 케어플랜은 공급자측에 일임되어 있는 실정이다.

다섯째, 보험급여의 내용은 재가급여로 방문요양(home-help), 방문목욕,

방문간호, 주야간보호, 단기보호 및 복지용구대여 등이고, 시설급여는 노인 요양시설급여와 노인요양공동생활가정급여로 구분되어 있다. 이외에도 보편적인 급여가 아니지만, 장기요양기관이 현저히 부족한 지역(도서·벽지)에 거주하는 자, 천재지변 등으로 장기요양기관이 실시하는 장기요양급여를 이용이 어렵다고 인정된 자, 신체적 및 정신적, 성격 등의 사유로 가족 등이 장기요양을 받아야 하는 자에게는 현금형태의 가족요양비(등급 구분없이 월 15만원)가 지급되고 있다. 한편, 급여서비스의 전달은 본 제도의 도입을 계기로 새로이 마련된 요양보호사(care worker)가 요양시설이나 가정(집)을 방문하여 신체적 케어나 생활원조서비스를 제공하는 것으로 되어 있는데, 기본적으로 요양보호사(1급)의 자격증을 취득하기 위해서는 민간교육기관에서 240시간의 교육(이론, 실시 및 현장실습을 포함)을 이수하여야 한다.

여섯째, 서비스이용자(수급자)는 공급자(서비스사업자)로부터 서비스를 이용할 때, 총비용의 일부를 직접적으로 공급자에게 지불하고, 공급자는 나머지 비용의 잔액을 보험자에 지불신청을 하여 보험자로부터 심사결정을 받은 후 지급받게 된다. 여기에서 이용자의 본인부담율은 소득수준에 따라 상이한데, 공적부조자는 비용부담이 없으며, 그 이외의 자는 소득수준에 따라서, 시설서비스는 총비용의 10%와 20%, 재가서비스는 총비용의 7.5%와 15%를 부담하여야 한다. 다만, 시설서비스의 경우에도 상급침실 이용에 따른 추가비용(상급침실료, 식재료비 및 이미용비는 보험급여가 되지 않기 때문에 이용자본인 부담하여야 한다. 또한, 재가서비스에 한하여 1개월에 이용할 수 있는 급여한도액이 등급별로 차등적으로 설정되어 있다.

일곱째, 총비용은 서비스유형에 따라 일당정액, 또는 방문시간·횟수 등에 의해 산정된다. 주로 입소시설계통의 서비스는 일당정액, 재가서비스계통은 방문시간, 방문횟수당 정액으로 산정되고 있다. 여기에서 시설의 환경이나 특정의 종사자의 배치유무에 따라 비용지불이 가감되는 차등지불방식을 일부 채용하고 있다.

최종적으로, 급여대상의 장기요양자로 인정을 받지 못한 자는 정부예산에 의해 제공되는 노인돌봄서비스를 신청하여 지원받을 수 있다. 여기에서

정부예산의 제약으로 모든 소득계층이 이용하지 못하고 저소득계층에 집중되어 있고, 소득수준에 따라서 이용자가 비용의 일부를 부담하여야 한다.

〈표 5-2〉 현행 공적 노인장기요양서비스 수급가능한 노인성질환의 유형

구분	질병명	질병코드
1. 한국 표준 질병 사인 분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 거미막밑 출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I64
	카. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	타. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관 질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	거. 뇌혈관 질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 속발성 파킨슨증	G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
2. 한국 표준 질병 사인 분류 (한의)	버. 매병, 노망	자01
	서. 졸중풍	다04
	어. 중풍후유증	다06
	저. 진전(振顫) ¹⁾	다05
	처. 진전(振顫) ²⁾	차02.2

주: 1) 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제22조에 따라 고시된 한국표준질병·사인분류에 따른다.

2) 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

자료: 노인장기요양보험법 시행령 제2조 별표 1 참조

전술한 공적장기요양서비스의 전달체계는 장기요양보험제도에 가입되어 있는 피보험자 등이라면 동일하게 적용되고 있다. 다만, 65세만의 가입자라면 공적서비스를 받기 위해서는 질병조건을 갖추어야 한다. 다시 말하면, 현행 베이비붐세대인 중장년층의 경우, 치매나 중풍(뇌졸중)등의 뇌혈관질환으로 인하여 일상생활상의 장애가 발생되어야 함을 의미하는데, 이는 현행 공적장기요양서비스의 수급원인이 그러한 노인성질환(<표 5-2> 참조)에 의해 중점적으로 발생하기 때문이고, 그러한 질병이 노인뿐만 아니라 중장년계층에게도 발생할 수 있기 때문이다.

결국, 베이비붐세대는 노인장기요양보험제도에 의한 공적서비스를 받는 것이 쉽지 않다는 것이고, 비록 치매나 중풍으로 서비스수급이 가능하다고 하더라도 노인대상자를 중점으로 하고 있는 시설서비스를 수급하기란 여간 쉬운 일이 아닐 것이다.

2. 장애인활동지원정책

장애인을 대상으로 한 활동보조서비스가 지난 2007년도에 도입된 이후 점차적으로 자리를 잡아가고 있는 가운데, 2010년 10월부터 장애인활동지원서비스로 명칭을 바꾸어 서비스가 확대, 지급될 예정이다.

이 제도는 노인장기요양서비스의 경우에는 신체적 활동이 불가능하거나 크게 제한을 받고 있는 고령자를 주 대상으로 하고 있기 때문에 신체수발 및 가사지원중심이 되어 있지만, 장애인의 경우에는 거동이 불가능하고 정신적, 인지기능적 활동에 심한 제한을 받고 있는 경우를 제외하고는 외출지원 등, 사회적 및 개인적 활동을 지원하는 것이 주요 서비스라 할 수 있다.

그러나, 장애인활동지원서비스에는 노인장기요양서비스 중에서 방문목욕, 방문간호 및 주간보호와 같은 서비스도 포함하고 있어 노인장기요양보험제도에서와 같이 치매나 중풍 등의 특정질환이 없더라도 중증의 장애인이라면 유사한 장기요양서비스를 받을 수 있도록 하고 있다.

지난, 2010. 9~2011. 3월간 실시된 장애인활동지원제도 2차 시범사업기

간에 시행된 내용을 보면, 다음과 같다.

첫째, 적용대상은 만 6세 이상 만 65세 미만 활동보조서비스 이용자 중, 희망자로 국한시키고 있었다. 이는 기존의 활동보조서비스가 중증 장애인을 대상으로 하고 있었다는 것과 동일하다. 이들은 국민연금공단(시험사업 운영기관)에 서비스이용의 신청을 하면, 기능 및 욕구상태를 방문조사하여 PC의 프로그램으로 1차적으로 평가하고, 2차적으로 자격심사위원회에서 최종적으로 지원등급을 결정하는 것으로 되어 있었다.

둘째, 지원서비스의 내용은 재가서비스를 중심으로 하고, 기존의 활동보조(신변처리, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션보조, 이동보조 등), 방문목욕, 방문간호 및 주간보호서비스로 한정하였다.

셋째, 지원액수준은 각 지원등급에 따라서 차등화되어 있는데, 상세한 것은 <표 5-3>과 같다. 다만, 소득수준에 따라서 본인부담금을 지불하여야 하는데, 기초생활수급자는 면제, 최정생계비 120%이내자는 2만원, 최저생계비 120%초과자는 소득 및 지원량에 따라서 차등부과하는 것으로 하였다.

〈표 5-3〉 장애인활동지원제도의 2차 시험사업적용 지원액

(단위: 원)

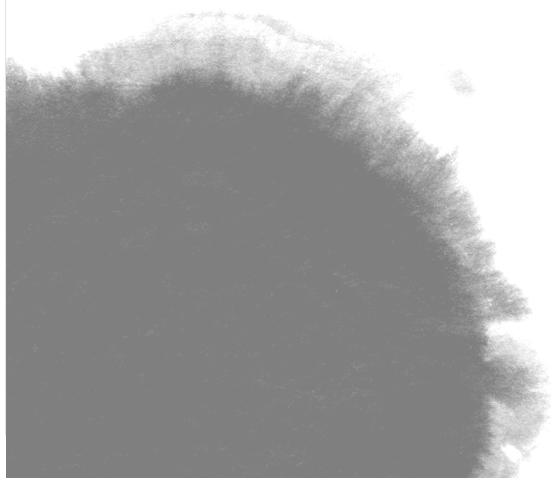
등급	등급별 점수구간	시험사업시 등급별 지원 금액		
		계	기존지원액	추가지원액
1등급	1-A	1,009,480	800,000	209,480
	1-B	800,000	800,000	-
2등급	2-A	768,460	640,000	128,460
	2-B	640,000	640,000	-
3등급	3-A	556,090	480,000	76,090
	3-B	480,000	480,000	-
4등급	4-A	350,000	320,000	30,000
	4-B	320,000	320,000	-

이상과 같은 장애인활동지원제도(가칭)가 정식으로 입법 처리되어 공표되는 경우에는 시험사업의 결과를 반영할 것으로 보이는데, 확실한 것은 적용

대상자의 수와 지원액규모가 기존의 장애인활동보조서비스보다 향상된 것으로 판단된다. 다만, 그러한 장애인활동지원제도의 혜택을 받고 있는 베이비붐세대는 많지 않을 것으로 보인다. 그렇지만, 베이비붐세대가 지난 경제 발전과정 속에서 산업의 각 부문에서 발생해 온 산재사고, 생활상의 안전사고 등으로 인한 장애로 퇴직후 노인장기요양보험제도의 서비스를 받기 이전까지는 장애인활동지원제도에 의존하여야 하기 때문에 현 시점에서의 제도도입은 베이비붐세대로서는 큰 혜택이라 할 수 있겠다.

06

장백제언 및 결론



제6장 정책제언 및 결론

제1 절 정책제언

베이비붐세대는 한국경제의 발전으로 인한 소득수준의 향상, 식생활의 변화, 환경오염의 심화, IMF 구제금융과 같은 경제 격동과 함께 살아온 세대이고, 그러한 각종 경제사회적 변화가 일반적 질병뿐만 아니라 정신심리적인 고뇌도 다른 세대보다도 컸던 것으로 추측되고 있다. 전술한 바 있듯이 여러 형태로 베이비붐세대의 건강에 영향을 끼쳐 온 것으로 나타나고 있고, 그 성과가 다양하게 나타나고 있다. 이에 대한 정책제언을 제시하면 다음과 같다.

1. 중·장년계층 대상의 특별 건강증진프로그램 개발 및 보급

베이비붐세대의 건강실천행위를 보면, 흡연율은 저하하고 있지만, 음주율은 여전히 높거나 증가하고 있는 추세에 있다. 그 반면에 운동 등 개인적인 건강관리에도 높은 실천을 보이고 있어 비용 효과적이지 못한 건강증진 행태를 보이고 있는 것으로 나타나, 대책이 요구되고 있다.

이와 같이 음주나 운동실천율이 높은 이유는 근로에 따른 생활상의 정신적 스트레스를 그러한 방식으로 해소하는 것으로 풀이할 수 있다. 즉, 이러한 방식의 건강증진은 소요비용이 많이 소요될 것으로 예상되는데, 이는 음주로 인한 건강손실을 다시 운동을 통하여 획득한다는 것으로 이해할 수

있어 비용 효과적이지 못하다는 의미이다.

따라서, 직장내에서의 사전적인 스트레스예방프로그램의 개발이 필요하고, 사후적으로는 음주보다는 운동 등, 스포츠활동이나 문화강좌의 수강을 통한 스트레스해소를 위해서 지역내 스포츠클럽 및 문화강좌의 수강비용을 바우처방식으로 지원할 수 있는 방안을 개발, 활성화시킬 필요가 있다.

그리고, 흡연율과 관련해서는 여성의 흡연율이 남성보다는 훨씬 낮은 수준이지만, 증가하는 양상을 보이고 있다는 점이 우려스럽다. 이는 젊은 시기부터 흡연이 습관화된 여성이 나이가 들면서 나타나는 현상으로 볼 수 있겠지만, 40대 후반 여성의 흡연을 생각해 본다면, 그 이외의 요인이 내포되어 있을 가능성이 있다. 따라서, 여성흡연자를 대상으로 한 금연프로그램의 개발이 필요하다.

또한, 중장년계층의 비만율도 지속적으로 증가하고 있는 양상을 보이고 있는데, 이는 각종 만성질환의 발병으로 이어지는 원인으로 되어 있다. 특히 베이비붐세대의 경우 이미 식생활양상이 서구화되어 있기 때문에 식습관의 변경은 이미 늦었을 가능성도 있지만, 비만도 높은 대상자를 선별해 낼 수 있는 인한 중장년계층대상의 특정검진 및 특정보건교육프로그램의 개발이 시급하다.

2. 중장년계층 대상의 고혈압·당뇨병·관절염 예방 및 관리체계 구축

중장년계층의 고혈압이나 당뇨병의 유병률이 최근 유난히 높게 나타나고 있어 현행보다도 만성질환관리의 강화가 필요할 것으로 보인다. 전절에서 보았듯이 고혈압이나 당뇨병은 유전적인 소인도 작용하지만, 잘못된 생활습관으로 인하여 발생이 가능한 질병이기도 하다. 이를 위해서는 건강검진시 고혈압의 전단계에서부터 적극적으로 자가관리할 수 있도록 유도하는 보건교육을 강화시킬 수 있도록 하고, 운동이나 생활습관의 개선을 통해서 관리할 수 있도록 하는 건강관리바우처를 개발, 보급할 필요가 있다.

베이비붐세대의 은퇴가 시작되고 있는 시점에서 볼 때, 보건소중심의 관

리방식에서 벗어나, 민간의료기관까지 내포한 지역사회중심의 만성질환예방 관리형 건강바우처의 개발이 요구된다.

특히, 주요 만성질환의 관리 소홀은 일상생활기능의 발생과 깊은 관련성이 있고, 장기요양비용의 증가에도 이어지기 때문에 현행과 같은 질환이환율의 현상은 반드시 억제시킬 필요가 있다. 즉, 만성질환에 따른 일상생활기능의 저하 위험인자의 보유정도를 사전적으로 파악할 수 있는 건강검진 지표의 개발이 요구되고, 사전적인 발생의 예방 및 지연을 유도할 수 있는 보건교육체계의 구축이 요구된다.

노인의료비 및 장기요양비의 증가요인은 만성질환의 이환정도, 중증화정도, 치료비용규모 등이 일차적으로 결정되기 때문에 향후 그러한 비용의 폭증을 사전적으로 예방한다는 차원에서의 대책이 요구된다.

노인의료비의 적정유지를 위해서는, 질병중증화이후의 고비용 치료중심의 진료체계에서 질병예방 및 경증유지를 위한 저비용 예방의 지역보건의료체계의 강화가 요구되고 있다.

3. 장기요양비용증가의 억제를 위한 체계 구축

중장년계층의 장기요양욕구는 거의 존재하지 않는 것으로 볼 수 있다. 이는 일상생활상의 동작기능에 제한이 발생하여 타인으로부터의 신체적 도움을 받을 필요가 있어야 하는데, 중장년계층은 장애인을 제외하고는 연령 측면에서 볼 때 그러한 기능상의 제한이 발생할 가능성이 희박하기 때문이다. 다만, 중장년계층의 부모는 이미 고령기에 접어든 경우가 대부분이기 때문에 장기요양서비스에 대한 욕구가 부모를 위해서 존재할 수 있다.

그러한 관점에서 중장년계층의 장기요양욕구를 분석해 본 결과, 재가서비스보다는 시설서비스를 선호하고, 그러한 시설서비스는 소득수준 등 경제적 지위가 낮은 계층에서 보다 높다는 점이 발견되었다. 또한, 중장년계층 본인의 향후 장기요양이용욕구를 분석해 보면, 경제사회적 지위변수 이외에 무배우자 상태나 독거상태인 경우가 향후 시설서비스 등 장기요양욕구가

높다는 것이 발견되었다. 결국, 자녀동거 이외에 고령자동료간의 동거 등 새로운 개념의 고령자주거형태를 개발하여 고비용의 시설입소를 사전적으로 억제시킬 필요가 있다. 또한, 장기요양비의 적정유지를 위해서는 시설중심의 서비스지원체계에서 가족·지역사회를 중심으로 한 재가·지역사회케어 서비스체계의 구축이 요구된다.

4. 베이비붐세대의 건강상태 추적조사 구축

마지막으로, 베이비붐세대의 건강상태를 추적, 관리할 수 있는 코호트연구의 개발이 요구된다. 이를 통해서 주기적으로 노인의료비 및 장기요양비의 장래추계를 수행할 수 있는 연구가 필요하며, 그 결과를 건강보험재정 및 노인장기요양보험재정의 안정적 유지전략을 수립하는데 활용할 수 있는 체제의 구축이 요구된다.

제2절 결론

2010년 현재 중장년계층에 속하는 베이비붐세대(1955~63년생)에 대한 건강실태와 향후의 장기요양서비스이용 의식수준을 중점으로 하여 살펴보았다. 우리나라의 베이비붐세대는 본문에서 살펴보았듯이 한국경제의 발전 과정을 그대로 경험하면서 살아 온 세대인데, 경제성장에 따른 혜택과 피해를 동시에 받은 세대이기도 하다.

그러한, 경제사회적 환경의 변화가 그들 계층의 건강상태에 영향을 끼쳤을 것으로 판단된다. 이를 요약하자면, 경제성장으로 인한 소득수준의 향상은 의료보장제도의 도입과 함께 양질의 보건의료서비스 구매가 가능하여 건강수준을 유지 내지는 향상시키는데 기여하였을 것이고, 환경위생 및 생활환경의 개선은 수인성 감염질환의 축소에 기여하여 이 또한 베이비붐세대의 건강수준이 향상되는 쪽으로 영향을 주었을 것이다. 그 반면에 소득수

준의 향상으로 인한 서구식 식생활패턴의 증가는 음식물의 과잉섭취경향을 보여 비만 등 생활습관병의 증대가 나타나 건강상태에 부정적인 영향을 끼쳤을 것이다. 또한, 1990년대 말경부터 시작된 경제침체에 따른 구조조정 및 특정분야중심의 산업발전 등은 현역근로세대로 하여금 정신·심리적 스트레스의 증가로 이어지게 하여 정신건강측면에 영향을 끼쳤을 것이라는 것이다.

이상과 같은 경제사회환경적 변화로 인한 건강상태로의 영향가능성을 염두에 두고, 기존 통계자료를 바탕으로 하여 베이비붐세대의 건강상태를 분석, 검토해 본 결과, 몇 가지의 특징을 발견할 수 있었다.

첫째, 음주율과 운동실천율 측면에서는 이전 세대에 비해 늘어난 반면에 흡연율은 지속적으로 줄어들고 있다는 점이다. 이러한 양상이 나타나고 있는 것은 현역근로에 따른 직업적 스트레스·긴장을 해소하기 위해 하나의 방법으로 활용하기 때문으로 보인다. 특히, 여성 중장년계층의 흡연율 증가와 함께, 건강증진정책의 사업내용에 직장근로자의 스트레스 예방 및 해소 프로그램을 강화시킬 필요가 있음을 지적하였다.

둘째, 서구식 식생활패턴의 변화는 비만율의 증가로 이어지게 하였고, 이는 다시 고혈압 및 당뇨병을 비롯하여 관절염의 유병률을 증대시키는데 기여한 것으로 나타나고 있다는 점이다. 따라서, 중장년계층의 비만 증가는 서구국가들만의 문제가 아니라 개발도상국가의 수준을 넘어 선진국의 문턱에 와 있는 우리나라로써도 심각하게 받아들여야 하는 문제로 부각되고 있음을 다시 한번 확인할 수 있었다.

셋째, 전술한 바와 같이 생활패턴의 변화로 인한 비건강실천행위로 인한 생활습관병 유병률의 증가에도 불구하고 중장년계층의 전반적인 사망률이나 특정질환(암, 순환기질환 및 뇌혈관질환)의 사망률은 지속적으로 감소하고 있는 것으로 나타나고 있다는 점이다. 이는 그동안 의료기술이 고도로 발달하여 왔기 때문에 중장년시기의 조기사망이 상당히 개선되었다는 것을 의미한다.

마지막으로, 중장년계층의 공적장기요양서비스에 대한 장래이용희망을 검

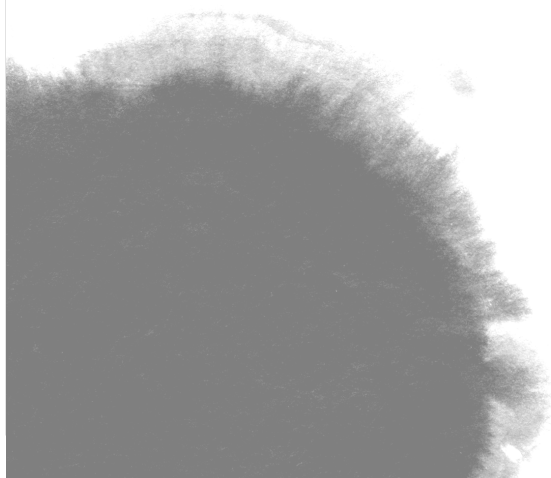
도해 본 결과, 본인의 부모에 대한 제공희망과 본인의 이용희망간 차이를 보이고 있다는 점이다. 다시 말하면, 부모세대에 대한 공적 시설서비스제공의향은 사회경제적 상태에 의해서만 영향을 받는 것으로 나타난 반면에, 본인의 장래 공적 시설서비스이용의향은 사회경제적 상태 이외에, 배우자유무, 가구유형, 현재의 취업유무 등에 의해서도 영향을 받는 것으로 나타나고 있었다.

이상과 같은 연구결과는 베이비붐세대의 건강관리 및 생활행태의 변화에 따라서 장래의 노인의료비 및 장기요양비의 지출규모가 영향을 받을 것이고, 건강보험 및 노인장기요양보험제도의 재정안정화에도 영향을 받을 것으로 보이기 때문에 이들 세대에 대한 중점적인 보건의료관리체계의 구축검토가 필요하다고 보여진다.

참고문헌

- 정경희 외(1998, 2004), 전국 노인생활실태 및 복지욕구 조사. 한국보건사회연구원
- 윤희숙 외(2010). 노인장기요양보험의 현황과 과제. 한국개발연구원 연구보고서, 2010-01.
- 한진희 외(2007). 고령화 사회의 장기 거시경제변수 전망: 2006~2080.
- 노동부(2007). 국내기업들의 정년규정(2007년 조사).
- 통계청(2009). 경제활동인구연보.
- 환경부(2009). 대기환경연보.
- 환경부(2009). 상수도통계.
- 환경부(2009). 하수도통계.
- 환경부(2009). 환경통계연감.
- Chung, R.Y., Tin, K. YK., Cowling, B.J., Chan, K.P., Chan, W.M., Lo, S.U., and Leung, G.M.(2009), Long-term Care Cost Drivers and Expenditure Projection to 2036 in Hong Kong: BMC. *Health Services Research*, Vol.9, p.172.
- WHO(2010). *World Health Report*.
- Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., King, D., Malley, J., Pickard, L, and Darton, R.(2006). Future Demand for Long-term Care, 2002 to 2041: Projections of Demand for Long-term Care for Older People in England. *Personal Social Services Research Unit Discussion Paper 2330*.

부 록





1. 연령계층별 건강실천행태 분석 결과

〈부표 1〉 분석대상자 건강행태(2005): 45~49세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,808)	남자 (N=1,370)	여자 (N=1,438)
현재흡연 안팠음 팠음	67.08(1.7250) 32.92(1.7250)	43.34(2.5700) 56.66(2.5700)	94.05(1.2040) 5.95(1.2040)
연간음주 안마십 마십	19.16(1.5160) 80.84(1.5160)	14.09(1.9020) 85.91(1.9020)	24.92(2.2200) 75.08(2.2200)
고위험음주 ¹⁾ 고위험음주 안함 고위험음주 함	49.33(1.7800) 50.67(1.7800)	32.23(2.4900) 67.77(2.4900)	68.75(2.3040) 31.25(2.3040)
주관적비만인지 비만 아님 비만	60.56(1.7440) 39.44(1.7440)	63.48(2.6810) 36.52(2.6810)	57.24(2.5990) 42.76(2.5990)
체중조절 조절노력 안함 조절노력 함	53.99(1.8190) 46.01(1.8190)	57.28(2.6930) 42.72(2.6930)	50.25(2.1910) 49.75(2.1910)
규칙적운동 규칙적운동 안함 규칙적운동 함	51.59(1.9430) 48.41(1.9430)	52.37(2.6980) 47.63(2.6980)	50.70(2.4700) 49.30(2.4700)
우울감 ²⁾ 우울감 없음 우울감 있음	83.68(1.3570) 16.32(1.3570)	85.34(1.7850) 14.66(1.7850)	81.79(1.9410) 18.21(1.9410)
2년내 건강진단 미수검 수검	44.48(2.0260) 55.52(2.0260)	38.09(2.7520) 61.91(2.7520)	51.74(2.5660) 48.26(2.5660)

〈부표 2〉 분석대상자 건강행태(2005): 50~54세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,116)	남자 (N=1,012)	여자 (N=1,104)
현재흡연 안피움 피움	69.45(2.1560) 30.55(2.1560)	45.59(3.3860) 54.41(3.3860)	91.81(1.9980) 8.19(1.9980)
연간음주 안마심 마심	25.63(1.9130) 74.37(1.9130)	12.92(1.9580) 87.08(1.9580)	37.53(2.7640) 62.47(2.7640)
고위험음주 ¹⁾ 고위험음주 안함 고위험음주 함	52.26(2.0630) 47.74(2.0630)	29.53(2.7750) 70.47(2.7750)	73.58(2.3660) 26.42(2.3660)
주관적비만인지 비만 아님 비만	61.92(2.1560) 38.08(2.1560)	71.39(2.7140) 28.61(2.7140)	53.04(3.0240) 46.96(3.0240)
체중조절 조절노력 안함 조절노력 함	55.30(2.2950) 44.70(2.2950)	59.93(3.0350) 40.07(3.0350)	50.96(3.0750) 49.04(3.0750)
규칙적운동 규칙적운동 안함 규칙적운동 함	51.89(2.5250) 48.11(2.5250)	48.83(3.2270) 51.17(3.2270)	54.75(3.0950) 45.25(3.0950)
우울감 ²⁾ 우울감 없음 우울감 있음	81.61(1.7770) 18.39(1.7770)	85.67(2.4230) 14.33(2.4230)	77.80(2.6600) 22.2(2.6600)
2년내 건강진단 미수검 수검	44.18(2.5240) 55.82(2.5240)	39.48(3.2000) 60.52(3.2000)	48.59(2.9990) 51.41(2.9990)

〈부표 3〉 분석대상자 건강행태(2005): 55~59세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=1,859)	남자 (N=927)	여자 (N=932)
현재흡연 안피움 피움	75.26(1.9040) 24.74(1.9040)	57.43(3.1000) 42.57(3.1000)	94.46(1.3640) 5.542(1.3640)
연간음주 안마심 마심	26.95(2.1230) 73.05(2.1230)	16.68(2.4240) 83.32(2.4240)	38.00(3.3450) 62.00(3.3450)
고위험음주 ¹⁾ 고위험음주 안함 고위험음주 함	61.36(2.1730) 38.64(2.1730)	42.11(3.3810) 57.89(3.3810)	82.09(2.2500) 17.91(2.2500)
주관적비만인지 비만 아님 비만	63.45(1.9710) 36.55(1.9710)	73.60(2.6280) 26.40(2.6280)	52.52(3.1160) 47.48(3.1160)
체중조절 조절노력 안함 조절노력 함	62.87(2.490) 37.13(2.490)	69.00(2.9260) 31.00(2.9260)	56.28(3.1910) 43.72(3.1910)
규칙적운동 규칙적운동 안함 규칙적운동 함	52.94(2.7170) 47.06(2.7170)	51.80(3.4770) 48.20(3.4770)	54.17(3.3450) 45.83(3.3450)
우울감 ²⁾ 우울감 없음 우울감 있음	82.36(1.7720) 17.64(1.7720)	88.54(1.8730) 11.46(1.8730)	75.71(2.8160) 24.29(2.8160)
2년내 건강진단 미수검 수검	39.08(2.2690) 60.92(2.2690)	37.75(3.2320) 62.25(3.2320)	40.51(2.9520) 59.49(2.9520)

〈부표 4〉 분석대상자 건강행태(2001): 45~49세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,146)	남자 (N=1,107)	여자 (N=1,039)
현재흡연 안피움 피움	66.70(2.1860) 33.30(2.1860)	37.29(3.3560) 62.71(3.3560)	95.58(1.2430) 4.43(1.2430)
연간음주 안마심 마심	52.47(2.3530) 47.53(2.3530)	30.02(2.9460) 69.98(2.9460)	74.51(2.6980) 25.49(2.6980)
고위험음주 ¹⁾ 고위험음주 안함 고위험음주 함	74.80(2.0790) 25.20(2.0790)	57.96(3.1790) 42.04(3.1790)	91.34(1.8500) 8.66(1.8500)
주관적비만인지 비만 아님 비만	61.20(2.3890) 38.80(2.3890)	69.00(3.2860) 31.00(3.2860)	53.53(3.2190) 46.47(3.2190)
체중조절 조절노력 안함 조절노력 함	58.67(2.3750) 41.33(2.3750)	59.85(2.9270) 40.15(2.9270)	57.51(2.3750) 42.49(2.3750)
규칙적운동 규칙적운동 안함 규칙적운동 함	71.58(2.3980) 28.42(2.3980)	69.51(3.0710) 30.49(3.0710)	73.60(3.2250) 26.40(3.2250)
우울감 ²⁾ 우울감 없음 우울감 있음	40.74(2.2870) 59.26(2.2870)	46.85(3.4140) 53.15(3.4140)	34.75(2.8890) 65.25(2.8890)
2년내 건강진단 미수검 수검	44.11(2.5010) 55.89(2.5010)	38.92(3.1170) 61.08(3.1170)	49.21(3.6250) 50.79(3.6250)

〈부표 5〉 분석대상자 건강행태(2001): 50~54세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,458)	남자 (N=1,186)	여자 (N=1,272)
현재흡연 안피움 피움	71.58(1.7850) 28.42(1.7850)	41.34(2.9440) 58.66(2.9440)	94.84(1.3350) 5.16(1.3350)
연간음주 안마심 마심	61.01(1.9670) 38.99(1.9670)	36.69(3.0240) 63.31(3.0240)	79.72(2.1460) 20.28(2.1460)
고위험음주 ¹⁾ 고위험음주 안함 고위험음주 함	82.93(1.4730) 17.07(1.4730)	66.55(2.8540) 33.45(2.8540)	95.53(1.3890) 4.47(1.3890)
주관적비만인지 비만 아님 비만	69.36(1.7410) 30.64(1.7410)	78.53(2.3230) 21.47(2.3230)	62.31(2.6730) 37.69(2.6730)
체중조절 조절노력 안함 조절노력 함	63.76(2.1690) 36.24(2.1690)	65.76(3.0770) 34.24(3.0770)	62.21(2.5680) 37.79(2.5680)
규칙적운동 규칙적운동 안함 규칙적운동 함	67.44(2.2510) 32.56(2.2510)	65.48(3.1530) 34.52(3.1530)	68.94(3.6520) 31.06(3.6520)
우울감 ²⁾ 우울감 없음 우울감 있음	36.84(2.0190) 63.16(2.0190)	40.21(2.8960) 59.79(2.8960)	34.25(2.8970) 65.75(2.8970)
2년내 건강진단 미수검 수검	41.79(2.2660) 58.21(2.2660)	38.77(2.7360) 61.23(2.7360)	44.11(3.1760) 55.89(3.1760)

〈부표 6〉 분석대상자 건강행태(2001): 55~59세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=1,777)	남자 (N=872)	여자 (N=905)
현재흡연 안피움 피움	72.93(1.9710) 27.07(1.9710)	46.22(3.4920) 53.78(3.4920)	97.23(0.9377) 2.77(0.9377)
연간음주 안마심 마심	64.01(2.2650) 35.99(2.2650)	34.76(3.1940) 65.24(3.1940)	90.63(1.8840) 9.37(1.8840)
고위험음주 ¹⁾ 고위험음주 안함 고위험음주 함	85.28(1.4930) 14.72(1.4930)	70.12(2.7770) 29.88(2.7770)	99.08(0.5026) 0.92(0.5026)
주관적비만인지 비만 아님 비만	69.51(2.2940) 30.49(2.2940)	76.65(2.7630) 23.35(2.7630)	63.02(3.0950) 36.98(3.0950)
체중조절 조절노력 안함 조절노력 함	67.96(2.4330) 32.04(2.4330)	67.23(3.1150) 32.77(3.1150)	68.61(3.2420) 31.39(3.2420)
규칙적운동 규칙적운동 안함 규칙적운동 함	70.37(2.3350) 29.63(2.3350)	65.85(3.2670) 34.15(3.2670)	74.49(3.0270) 25.51(3.0270)
우울감 ²⁾ 우울감 없음 우울감 있음	38.76(2.3710) 61.24(2.3710)	51.45(3.2860) 48.55(3.2860)	27.22(3.1580) 72.78(3.1580)
2년내 건강진단 미수검 수검	46.33(2.3610) 53.67(2.3610)	45.15(3.2080) 54.85(3.2080)	47.41(3.4960) 52.59(3.4960)

〈부표 7〉 분석대상자 건강행태(1998): 45~49세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,321)	남자 (N=1,178)	여자 (N=1,143)
현재흡연 안피움 피움	63.80(1.8500) 36.20(1.8500)	32.87(2.8730) 67.13(2.8730)	96.22(1.4900) 3.78(1.4900)
연간음주 안마심 마심	51.48(1.8230) 48.52(1.8230)	28.98(2.2980) 71.02(2.2980)	75.07(2.4310) 24.93(2.4310)
고위험음주 ¹⁾ 고위험음주 안함 고위험음주 함	79.97(1.7930) 26.03(1.7930)	60.04(2.6490) 39.96(2.6490)	88.56(1.7140) 11.44(1.7140)
체중조절 조절노력 안함 조절노력 함	74.13(1.4870) 25.87(1.4870)	82.06(2.0530) 17.94(2.0530)	65.83(2.3170) 34.17(2.3170)
규칙적운동 규칙적운동 안함 규칙적운동 함	79.35(1.7200) 20.65(1.7200)	76.42(2.3700) 23.58(2.3700)	82.43(2.0680) 17.57(2.0680)
우울감 ²⁾ 우울감 없음 우울감 있음	36.38(1.8490) 63.62(1.8490)	42.42(2.5950) 57.58(2.5950)	30.04(2.5340) 69.96(2.5340)
2년내 건강진단 미수검 수검	42.79(2.0000) 57.21(2.0000)	40.59(2.6740) 59.41(2.6740)	45.09(2.6490) 54.91(2.6490)

〈부표 8〉 분석대상자 건강행태(1998): 50~54세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=1,995)	남자 (N=985)	여자 (N=1,010)
현재흡연 안피움 피움	65.94(1.9070) 34.06(1.9070)	38.23(3.0670) 61.77(3.0670)	93.42(1.6810) 6.58(1.6810)
연간음주 안마심 마심	55.17(1.8460) 44.83(1.8460)	33.63(2.5390) 66.37(2.5390)	76.54(2.3260) 23.46(2.3260)
고위험음주 ¹⁾ 고위험음주 안함 고위험음주 함	81.73(1.4860) 18.27(1.4860)	70.36(2.5030) 29.64(2.5030)	93.01(1.4690) 6.99(1.4690)
체중조절 조절노력 안함 조절노력 함	74.90(1.7560) 25.10(1.7560)	79.54(2.5560) 20.46(2.5560)	70.30(2.5110) 29.70(2.5110)
규칙적운동 규칙적운동 안함 규칙적운동 함	75.11(2.1430) 24.89(2.1430)	72.00(2.9060) 28.00(2.9060)	78.18(2.5800) 21.82(2.5800)
우울감 ²⁾ 우울감 없음 우울감 있음	37.22(2.0190) 62.78(2.0190)	41.23(2.9420) 58.77(2.9420)	33.25(2.8530) 66.75(2.8530)
2년내 건강진단 미수검 수검	41.13(2.1200) 58.87(2.1200)	35.71(2.7610) 64.29(2.7610)	46.51(3.2390) 53.49(3.2390)

〈부표 9〉 분석대상자 건강행태(1998): 55~59세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,022)	남자 (N=951)	여자 (N=1,071)
현재흡연 안피움 피움	65.91(2.0280) 34.09(2.0280)	37.38(2.8900) 62.62(2.8900)	92.20(1.6880) 7.80(1.6880)
연간음주 안마심 마심	61.60(1.9510) 38.40(1.9510)	35.75(2.7970) 64.25(2.7970)	85.41(2.2000) 14.59(2.2000)
고위험음주 ¹⁾ 고위험음주 안함 고위험음주 함	83.13(1.5650) 16.87(1.5650)	70.07(2.7770) 29.93(2.7770)	95.17(1.1940) 4.83(1.1940)
체중조절 조절노력 안함 조절노력 함	82.76(1.7360) 17.24(1.7360)	85.16(2.3080) 14.84(2.3080)	80.55(2.3350) 19.45(2.3350)
규칙적운동 규칙적운동 안함 규칙적운동 함	80.78(1.8790) 19.22(1.8790)	74.13(2.8550) 25.87(2.8550)	86.91(1.9970) 13.09(1.9970)
우울감 ²⁾ 우울감 없음 우울감 있음	36.38(2.0730) 63.62(2.0730)	45.79(3.0600) 54.21(3.0600)	27.71(2.4350) 72.29(2.4350)
2년내 건강진단 미수검 수검	45.61(1.9560) 54.39(1.9560)	38.55(2.9540) 61.45(2.9540)	52.11(2.6910) 47.89(2.6910)

2. 연령계층별 질병유병률 비교

〈부표 10〉 분석대상자 질병유병률(2005): 45~49세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,808)	남자 (N=1,370)	여자 (N=1,438)
암유병률	1.94(0.2833)	0.85(0.2565)	3.05(0.5192)
고혈압유병률	11.46(0.6214)	12.93(0.9304)	9.96(0.8734)
심질환유병률	0.94(0.1919)	0.84(0.2710)	1.04(0.2836)
관절염유병률	9.68(0.5863)	6.45(0.7326)	12.99(0.9104)
당뇨병유병률	4.71(0.4114)	6.31(0.6611)	3.08(0.4624)
뇌졸중유병률	1.00(0.1908)	0.97(0.2703)	1.02(0.2808)
고지혈증유병률	3.66(0.3892)	4.48(0.6034)	2.82(0.4783)
만성폐쇄성폐질환유병률	1.04(0.1985)	0.99(0.2765)	1.09(0.2924)

〈부표 11〉 분석대상자 질병유병률(2005): 50~54세

0(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,116)	남자 (N=1,012)	여자 (N=1,104)
암유병률	2.20(0.3615)	1.65(0.4100)	2.75(0.5635)
고혈압유병률	19.70(0.8857)	19.16(1.2710)	20.24(1.2420)
심질환유병률	1.84(0.3075)	1.48(0.4175)	2.21(0.4423)
관절염유병률	14.99(0.8559)	6.93(0.8250)	23.13(1.4590)
당뇨병유병률	7.19(0.6139)	9.01(0.9569)	5.36(0.7290)
뇌졸중유병률	1.58(0.2895)	1.89(0.4781)	1.27(0.3413)
고지혈증유병률	5.40(0.5512)	5.13(0.7251)	5.67(0.7852)
만성폐쇄성폐질환유병률	1.30(0.2690)	1.41(0.3927)	1.20(0.3685)

〈부표 12〉 분석대상자 질병유병률(2005): 55~59세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=1,859)	남자 (N=927)	여자 (N=932)
암유병률	2.49(3602)	1.99(4665)	2.98(5482)
고혈압유병률	28.85(1.1080)	26.10(1.5310)	31.58(1.6010)
심질환유병률	3.41(0.4566)	3.56(0.6971)	3.25(0.6224)
관절염유병률	24.43(1.1330)	10.93(1.1410)	37.83(1.8160)
당뇨병유병률	11.79(0.7570)	12.81(1.1450)	10.78(1.0320)
뇌졸중유병률	3.47(0.4524)	4.26(0.7691)	2.70(0.5414)
고지혈증유병률	6.89(0.6278)	6.03(0.8092)	7.76(0.9443)
만성폐쇄성폐질환유병률	2.02(0.3424)	2.31(0.5055)	1.74(0.4685)

〈부표 13〉 분석대상자 질병유병률(2001): 45~49세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,146)	남자 (N=1,107)	여자 (N=1,039)
암유병률	1.66(0.7647)	0.2586(0.2592)	3.04(1.4760)
고혈압유병률	7.90(1.3200)	9.81(2.1070)	6.02(1.3750)
심질환유병률	0.45(0.2607)	0.63(0.4509)	0.28(0.2774)
관절염유병률	5.90(0.8414)	2.43(0.8176)	9.30(1.4510)
당뇨병유병률	2.60(0.6270)	2.27(0.8273)	2.91(0.9097)
뇌졸중유병률	0.62(0.3177)	0.53(0.3894)	0.71(0.5046)
고지혈증유병률	0.30(0.2131)	0.29(0.2859)	0.31(0.3146)
만성폐쇄성폐질환유병률	1.06(0.4480)	0.29(0.2812)	1.81(0.8460)

〈부표 14〉 분석대상자 질병유병률(2001): 50~54세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,458)	남자 (N=1,186)	여자 (N=1,272)
암유병률	1.09(0.3646)	0.65(0.3843)	1.42(0.5785)
고혈압유병률	13.68(1.4870)	12.76(2.1190)	14.38(1.8940)
심질환유병률	0.77(0.2995)	0.85(0.4241)	0.71(0.4170)
관절염유병률	16.35(1.5850)	7.14(1.5090)	23.44(2.3550)
당뇨병유병률	4.92(0.8227)	6.53(1.3930)	3.69(0.9277)
뇌졸중유병률	0.40(0.2379)	0.56(0.4050)	0.29(0.2847)
고지혈증유병률	0.64(0.2757)	1.03(0.5531)	0.35(0.2452)
만성폐쇄성폐질환유병률	1.72(0.5586)	1.99(0.9767)	1.51(0.6533)

〈부표 15〉 분석대상자 질병유병률(2001): 55~59세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=1,777)	남자 (N=872)	여자 (N=905)
암유병률	1.65(0.7838)	1.44(0.7117)	1.85(1.3600)
고혈압유병률	16.62(1.8210)	17.53(2.6210)	15.80(2.4110)
심질환유병률	1.72(0.7050)	2.22(1.2270)	1.25(0.7593)
관절염유병률	20.18(1.9970)	6.50(1.5880)	32.63(3.5360)
당뇨병유병률	7.36(1.1410)	7.49(1.7520)	7.25(1.5830)
뇌졸중유병률	0.65(0.3524)	0.15(0.1547)	1.11(0.6571)
고지혈증유병률	0.80(0.3606)	0.38(0.3761)	1.18(0.6003)
만성폐쇄성폐질환유병률	1.82(0.5448)	2.50(0.8926)	1.20(0.6859)

〈부표 16〉 분석대상자 질병유병률(1998): 45~49세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,321)	남자 (N=1,178)	여자 (N=1,143)
암유병률	0.39(0.2242)	2.27(0.2727)	0.51(0.3621)
고혈압유병률	4.14(0.8548)	3.54(1.0130)	4.77(1.2240)
심질환유병률	0.49(0.3073)	0.42(0.4183)	0.57(0.4531)
관절염유병률	9.33(1.0920)	4.72(1.1510)	14.17(1.8570)
당뇨병유병률	2.53(0.5782)	2.76(0.8091)	2.28(0.8539)
뇌졸중유병률	0.56(0.2657)	0.59(0.3488)	0.52(0.4090)
만성폐쇄성폐질환유병률	1.52(0.4279)	1.71(0.6593)	1.32(0.5666)

〈부표 17〉 분석대상자 질병유병률(1998): 50~54세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=1,995)	남자 (N=985)	여자 (N=1,010)
암유병률	0.28(0.2063)	0.37(0.3666)	0.19(0.1904)
고혈압유병률	5.76(1.0180)	3.70(1.0950)	7.79(1.6200)
심질환유병률	1.239(0.4981)	0.99(0.6497)	1.48(0.7771)
관절염유병률	14.78(1.5100)	7.43(1.5320)	22.06(2.4060)
당뇨병유병률	3.09(0.6839)	3.49(1.1140)	2.70(0.8775)
뇌졸중유병률	0.72(0.3220)	0.64(0.4560)	0.80(0.4641)
만성폐쇄성폐질환유병률	2.86(0.7494)	3.15(1.0760)	2.57(1.0270)

〈부표 18〉 분석대상자 질병유병률(1998): 55~59세

(단위: %, 표준오차)

구분	전체 (N=2,022)	남자 (N=951)	여자 (N=1,071)
암유병률	0.43(0.2239)	0.34(0.3422)	0.51(0.2977)
고혈압유병률	8.91(1.2730)	5.07(1.4170)	12.44(2.0000)
심질환유병률	1.67(0.5645)	2.31(1.0190)	1.07(0.5626)
관절염유병률	17.84(1.6650)	11.10(1.9460)	24.05(2.4250)
당뇨병유병률	5.42(0.9843)	5.83(1.4120)	5.05(1.4870)
뇌졸중유병률	0.87(0.3457)	1.32(0.6649)	0.46(0.2719)
만성폐쇄성폐질환유병률	3.31(0.6869)	3.63(1.0070)	3.01(0.9587)

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 국제협력홍보팀
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8303)

도서판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

신간 안내

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health & Social Research

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	5,000
연구 2010-02	화귀난치성질환자의 약약품 접근성 제고 방안	박실키아	5,000
연구 2010-03	해외의료시장 개혁의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	미정
연구 2010-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정가혜	6,000
연구 2010-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜련	7,000
연구 2010-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	곽노성	7,000
연구 2010-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정선	5,000
연구 2010-08	간강보험 정책현황과 과제	신영석	7,000
연구 2010-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	미정
연구 2010-10	국민연금기금 해외투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	5,000
연구 2010-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	5,000
연구 2010-12	한국 제3섹터 육성방안에 대한 연구	노대명	8,000
연구 2010-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	7,000
연구 2010-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안 연구 : -기초보장제도 시행 10년 주거급여를 중심으로-	이태진	7,000
연구 2010-15	자활정책에 대한 평가 및 발전방향	노대명	7,000
연구 2010-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	8,000
연구 2010-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지자본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조응성 분석	여유진	7,000
연구 2010-18	근로장려세제(EITC) 확대 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	8,000
연구 2010-19	이동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	6,000
연구 2010-20	공공 사회복지서비스 최자수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	8,000
연구 2010-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강혜규	미정
연구 2010-22	장애인 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구: 장애인정책발전5개년계획 복지분야 중간점검	김성희	8,000
연구 2010-23	민간 복지지원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	7,000
연구 2010-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 접근을 넘어서	강은정	5,000
연구 2010-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	이윤경	7,000
연구 2010-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손창균	6,000
연구 2010-28	한국의 보건복지 동향: 2010	장영식	10,000
연구 2010-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	6,000
연구 2010-30-1	저출산 원인과 파급효과 및 정책방안	이삼식	미정
연구 2010-30-2	생애주기 변화와 출산수준 간의 상관성에 관한 연구: 교육, 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	5,000
연구 2010-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변용찬	5,000
연구 2010-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	6,000
연구 2010-30-5	평균수명 연장에 따른 자녀가치와 출산율 관계 연구	김은정	5,000
연구 2010-30-6	저출산의 거시경제적 효과분석	남상호	6,000
연구 2010-30-7	저출산·고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은지(외부)	6,000
연구 2010-30-8	차별 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	6,000
연구 2010-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	7,000
연구 2010-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영식	6,000
연구 2010-30-11	입양실태와 정책방안	김유경	10,000
연구 2010-30-12	인공임신중절 실태와 정책과제	최정수	6,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	6,000
연구 2010-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	염지혜	5,000
연구 2010-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	5,000
연구 2010-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-30-17	신노년층의 특징과 정책과제	정경희	6,000
연구 2010-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	10,000
연구 2010-30-19	예비노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	6,000
연구 2010-30-20	신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	선우덕	5,000
연구 2010-30-21	신노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	미정
연구 2010-31-1	2010 사회예산 분석	최성은	8,000
연구 2010-31-2	2010 보건복지제정의 정책과제	유근춘	9,000
연구 2010-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	7,000
연구 2010-31-4	사회복지 재정지출과 지방재정 부담에 관한 연구	최성은	6,000
연구 2010-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	6,000
연구 2010-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	7,000
연구 2010-31-7	건강보험 재정평가	신영석	5,000
연구 2010-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 가설 지원 제1권	김동진	8,000
연구 2010-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 가설 지원 제2권	김동진	11,000
연구 2010-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	5,000
연구 2010-32-3	건강마을의 건강영향평가	최은진	5,000
연구 2010-33	보건의료지원태분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 (3년차)	오영호	9,000
연구 2010-34	보건사회 기후변화 모니터링센터 운영 (1년차)	신호성	14,000
연구 2010-35	취약위험 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 (1년차)	김승권	미정
연구 2010-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축 (1년차): 아시아 국가의 사회안전망	홍석표	8,000
연구 2010-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강신욱	14,000
연구 2010-37-2	2009년 한국복지패널 심층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	김미곤	6,000
연구 2010-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅱ)	정영호	11,000
연구 2010-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서	정영호	7,000
연구 2010-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영 (10년차)	정영철	7,000
연구 2010-40	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영 (2년차)	이연희	5,000
연구 2009-01	의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료전달 시스템 구축 방안	신호성	7,000
연구 2009-02	고가의료장비의 적정공급과 효율적 활용방안	오영호	8,000
연구 2009-03	신의료기술의 패권 변화에 따른 의사결정체제의 발전방향 -의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로-	박살비아	6,000
연구 2009-04	생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석 (I)	정영호	6,000
연구 2009-05	미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구	허순임	5,000
연구 2009-06	식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점 관리방안 구축	정기혜	7,000
연구 2009-07	부문의 협력을 통한 비만의 예방관리체계의 구축 방안 -비만의 역학적 특성 분석과 비만예방관리를 위한 부문간 협력체계의 탐색	김혜련	8,000
연구 2009-08	국가건강검진사업의 성과제고를 위한 수요자 중심의 효율적 관리체계 구축방안	최은진	7,000
연구 2009-09	취약계층에 대한 사회보험 확대적용 방안 - 국민연금을 중심으로 -	윤석명	7,000
연구 2009-10	글로벌 금융위기상황하의 국민연금기금의 운용방안	원종욱	8,000
연구 2009-11	건강보험 내실화를 위한 재정효율화 방안 -본인부담 구조조정 방안 중심으로	신현웅	6,000
연구 2009-12	A study for improving the efficiency of health security system the division of roles between public and private health insurance	홍석표	5,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2009-13	사회수당제도 도입타당성에 대한 연구	노대명	7,000
연구 2009-14	저소득층 지원제도의 유형 및 특성	여유진	8,000
연구 2009-15	저소득층 금융지원 실태 및 정책방안 연구	김태완	6,000
연구 2009-16	한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구	김승권	13,000
연구 2009-17	이동청소년복지 수요에 기반한 복지공급체계 재편방안 연구 II: 지역유형별 사례를 중심으로	김미숙	8,000
연구 2009-18	한국가족의 위기변화와 사회적 대응방안 -경제위기 이후 가족생애주기별 위기 유형을 중심으로	김유경	8,000
연구 2009-19	장애인 소득보장과 고용정책 연계 동향 및 정책과제	윤상용	8,000
연구 2009-20	사회자본과 민간 복지지원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로	박세경	6,000
연구 2009-21	사회복지부문별 정보화현황 및 정책적용방안	정영철	6,000
연구 2009-22	노인건강정책의 현황과 향후 추진방안: 일상생활기능의 자립향상을 중심으로	선우덕	7,000
연구 2009-23	노인의 생산활동 실태 및 경제적 가치 평가	정경희	6,000
연구 2009-24	보건복지가족부 웹사이트 통합 연계 및 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2009-25	한국의 보건복지 동향 2009	장영식	9,000
연구 2009-26-1	2009년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 -법제정 10년의 제도운영 점검	이태진	10,000
연구 2009-26-2	가난한 사람들의 일과 삶 심리사회적 접근을 중심으로	이현주	6,000
연구 2009-26-3	근로빈곤층 지원정책 개편방안 연구	노대명	8,000
연구 2009-26-4	사회복지지출의 소득재분배 효과 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-5	저소득층의 자산 실태 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-6	2009년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2009-27-1	유럽의 능동적 복지정책 비교연구	홍석표	6,000
연구 2009-28	2008년 한국의료패널 기초분석보고서	정영호	7,000
연구 2009-29	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2009년 보건의료자원실태조사 결과보고서-	오영호	6,000
연구 2009-30-1	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제1권 (총괄)	강은정	10,000
연구 2009-30-2	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제2권 -건강영향평가 시범사업	강은정	11,000
연구 2009-31-1	2009 사회예산 분석	최성은	9,000
연구 2009-31-2	보건복지재정의 정책과제	유근춘	7,000
연구 2009-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(3차년도): 중앙재정 세출 예산을 중심으로	고경환	6,000
연구 2009-31-4	보육지원정책의 적정성 및 효과성 분석	최성은	6,000
연구 2009-31-5	자활사업의 평가 연구: 정책설계와 정책효과 그리고 쟁점들	고경환	7,000
연구 2009-32-1	2009년 한국복지패널 기초분석 보고서	손창균	14,000
연구 2009-32-2	2008년 한국복지패널 심층분석 보고서 - 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	여유진	6,000
연구 2009-33	2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권	14,000
연구 2009-34-1	다문화가족 증가가 인구의 양적·질적 수준에 미치는 영향	이삼식	5,000
연구 2009-34-2	저출산에 대응한 육아 지원 인프라의 양적·질적 적정화 방안	신윤정	6,000
연구 2009-34-3	장기요양등급과자 관리를 위한 노인복지관과 보건소의 보건복지서비스 연계 방안	오영희	6,000
연구 2009-34-4	노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색	이소정	6,000
연구 2009-34-5	고령친화용품 소비실태 및 만족도에 관한 연구	김수봉	7,000
연구 2009-35	보건복지통계 정보시스템 구축 및 운영	이연희	6,000
연구 2009-36	2009 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	정영철	7,000