

고령층 1인 가구 여부와 미충족의료의 연관성

구본희*, 김민수*, 이현지**, 김재현***†

*단국대학교 일반대학원 보건학과, **국립암센터 암검진사업부, ***단국대학교 보건과학대학 보건행정학과

〈Abstract〉

Association between single-person households in the elderly and unmet medical need

*Bon Hee Gu, *Min Soo kim, **Hyeon Ji Lee, ***†Jae Hyun Kim

**Department of Public Health, General Graduate school of Dankook University*

***Cancer Screening Division, National Cancer Control Institute, National Cancer Center*

****Department of Health Administration, College of Health Science, Dankook University*

Objective: This study was conducted to provide basic data for the establishment of effective health policies for the unmet medical experience that may occur among the elderly depending on whether they live in a single-person household or not.

Methodology: This study used data from the 8th National Health and Nutrition Examination Survey (2019–2020) and excluded cases with missing values in variables for the total number of respondent participants of 15,469. Finally, 2,850 subjects aged 65 or older were selected for final analysis. This study examined the relationship between experiences of unmet medical needs, attempting to confirm the relationship between single-person households and unmet medical needs through subgroup analysis considering gender, age, and household income.

Results: According to the results, in the case of single-person households, the odds ratio (OR) for unmet medical needs was significantly higher at 1.60 times (95% CI: 1.16–2.21). Upon conducting subgroup analyses for gender, age, and household income quintiles, the OR was significantly higher at 2.24 times (95% CI: 1.14–4.41) for males and 1.48 times (95% CI: 1.02–2.14) for females, statistically significant in both cases. For individuals aged 65–69, the OR was significantly higher at 1.90 times (95% CI: 1.04–3.47), but for those aged 70–74 and over 75, it was not statistically significant. In the case of households with 'low' income, the OR was higher at 1.62 times (95% CI: 1.16–2.26), and for 'middle' income, it was significantly higher at 3.21 times (95% CI: 1.08–9.51).

Conclusion: This study confirmed that the experience of unmet medical care is high among men who make up single-person households and low-income seniors. Therefore, this study suggests that policies to expand medical services and support welfare for single-person households should be established to resolve these problems, showing that health policies that take into account individual and regional characteristics are needed to improve medical accessibility for single-person households.

Keywords: Elderly population, Single-person household, Unmet Medical Need, Health policy

* 투고일자 : 2023년 12월 21일, 수정일자 : 2024년 3월 5일, 게재확정일자 : 2024년 3월 8일

† 교신저자 : 김재현, Tel. : 82-41-550-1472, Email: jaehyun@dankook.ac.kr

I. 서론

1인 가구의 증가로 새 소비시장 창출 가능성 등 경제에 긍정적 측면을 보인다는 예측이 있으나[1], 이와 반대로 아플 때 간호해줄 사람이 없고 외식이나 불규칙한 생활습관 등으로 건강에 소홀해지기 쉽다는 문제점이 있다. 1인 가구는 혼자서 살림하는 가구를 의미하며, 1인이 독립적으로 취사, 취침 등의 생계를 유지하는 가구로 정의한다[2]. 이러한 1인 가구의 증가는 우리나라를 포함해 범세계적인 현상으로 대두되고 있다[3]. 여기에는 결혼을 하지 않고 독신을 택한 비혼족, 배우자와 자식 없이 홀로 살아가는 독거노인, 신체적 또는 정신적 어려움으로 인해 혼자 살아가는 다양한 유형의 장애인들 등이 포함되는데, 2021년 국내 통계자료는 1인 가구의 비중이 30%를 넘을 것으로 제시하였다[4]. 또한, 2018년 기준으로 가구주 성별에 따른 국내 1인 가구 비중을 추정한 결과를 살펴보면, 여성 가구주에서의 1인 가구 비중(57.4%)은 남성 가구주에서의 1인 가구 비중(14.7%)보다 약 4배 높은 것으로 나타났다[5]. 나아가, 전체 1인 가구 중 60대 이상의 고령층 1인 가구는 30%를 넘는 것으로 나타났으며, 향후 2050년에는 전체 1인 가구 중 절반 이상을 차지할 것이라고 전망되고 있다[6]. 특히, 홀로 사는 노인(이하 독거노인)인 고령층 1인 가구의 증가는 복지 체계의 변화 필요성을 요구하고 있으며, 의료 이용과 관련된 다양한 어려움이 초래되고 있는 것으로 보고된다[7].

고령층 1인 가구의 지속적인 상승으로 인한 문제가 발생하면서 정부 및 지자체에서는 이들의 보건복지를 위해 다양한 제도를 제시해왔는데[8], 특히 건강과 돌봄과 같이 비교적 취약한 분야의 보완, 외로움 해소를 위한 지원, 몸이 아플 때 도움을 받을 수 있는 서비스 등이 대표적이다. 서울시의 경우 1인 가구의 생활 편의를 위하여 '1인 가구 안심 종합 계획'을 수립 후 병원 안심동행 서비스와[9], 독거노인의 안부 확인하고, 이들의 일상생활 관리를 지원하는 서울살피미 앱 및 AI 생활관리서비스를 운영하고 있다[10]. 그럼에도 불구하고, 아직까지 고령층 1인 가구의 의료 이용에 도움을 줄 수 있는 사회적 안전망이 충분하지 못하므로, 이들은 의료 이용에 더욱 취약한 집단으로 분류되며 미충족의료 경험으로 이어질 가능성이 높을 수 있다.

일반적으로 미충족의료는 노인층 집단에서 많이 경험

하는 것으로 나타났는데[11], 노인은 다른 연령층에 비해 신체적인 기능의 퇴화 및 노쇠 등으로 인해 만성 질환에 취약하여[12], 의료서비스 이용에 대한 수요가 높으나 경제적 활동 제한 등 다양한 이유로 소득이 감소하여 의료 이용 관련 불안감이 증가하고 있다[13].

2021년 국민건강영양조사에 따르면, 국내 미충족의료 경험률은 미충족医료를 1회 이상 경험한 적이 있다고 응답한 사람이 약 6.0%로[14], 이는 OECD(Organization for Economic Cooperation and Development)에 속한 국가들의 평균인 2.5%에 비해 약 2배이상 높은 수준이다[15]. 이를 개선하고자 우리나라는 1997년 <국민의료보험법>으로의 개정 후 2005년 보장성 강화 정책 시도 등을 통해 체계적인 방향으로의 발전을 위해 노력하였다[16]. 그럼에도 불구하고 여전히 과 부담 의료비 및 미충족의료는 지속되고 있으며 이와 같은 문제가 등장하게 된 원인으로 낮은 보장성이 지적되었다[17]. [18] 및 [19]의 연구에서는 우리나라 노인의 미충족의료와 관련한 요인으로 신체적, 정서적, 경제적 요인 등 다양한 요인이 있음을 제시하고 있다. 특히 고령층 1인가구는 다인가구에 비해 소득이나 자가소유율이 낮아 경제적 충분성과 자산의 안전성이 낮은 집단으로 나타났다[20].

개인이 필요한 의료적 서비스를 적절히 이용하고 있는지 파악하는 것은 우리나라의 의료 보장제도 성과를 판단할 수 있는 하나의 기준이 될 수 있고, 나아가 국민의 건강 향상을 위한 개선방안 수립 등에 유용한 기초자료를 제공할 수 있다[21]. 이에 따라 본 연구는 65세 이상 고령층을 대상으로 1인 가구 여부에 따른 미충족의료 경험과 연관성을 분석하고자 시행되었다. 이를 통해 고령층 1인 가구에 발생할 수 있는 미충족의료 경험에 대한 효과적인 보건정책 마련에 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구자료

본 단면연구는 2019-2020년 2개년도 국민건강영양조사(KNHANES VIII) 데이터를 이용하여 2차 데이터 분석을 수행하였다[22]. 국민건강영양조사는 만 1세 이상 국민에 대하여 건강수준, 건강행태, 식품 및 영양섭취 실태에 대한 법정조사이다. 질병관리청은 매년 조사를 실시하

며 조사지역과 가구가 추출단위인 2단계 계층화 표본추출 방식을 활용해 전국을 대표한다. 2019-2020년 전체 조사 응답자 15,469명 중 연구 참여자인 65세 이상 고령층 3,447명을 추출하였다. 그 중 미충족의료, 1인 가구여부 설문지 조사에 응답하지 못한 응답자 546명은 연구대상자에서 제외하였다. 연구에 포함된 통제변수 중 교육수준(18명), 가구소득(13명), 현재흡연(3명), 운동강도(14명), 스트레스 여부(3명)에 결측치가 존재하여 이를 제외하고, 총 2,850명의 연구대상자가 본 연구에 참여되었다.

2. 연구도구

1) 종속변수

본 연구의 종속변수인 미충족의료에 대한 측정은 “최근 1년간 본인이 병 의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한적이 있습니까?”라는 설문조사를 통해 “예”, “아니오”로 구분하여 측정하였다.

2) 독립변수

본 연구의 독립변수인 1인 가구여부에 대한 측정은 “세대 유형은 다음 중 무엇에 해당합니까?”라는 질문에 1인 가구라고 응답한 경우 “예”, 나머지 설문 문항(부부, 부부+미혼자녀, 편부모+미혼자녀, 모든 3세대 이상 가구, 기타)에 응답한 경우 “아니오”로 구분하여 측정하였다.

3) 통제변수

본 연구의 통제변수는 Anderson 모델에 따라 소인성 요인, 가능성 요인, 필요성 요인으로 구분하여 분석 모델에 포함되었다[23].

(1) 소인성 요인

본 연구에서 소인성 요인 변수로는 국민건강영양조사의 성별, 연령, 교육수준을 변수로 선정하였다. 성별은 ‘남성’과 ‘여성’으로, 연령은 ‘65세-69세’, ‘70세-74세’, ‘75세 이상’ 3개 범주로 분류하였으며, 교육수준은 ‘중졸 이하’, ‘고졸’, ‘대졸 이상’으로 분류하였다.

(2) 가능성 요인

본 연구에서 가능성 요인 변수로는 국민건강영양조사의 거주지역, 가구소득을 변수로 선정하였다. 거주지역이 ‘서울’, ‘부산’, ‘대구’, ‘인천’, ‘광주’, ‘대전’, ‘울산’, ‘세종’인 경우 ‘특광역시’로 분류하고 그 외 거주지역인 경우 ‘그 외’로 분류하였다. 가구소득은 가구소득 5분위를 활용하여 ‘하’와 ‘중하’인 경우 ‘하’로 분류하고 ‘중’인 경우 ‘중’으로, ‘중상’과 ‘상’인 경우 ‘상’으로 분류하였다.

(3) 필요성 요인

본 연구에서 필요성 요인 변수로는 국민건강영양조사의 주관적 건강상태, 현재흡연, 월간음주, 운동강도, 만성질환여부, 스트레스 여부를 변수로 선정하였다. 주관적 건강상태는 ‘매우 좋음’과 ‘좋음’인 경우 ‘좋음’으로, ‘보통’인 경우 ‘보통’으로, ‘나쁨’과 ‘매우 나쁨’인 경우 ‘나쁨’으로 분류하였다. 현재흡연은 ‘과거 흡연’과 ‘비흡연’인 경우 ‘아니오’로, ‘현재흡연’인 경우 ‘예’로 분류하고, 월간음주는 ‘평생 비음주, 최근 1년간 월1잔 미만 음주’인 경우 ‘아니오’로, ‘최근 1년간 월1잔이상 음주’인 경우 ‘예’로 분류하였다. 만성질환 여부는 ‘고혈압’, ‘이상지질혈증’, ‘뇌졸중’, ‘심근경색 또는 협심증’, ‘관절염’, ‘류마티스’, ‘골다공증’, ‘폐결핵’, ‘천식’, ‘갑상선질환’, ‘당뇨’, ‘암’, ‘간염’, ‘신장질환’, ‘통풍’ 중 1개라도 진단받은 경우 ‘있음’으로 분류하고, 진단받지 않은 경우 ‘없음’으로 분류하였다. 스트레스 여부는 스트레스 인지율이 ‘스트레스 적게 느낌’인 경우 ‘없음’으로 분류하고, ‘스트레스 많이 느낌’인 경우 ‘있음’으로 분류하였다. 마지막으로 운동강도는 MET(metabolic equivalents) score 방법으로 측정하였으며 1.1~2.9 METs을 ‘낮음’으로, 3.0 METs 이상인 경우 ‘보통 이상’으로 구분하였다[24].

3. 분석방법

분석방법은 독립변수인 1인 가구여부와 범주형 종속변수인 미충족의료에 대한 카이-제곱 검정, 로지스틱 회귀 분석이 사용되었다. 카이-제곱 검정은 독립 변수에 따른 종속 변수의 분포 차이를 비교하는 데 사용되었고, 연구 대상자의 성별, 연령, 교육수준, 거주지역, 가구소득, 주관적 건강상태, 현재흡연, 월간음주, 운동강도, 만성질환

여부, 스트레스 여부 변수를 통제한 후 로지스틱 회귀 분석을 수행하여 1인 가구여부와 미충족의료 간의 연관성을 조사하였다. 개인적 특성과 가구적 특성에 따른 1인 가구 여부와 미충족의료 간의 연관성을 살펴보기 위해 성별, 연령, 가구소득별로 층화분석을 수행하였다. 가중치는 국민건강영양조사(KNHANES)가 권장하는 가중치를 대상자의 비율, 카이-제곱 검정과 로지스틱 회귀 분석에 적용하였다. 통계적 유의성은 $p < 0.05$ 로 설정되었고, 연관성은 승산비(Odds Ratio, OR), 95% 신뢰구간(95% Confidence Interval, CI)으로 제시하였다. 모든 통계 분석은 SAS 통계 소프트웨어 패키지 버전 9.4를 사용하여 수행되었다(SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Ⅲ. 연구 결과

1. 일반적 특성

〈표 1〉은 1인 가구여부와 미충족의료 간의 연관성을 알아보기 위해 연구대상자의 일반적 특성에 대한 결과이다. 전체 연구대상자 2,850명 중 미충족医료를 경험한 대상자는 242명(19.7%)이었다. 1인 가구라고 응답한 연구대상자 671명 중 미충족医료를 경험한 대상자는 83명(12.4%)이었고, 다인가구라고 응답한 2,179명 중 미충족医료를 경험한 대상자는 159명(7.3%)으로 1인 가구라고 응답한 대상자가 다인가구라고 응답한 대상자보다 더 높은 비율로 미충족医료를 경험한 것으로 나타났다. 성별에 따라 미충족医료를 경험한 대상자는 여성 175명(10.9%), 남성 67명(5.4%)으로 여성이 미충족医료를 경험한 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 가구소득에 따라서는 소득수준이 '하'인 경우 185명(9.9%)으로 '상'에 해당하는 31명(5.6%)보다 미충족医료를 경험한 비율이 더 높았다. 주관적 건강상태에 따라서는 '나쁨'이라고 응답한 126명(16.0%), '보통'이라고 응답한 97명(6.8%), '좋음'이라고 응답한 19명(3.0%) 순으로 주관적 건강상태가 나쁘다고 느낄수록 미충족医료를 경험한 비율이 더 높았다. 운동강도는 Met score에 따라 '낮음'인 경우 179명(9.3%), '보통 이상' 63명(6.8%) 순으로 운동강도가 중등도 이상일 경우 미충족医료 경험비율이 더 높았다. 스트레스 여부에 따라서는 스트레스가 있는 경우 73명(15.4%), 스트레스

가 없는 경우 169명(7.1%) 순으로 스트레스가 있을수록 미충족医료를 경험한 비율이 더 높았다.

2. 1인 가구여부와 미충족의료 간의 연관성

〈표 2〉은 1인 가구여부와 미충족의료 간의 연관성을 살펴보기 위해 통제변수를 보정한 로지스틱 회귀분석 결과이다. 1인 가구여부가 '아니오'라고 응답한 그룹에 비해 '예'라고 응답한 그룹의 미충족의료에 대한 OR은 1.60배(95%CI:1.16 2.21) 통계적으로 유의하게 높았다. 성별이 '남성'인 그룹에 비해 '여성'인 그룹의 미충족의료에 대한 OR은 1.70배(95% CI: 1.10-2.63) 통계적으로 유의하게 높았다. 주관적 건강상태가 '좋음'이라고 응답한 그룹에 비해 '나쁨'이라고 응답한 그룹의 미충족의료에 대한 OR은 5.34배(95% CI: 3.14 9.08) 통계적으로 유의하게 높았다. 스트레스 인지에 따라서는 스트레스가 '없음'이라고 응답한 그룹에 비해 '있음'이라고 응답한 그룹의 미충족의료에 대한 OR은 1.83배(95% CI: 1.26-2.64) 통계적으로 유의하게 높았다.

3. 성별, 연령, 가구소득에 따른 1인 가구여부와 미충족의료 간의 연관성

〈표 3〉은 1인 가구여부와 미충족의료 간의 연관성을 살펴보기 위해 성별, 연령, 가구소득에 따른 층화분석을 한 로지스틱 회귀분석 결과이다. 1인 가구여부가 '아니오'라고 응답한 그룹에 비해 '예'라고 응답한 그룹의 미충족의료에 대한 OR은 성별이 '남성'인 경우 2.24배(95% CI: 1.14-4.41), '여성'인 경우 1.48배(95% CI: 1.02-2.14) 통계적으로 유의하게 높았다. 또한 1인 가구여부가 '아니오'라고 응답한 그룹에 비해 '예'라고 응답한 그룹의 미충족의료에 대한 OR은 연령대가 '65세-69세'인 경우 1.90배(95% CI: 1.04-3.47) 통계적으로 유의하게 높았으나, '70세-74세'와 '75세 이상'은 각각 1.61배(95% CI: 0.79-3.27), 1.58배(95% CI: 0.97-2.56) 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 마지막으로 가구소득에 따른 1인 가구여부가 '아니오'라고 응답한 그룹에 비해 '예'라고 응답한 그룹의 미충족의료에 대한 OR은 가구소득이 '하'인 경우 1.62배(95% CI: 1.16-2.26), '중'인 경우 3.21배(95% CI: 1.08-9.51) 통계적으로 유의하게 높았다.

<표 1> 일반적 특성(Sample characteristics)

구분	미충족의료						p-value*
	Total		아니오		예		
	N	%	N	%	N	%	
1인 가구여부							<.0001
아니오	2,179	76.5	2,020	92.7	159	7.3	
예	671	23.5	588	87.6	83	12.4	
성별							<.0001
남성	1,247	43.8	1,180	94.6	67	5.4	
여성	1,602	56.2	1,427	89.1	175	10.9	
연령							0.1642
65-69	935	32.8	862	92.2	73	7.8	
70-74	837	29.4	772	92.2	65	7.8	
75-	1,078	37.8	974	90.4	104	9.6	
거주지역							0.3756
특광역시	1,263	44.3	1,153	91.3	110	8.7	
그 외	1,587	55.7	1,455	91.7	132	8.3	
교육수준							0.0045
중졸 이하	1,996	70.0	1,810	90.7	186	9.3	
고졸	560	19.6	522	93.2	38	6.8	
대졸 이상	294	10.3	276	93.9	18	6.1	
가구소득							0.0105
하	1,865	65.4	1,680	90.1	185	9.9	
중	431	15.1	405	94.0	26	6.0	
상	554	19.4	523	94.4	31	5.6	
주관적 건강상태							<.0001
좋음	633	22.2	614	97.0	19	3.0	
보통	1,428	50.1	1,331	93.2	97	6.8	
나쁨	789	27.7	663	84.0	126	16.0	
현재흡연							0.7081
아니오	2,590	90.9	2,372	91.6	218	8.4	
예	260	9.1	236	90.8	24	9.2	
월간음주							0.0020
아니오	1,874	65.8	1,690	90.2	184	9.8	
예	976	34.2	918	94.1	58	5.9	
운동강도							0.0130
낮음	1,930	67.7	1,751	90.7	179	9.3	
보통 이상	920	32.3	857	93.2	63	6.8	
만성질환여부							0.2745
없음	362	12.7	340	93.9	22	6.1	
있음	2,488	87.3	2,268	91.2	220	8.8	
스트레스 여부							<.0001
아니오	2,377	83.4	2,208	92.9	169	7.1	
예	473	16.6	400	84.6	73	15.4	
전체	2,850	100.0	2,608	91.5	242	8.5	

<표 2> 1인 가구여부와 미충족의료 간의 연관성
(Relationship between single-person household status and unmet medical need)

구분	미충족의료			
	OR	95%CI		
1인 가구여부				
아니오	1.00			
예	1.60	(1.16	-	2.21)
성별				
남성	1.00			
여성	1.70	(1.10	-	2.63)
연령				
65-69	1.00			
70-74	1.13	(0.74	-	1.72)
75-	1.13	(0.79	-	1.61)
거주지역				
특광역시	1.00			
그 외	0.93	(0.68	-	1.27)
교육수준				
중졸 이하	0.88	(0.48	-	1.60)
고졸	0.85	(0.43	-	1.66)
대졸이상	1.00			
가구소득				
하	1.26	(0.76	-	2.06)
중	1.25	(0.68	-	2.31)
상	1.00			
주관적 건강상태				
좋음	1.00			
보통	2.28	(1.37	-	3.78)
나쁨	5.34	(3.14	-	9.08)
현재흡연				
아니오	1.00			
예	1.39	(0.78	-	2.45)
월간음주				
아니오	1.00			
예	0.90	(0.61	-	1.32)
운동강도				
낮음	1.19	(0.82	-	1.71)
보통 이상	1.00			
만성질환여부				
없음	1.00			
있음	0.72	(0.43	-	1.22)
스트레스 여부				
아니오	1.00			
예	1.83	(1.26	-	2.64)

<표 3> 성별, 연령, 가구소득에 따른 1인 가구여부와 미충족의료 간의 연관성
(Association between single-person household status and unmet medical care according to gender, age, and household income)

구분	미충족의료 1인 가구여부				
	아니오		예		
	OR	OR		95% CI	
성별					
남성	1.00	2.24	(1.14	-	4.41)
여성	1.00	1.48	(1.02	-	2.14)
연령					
65-69	1.00	1.90	(1.04	-	3.47)
70-74	1.00	1.61	(0.79	-	3.27)
75-	1.00	1.58	(0.97	-	2.56)
가구소득					
하	1.00	1.62	(1.16	-	2.26)
중	1.00	3.21	(1.08	-	9.51)
상	1.00	0.56	(0.05	-	5.90)

* Control variable : 거주지역, 교육수준, 주관적 건강상태, 협재흡연, 월간음주, 운동강도, 만성질환 여부, 스트레스 여부

IV. 고 찰

본 연구는 65세 이상 고령층을 대상으로 1인 가구 여부와 미충족의료 간의 연관성을 분석하는데 목적을 두었다. 이를 위해 국민건강영양조사 자료를 활용하여 1인 가구 여부와 미충족의료 간의 연관성을 살펴보았으며, 성별, 연령, 가구소득을 고려한 하위그룹분석을 수행하였다. 1인 가구가 다인가구에 비해 미충족의료 경험이 높았으며, 이들에 대한 하위그룹 분석 결과, 남성이 여성에 비해, 연령은 65-59세 집단이, 소득수준은 하인 집단의 미충족의료 경험과의 연관성이 더 높은 것으로 나타났다. 1인 가구의 미충족의료 경험과 연관성은 다음과 같은 이유로 나타날 수 있는 것으로 해석될 수 있다.

이와 관련하여, 최성현[25]은 '1인 가구에서 미충족의료를 경험하는 이유로 시간 부족, 경제적 이유가 높은 것으로 보고하였다. 그의 연구결과에 따르면 경제활동 인구의 연령 증가로 인해 고령층도 시간적 여유가 부족한 경우가 많으며, 기초생활수급자나 독거노인 등의 경우 경제적 이유로 인한 문제가 초래되는 것으로 나타났다. 이는 본 연구와 부합되는 결과라고 볼 수 있다. 반면, 장혜영, 이한이[26]는 독거노인 대상 연구를 통해 미충족의료 경험 관련 요인으로 가구소득, 교육수준, 지각된 스트레스,

주관적 건강상태, 건강관련 삶의 질이 영향을 미친다는 결과를 제시하였으며, 이중 교육수준이 낮을수록 미충족의료 경험이 높다는 결과가 나타났다. Choi, Nam, & Kim[27]도 교육 수준이 높을수록 소득, 교통 등 의료를 이용할 수 있는 자원이 많아지므로 미충족의료 경험이 낮아진다고 설명하였다. 이는 본 연구의 결과와 상반되는데, 1인 가구가 갖는 학력 및 경제적 특성에 기인한 것으로 추정할 수 있다. 1인 가구의 경우 학력이 높은 집단은 늦게까지 경제활동을 하는 경우가 많기 때문에 앞서 채현주, 김미종[28]의 연구결과와 같이 시간적 여유 부족의 원인이 되어 오히려 미충족의료 경험하게 될 확률이 높게 나타난 것으로 추정할 수 있다. 1인 가구의 개인적 특성인 성별과 연령에 대한 내용을 중심으로 살펴보면, 성별의 경우 남성 독거노인이 여성 독거노인보다 미충족의료 서비스 경험률이 높다고 보고한 선행연구 Meemon, & Paek [29]의 결과와 일치하였지만, 1인 여성이 남성보다 미충족의료 서비스를 경험률이 높다는 Choi, Nam, & Kim[27]의 연구 결과와는 상반되었다. 이는 1인 가구인 경우 여성이 남성보다 스스로를 돌보는 것에 더 능숙하고 시간적 여유도 갖게 되었다는 선행연구 결과에 따르면 [26], 남성이 노년기에도 지속되는 경제활동으로 인해 의료서비스를 이용할 시간이 여성보다 부족할 수 있음을 나타낸다. 이와 관련하여, 보건복지부의 '2020년 노인 실태

조사 결과 65-69세 노인의 경제활동 참여율이 2008년 39.9%에서 2017년 42.2%, 2020년 55.1% 증가한 것으로 나타났다. 즉, 2008년부터 2017년까지 약 2.3%가 증가한 것에 비해 2017년에서 2020년까지 약 3년 동안 12.9% 급증한 것을 통해 노인의 경제활동 참여율의 증가가 미충족의료 경험으로 이어진 것이라고 볼 수 있다. 이는 경제활동을 하는 고령층보다 경제활동을 하지 않는 경우 저렴한 비용으로 의료를 이용할 수 있기 때문에 오히려 미충족의료 경험이 상대적으로 낮게 나타났음을 알 수 있다[30]. 반면, 사회적 특성을 중심으로 살펴보면, 소득 분위는 낮을수록 미충족의료 경험이 높다는 기존의 연구들[31-32]과는 다른 결과를 나타냈는데, 이는 소득분위가 낮은 경우 사회복지제도 및 지자체 차원의 노인 돌봄 관련 제도로 인한 혜택이 있기 때문에 오히려 소득분위가 중간에 해당하는 사람들이 경제적 이유나 지속되는 경제활동으로 인한 시간적 여유 부족 등의 이유로 미충족의료 경험이 높게 나타난 것으로 볼 수 있다[33].

즉, 국가나 지자체 차원의 지원 대상에 해당되지 않으면서 고령층에도 경제 생활을 이어가는 집단의 경우, 오히려 미충족의료 경험이 높게 나타난 것으로 해석될 수 있다. 다만, 사회복지제도 및 지자체의 지원뿐만 아니라 소득 분위가 낮아서 제공되는 의료급여나 차상위 건강보험 혜택은 미충족의료 경험을 감소시킬 수 있다는 장점도 있지만 소득하위계층의 의료 과이용으로 이어지며 건강보험 재정의 위험을 초래할 수 있다는 점도 고려되어야 할 것이다. 따라서 고령층 1인 가구의 미충족의료 경험 감소를 위하여 1인 가구 여부도 중요하지만 세부요인도 고려해야 할 필요가 존재하며, 이를 위한 촘촘한 정책적 지원 제도 및 프로그램 구축, 개입이 필요함을 시사한다.

나아가, <표 1>과 <표 2>에서 제시된 바와 같이 가구 소득이 낮을수록 미충족의료 경험이 높지만, <표 3>의 결과에서는 다른 조건이 동일하다는 가정하에 가구소득이 '중인 사람이 '하'인 사람보다 1인 가구 여부에 따른 연관성이 더 크게 나타나는 것으로 확인되었다. 따라서, 가구 소득이나 경제활동 유무가 미충족의료와 직접적인 인과성을 갖고 있지 않을 가능성도 배제할 수 없다. 특히, 경제활동 참여율의 증가와 더불어 고령층의 미충족의료 경험은 더욱 증가하는 경향을 보였다는 본 연구의 주장에도 불구하고 2008년, 2017년, 2020년 구체적인 노인의 미충족의료 경험률에 대한 수치는 제시하지 못했다는 것은

본 연구의 제한점이라고 할 수 있다. 따라서 향후 연구에서는 양적, 질적 연구를 병행하여 보다 신뢰도 높으면서도 현실적 문제를 고찰하고자 한다.

V. 결 론

본 연구는 최근 증가하는 고령층 1인 가구의 미충족의료 경험에 대하여 살펴보았다. 연구 결과에 따르면, 대상자들은 성별, 연령, 소득에 따라 다른 미충족의료 경험을 가지는 것으로 나타났으며 고령층 1인 가구가 의료 서비스 환경에 더 취약하다는 점을 알 수 있었다. 따라서 본 연구는 다음과 같은 정책적 시사점을 제시한다. 첫째, 고령층 1인 가구를 대상으로 한 의료 서비스 확대 및 복지 지원 정책을 마련하여 이들에 대한 미충족의료 경험을 최소화하고 건강한 노후 생활을 보장하는 것이 요구된다는 것이다. 둘째, 미충족의료 경험을 낮추고 고령층 1인 가구의 의료 접근성을 개선하기 위하여 개별적, 지역적 특성을 고려하여 보건정책을 개발하는 것이 필요함을 제시한다. 하지만 해당 연구는 고령층 1인 가구 구성원들에 대한 직접적인 조사를 시행하지 못하고 국민건강영양조사 자료를 이용한 단면적 연구라는 제한점을 갖는다. 그럼에도 불구하고 노인 1인 가구에 대한 국가통계자료를 활용하여 이들의 미충족의료와 연관된 요인에 대하여 분석했다는 점과, 이와 관련된 정책 개발에 학문적·실무적 기초자료를 제공하였다는 의의를 갖는다.

Reference

- [1] Kim, S. Y. Lee, K. W. Lee, Y. M. Selection attributes of home meal replacement by food-related lifestyles of single-person households in South Korea, *Food Quality and Preference*, 2018;66:44-51.
- [2] Hall, Ray OGDEN, Philip E. HILL, Catherine. The pattern and structure of one-person households in England and Wales and France. *International Journal of Population Geography*, 1997;3(2):161-181.

- [3] Kim, K. C. Lee, C. K. Kim, H. W. Understanding the Accessibility of Urban Parks and Connectivity of Green Spaces in Single-Person Household Distribution: Case Study of Incheon, South Korea. *Land*, 2022;11(9):1441.
- [4] Yoo, J. S. Analysis of characteristics and economic impact of single-person households. *KERI Insight*, 2020;(5):1-28. [In Korean]
- [5] Woo, W. S., Hwang, J. H. Analysis of consumption preference for HMR according to single-person household. *Korean Journal of Organic Agriculture*, 2020;28(3):347-365.
- [6] Kim, K. W., "A Study on the Influence Factors of Happiness in single-person elderly households by Age Group of the Elderly", *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, Vol.76, No.1,2021: 45-70.
- [7] Mahoney, J. E., Eisner, J., Havighurst, T., Gray, S., & Palta, M. Problems of older adults living alone after hospitalization. *Journal of general internal medicine*, 2000;15(9):611-619.
- [8] Lee, Y. B. "One-person Households and Their Policy Implications", *Health and welfare policy forum*, No.10, 2017:64-77.
- [9] Lee, H. S. Lee, J. C. "Creating a better city for single-person households: Lee Hae-seon, head of the Seoul Metropolitan Government's Single-person Household Special Measures Promotion Team", *Land*, Vol.489, No.7, 2022:46-53.
- [10] Kim, S. W. Park, S. G. Lim, J. W. Ahn, J. H., "Factors Influencing Attitudes towards Welfare Technology for Middle-aged and Older Adults on the COVID-19 Pandemic - Focusing on Metropolitan Urban Areas -", *Korean Journal of Social Welfare*, Vol.74 No.3, 2022:283-307.
- [11] Yun, K. I. "A Study on the health of households living alone over 50 - Focusing on the comparative analysis according to family relationship cutoff and sex -", *Journal of Regional Studies*, Vol.28, No.1,2020:1-21.
- [12] Fulop, T., Larbi, A., Witkowski, J. M., McElhaney, J., Loeb, M., Mitnitski, A., & Pawelec, G. Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*, 2010;11: 547-563.
- [13] Hwang, B. D. Choi, R. The prevalence and association factors of unmet medical needs by age group in the elderly. *The Korean journal of health service management*, 2015;9(1):81-93.
- [14] Yoon Il, Joo Hye-jin, Park Eun-cheol, Jang Seong-in. Unmet Healthcare Needs Status and Trend of South Korea in 2021. *Journal of Health Administration*, 2023;33(1):107-113
- [15] OECD. In *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*.
- [16] Hong, J. R. *Essays on the Health Insurance Coverage Expansion*. D dissertation, Ph.D dissertation, Seoul national university, 2016:18.
- [17] Lee, Y. J. Family income inequality and medical care expenditure in Korea. *The Journal of the Korea Contents Association*, 2016;16(8):366-375.
- [18] Choi, H. Y. Ryu, S. Y. Factors associated with the types of unmet health care needs among the elderly in Korea. *The Korean Journal of Health Service Management*, 2017;11(2):65-79.
- [19] Hwang, J. N. Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications?. *BMC Health Services Research*, 2018;18:1-9.
- [20] Kang, E. N. Lee M. H. "Status of single-person households and policy tasks by generation in Korea", *Health and Welfare Forum*, 2016;4:47-56.
- [21] Huh, S. I. Lee, H. J. Unmet health care needs and attitudes towards health care system in Korea. *Korean J Health Econ Policy*, 2016; 22(1):59-89.
- [22] Oh, K. W, et al. Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 20th anniversary: accomplishments and future directions. *Epidemiology and health*, 2021:43.
- [23] ANDERSEN, Ronald; NEWMAN, John F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. Health and

- Society, 1973:95-124.
- [24] Adams, Marc A, et al. Translating physical activity recommendations for overweight adolescents to steps per day. *American journal of preventive medicine*, 2009;37(2):137-140.
- [25] Choi, S. H, "A Study on the Factors Influencing Life Satisfaction of the Elderly Living Alone in Urban Areas: Focused on Gender and Employment Status", *Health and Social Welfare Review*, Vol.40, No.2, 2020:244-282.
- [26] Jang, H. Y, Lee, H, Factors influencing unmet healthcare needs among elderly living alone. *Journal of the korean data analysis society*, 2017;19(6):3317-3329.
- [27] Choi, Y. E, Nam, K. R & Kim, C. Y. Association between convenience of transportation and unmet healthcare needs of rural elderly in Korea. *Journal of preventive medicine and public health*, 2019;52(6): 355.
- [28] Chae, H. J, Kim, M. J. Unmet healthcare needs and related factors according to gender differences in single-person households. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 2020;26(1): 93-103.
- [29] Meemon, Natthani Paek, S. C. Factors associated with unmet need for healthcare among older adults in Thailand. *Asia-Pacific Social Science Review*, 2019;19(2):180-191.
- [30] Lee Y,K., Kim S,j., Hwang N., Lim J.M., Joo B,H., Namgung E,H, & Kim K,R., Survey of senior citizens for 2020.
- [31] Kim, Y. S., Lee, J., Moon, Y., Kim, K. J., Lee, K., Choi, J., & Han, S. H. Unmet healthcare needs of elderly people in Korea. *BMC geriatrics*, 2018;18:1-9.
- [32] Meemon, Natthani Paek, S. C. Older Adults Living Alone in Thailand: Socioeconomic Inequality and Its Relation to Unmet Health Needs. *Asia-Pacific Social Science Review*, 2020:20(4)
- [33] Hwang, B. D. Choi, R. The prevalence and association factors of unmet medical needs by age group in the elderly. *The Korean journal of health service management*, 2015;9(1):81-93.